ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา | พลศึกษา

สาขา | ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

Factors Affecting Health Promotion Behaviors for the Prevention of Coronary Heart Disease among the Hospital Employee in Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital

นามผู้วิจัย นางสาวนุชรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

ประธานกรรมการ .....

(รองศาสตราจารย์อลิสา นิติธรรม, ค.ม.)

กรรมการ .....

(รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย, วท.ม.)

กรรมการ .....

(รองศาสตราจารย์ฉลองชัย สุรวัฒนบูรณ์, ค.ม.)

หัวหน้าภาควิชา .....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ นุ้ยสินธุ์, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

.....

(รองศาสตราจารย์วินัย อาจคงหาญ, M.A.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 24 เดือน เมษายน พ.ศ. 2549

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

Factors Affecting Health Promotion Behaviors for the Prevention of Coronary Heart Disease among the Hospital Employee in Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital

โดย

นางสาวนุชรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)
พ.ศ. 2549

ISBN 974-16-1543-4

นุชรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์ 2549: ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา ประธานกรรมการที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์อลิสา นิติธรรม, ค.ม.
116 หน้า
ISBN 974-16-1543-4

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 300 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีทรัพยากรสนับสนุน การส่งเสริมสุขภาพ และการมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ และการได้กับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขการได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่างๆ มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นุชรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์ — ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อประธานกรรมการ — 18 / 04 / 49

Nucharath Chitcharoensap 2006: Factors Affecting Health Promotion Behaviors for the Prevention of Coronary Heart Disease among the Hospital Employee in Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Alisa Nititham, M.Ed. 116 pages.
ISBN 974-16-1543-4

The Objective of this survey research was to determine Factors Affecting Health Promotion Behaviors for the Prevention of Coronary Heart Disease among the Hospital Employee in Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital. Samples were 300 personnels. obtained by simple random sampling. Data were collected with the questionnaire constructed by the researcher. The analyses were made for percentage, arithmetic mean and standard deviation. The relationships between hypothetical factors and Health Promotion Behaviors of Hospital Employee in Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital. Were analysed by Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results were as follows: 1) The health promotion behaviors of Hospital Employee in Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital were at a moderate level. 2) Predisposing factors namely Attitude and Noxiousness, Perceived Probability had relationships health promotion behaviors of Hospital Employee in Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital with statistic significance at the level of .05and.01. but Knowledge no significance 3) Enabling factors namely policies on health promotion and resources for support health promotion had relationships health promotion behaviors of Hospital Employee in Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital with statistic significance at the level of .01. 4) Reinforcing factors namely receiving of suggestion on the behavior from family ,colleagues receiving of health information from medias social support and had receiving of health information from medias social support and relationships health promotion behaviors of Hospital Employee in Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital with statistic significance at the level of .01.

Nucharath Chitcharoensap Alisa Nititham 18 / 04 / 06

Student's signature Thesis advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยความเรียบร้อย โดยได้รับความช่วยเหลือและความกรุณาเป็นอย่างสูงจากรองศาสตราจารย์อลิสา นิติธรรม ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย กรรมการวิชาเอก รองศาสตราจารย์ฉลองชัย สุรวัฒนบูรณ์ กรรมการวิชารอง และอาจารย์ทิพวรรณ ดวงปัญญา ผู้แทนบัณฑิตวิทยาลัย ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ทั้งด้านวิชาการ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ และมีคุณค่าทางวิชาการ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ วัฒนา บุญสม นางสาวทัศนีย์ ทองมาก อาจารย์นงลักษณ์ นฤวัตร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุมาลี โพธิ์ทอง ดร.บุญศรี กิตติโชติพาณิชย์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจแก้ไขและให้คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยให้มีคุณภาพ

ขอขอบคุณหัวหน้าหน่วยงานและบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณหัวหน้า รองหัวหน้า และน้อง ๆ ผู้ร่วมงานทุกท่านในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ตลอดจน เพื่อนนิสิตปริญญาโทสาขาสุขศึกษา และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มิได้กล่าวนามในที่นี้ ที่ให้การสนับสนุน แนะนำ ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ตลอดระยะเวลาที่ผู้วิจัยศึกษาจนสำเร็จลุล่วง

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ บิดา มารดา พี่ๆ ที่ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือในทุกด้านกับผู้วิจัยที่ดีตลอดมา จนประสบความสำเร็จในการศึกษา ประโยชน์และคุณค่าจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบให้แก่ บุพการี คณาจารย์ และทุก ๆ ท่าน ที่เกี่ยวข้องไว้ ณ โอกาสนี้

นุชรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์

มีนาคม 2549

สารบัญ

หน้า

สารบัญ (1)
สารบัญตาราง (3)
สารบัญภาพ (5)
คำนำ 1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย 3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 3
ขอบเขตของการวิจัย 4
ตัวแปรที่ทำการศึกษา 4
นิยามศัพท์ 6
การตรวจเอกสาร 8
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ 9
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 18
ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค 24
แนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model 32
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 36
กรอบแนวคิดในการวิจัย 41
สมมติฐานในการวิจัย 42
อุปกรณ์และวิธีการ 43
รูปแบบการวิจัย 43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 44
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 50
การเก็บรวบรวมข้อมูล 52
การวิเคราะห์ข้อมูล 52
ผลการวิจัยและวิจารณ์ 53
ผลการวิจัย 53
ข้อวิจารณ์ 72

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

สรุปและข้อเสนอแนะ 82
สรุป 87
ข้อเสนอแนะ 87
เอกสารและสิ่งอ้างอิง 91
ภาคผนวก 97
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย 98
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม 100
ประวัติการศึกษาและการทำงาน 116

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของลักษณะทางชีวสังคม	54
2	จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	57
3	จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ	58
4	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค	58
5	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	59
6	จำนวนและร้อยละของระดับการมีปัจจัยเอื้อในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	60
7	จำนวนและร้อยละของระดับการมีปัจจัยเสริมในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	60
8	จำนวนและร้อยละตามระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมทุกด้าน	61
9	จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	62
10	จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการบริโภคอาหาร	62
11	จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการออกกำลังกาย	63
12	จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการจัดการกับความเครียด	64
13	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้าน	65
14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	66

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
15	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการบริโภคอาหาร	67
16	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการออกกำลังกาย	68
17	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการจัดการความเครียด	69
18	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้าน	70
19	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้าน	71

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค	25
2	ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่ได้รับการพัฒนา	30
3	กรอบแนวคิดในการวิจัย	41

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

Factors Affecting Health Promotion Behaviors for the Prevention of Coronary Heart Disease among the Hospital Employee in Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital

คำนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย เนื่องจากภาวะ การเจ็บป่วยที่สร้างความทุกข์ทรมานและเป็นสาเหตุของอัตราการตายที่สูงมากขึ้นโดยลำดับ สำหรับประเทศไทย กลุ่มโรคหลอดเลือดและหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากมะเร็ง และมีอัตราป่วยในปี พ.ศ. 2542 เท่ากับ 68.6 ต่อแสนประชากร พ.ศ. 2543 เท่ากับ 63.9 ต่อแสนประชากร พ.ศ. 2544 เท่ากับ 68.4 ต่อแสนประชากร พ.ศ. 2545 เท่ากับ 73.7 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2546) จากสถิติจะพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลในโรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ในปี พ.ศ. 2547 คือ อันดับ 1. ต้อกระจก 2. การหายใจล้มเหลว 3. เด็กเกิดตัวเหลือง 4. โรคหลอดเลือดหัวใจ และพบว่าโรคที่ตายมากใน 5 อันดับแรก คือ 1. ติดเชื้อในกระแสเลือด 2. HIV 3. การหายใจล้มเหลว 4. โรคหลอดเลือดสมอง 5. โรคหลอดเลือดหัวใจ และจากการตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี พบว่ามีความดันโลหิตสูง 3.37% น้ำตาลในเลือดสูง 2.51% กรดยูริคในเลือดสูง 8.66% ดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 25 ถึง 19.05% และไขมันในเลือดสูงถึง 21.69% (หน่วยเวชระเบียนและสถิติฝ่ายวิชาการ, 2547)

จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) แนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพ คือ สุขภาวะที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตามนโยบายและเป้าหมายเมืองไทยแข็งแรง 18 เป้าหมาย ซึ่งเป้าหมายที่ 5 เน้นให้คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้นพร้อมสุขภาพที่แข็งแรง อัตราการป่วยและตายด้วยโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของคนไทยลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเอดส์ มะเร็ง

โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไข้เลือดออก โรคในช่องปากและโรคเบาหวาน รูปแบบการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผ่านมาดำเนินการในรูปแบบตั้งรับ คือผู้ป่วยที่มีอาการแล้วจึงมารับการรักษาทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รัฐต้องสิ้นเปลืองงบประมาณ ในการรักษาพยาบาล เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่ต้องรักษาพยาบาลต่อเนื่อง ต้องใช้บุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะด้านในการดูแลรักษา ตลอดจนใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สูง นั่นคือสนใจว่าป่วยกี่รายจะรักษาอย่างไร แต่ไม่ได้สนใจพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของการป่วย จึงต้องมีการปฏิรูประบบบริหารจัดการบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง อันจะนำไปสู่ระบบสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเป็นการหาข้อมูลพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจะทำให้มีความเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรค และนำข้อมูลจากการศึกษาเหล่านี้มาใช้เป็นกลยุทธ์ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มคนที่ยัง ไม่ปรากฏอาการให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อที่จะให้การป้องกันและแก้ไขได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล (แผนพัฒนาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2548) จะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ บุคลากรในโรงพยาบาลเองจำเป็นต้องมีสุขภาพที่ดี เพื่อเป็นตัวอย่างและแบบแผนที่ถูกต้อง จึงจะได้ชื่อว่าเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง จากสภาพปัญหาและข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการตอบสนองนโยบายของหน่วยงานและกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในอันที่จะลดอัตราป่วยและตายด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ จะได้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขต่อไป และเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบยั่งยืน เพื่อสู่การมีสุขภาวะที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. เป็นแนวทางในการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษา ค้นคว้า วิจัย เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในประเด็นหรือกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งเป็นการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่เป็นลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราว ไม่รวมแพทย์ พยาบาล จำนวน 1062 คน เป็นชาย 606 คน หญิง 456 คน (หน่วยเวชระเบียนและสถิติฝ่ายวิชาการ, 2547)

ตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตัวแปรอิสระ

แบ่งเป็น 3 กลุ่มปัจจัย คือ

1. **ปัจจัยนำ**

   1.1 ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

   1.2 ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

   1.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

   1.4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

2. **ปัจจัยเอื้อ**

   2.1 การมีแหล่งทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ

   2.2 การมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

3. <u>ปัจจัยเสริม</u>

3.1 การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงานบุคลากรทางการแพทย์

3.2 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ

<u>ตัวแปรตาม</u>

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. พฤติกรรมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่/ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
2. พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร
3. พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย
4. พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด

<u>ตัวแปรอธิบาย</u>

ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้

คำนิยามศัพท์

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องต้องกัน ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคลากรในการเข้าใจและอธิบายเกี่ยวกับข้อเท็จจริง และการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด

2. ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่บุคลากรแสดงออกถึงคุณลักษณะทางจิตใจ ความเชื่อ ความพร้อมที่จะปฏิบัติตนเอง เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในด้านการสูบบุหรี่ /การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง การรับรู้ของบุคลากรที่มีต่อความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ให้รู้ถึงสถานการณ์ปัจจุบันและสาเหตุการตาย อาการ การรักษา การสูญเสียค่าใช้จ่ายของภาครัฐ ครอบครัว

4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อหรือคาดคะเนของ บุคคลที่เกิดจากการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมในด้านการสูบบุหรี่ /การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด

5. การมีแหล่งทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การมีสถานที่เอื้ออำนวยต่อบุคลากรในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

5.1 ด้านการออกกำลังกาย เช่น ศูนย์สุขภาพ สนามกีฬา สวนสุขภาพ สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ

5.2 ด้านการจัดการความเครียด เช่น การมีที่ปรึกษา กลุ่มกิจกรรมนันทนาการ

6. นโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การมีแผนการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร

7. การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์เพื่อสนับสนุนให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

8. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำของบุคลากรในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง ให้มีความสมบูรณ์ แข็งแรง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยครอบคลุมพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด

9. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร ป้ายประกาศ โปสเตอร์ แผ่นพับ คู่มือ อินเตอร์เนต

10. บุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล หมายถึง บุคลากรที่เป็นลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราว ยกเว้นแพทย์ พยาบาล จำนวน 1062 คน เป็นชาย 606 คน หญิง456 คน

11. โรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง กลุ่มโรคที่มีพยาธิสภาพใด ๆ ก็ตามต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง รวมทั้งหลอดน้ำเหลืองต่าง ๆ โรคที่พบบ่อยในกลุ่มนี้และเป็นปัญหาสาธารณสุข ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

การตรวจเอกสาร

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัย ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
3. ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
4. ทฤษฎีเกี่ยวกับการวิเคราะห์พฤติกรรม PRECEDE Model
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ มีชื่อที่นิยมเรียกกันหลายชื่อ เช่น โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Heart Disease, CHD) โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart disease, IHD) หรือโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (Atherosclerotic Heart Disease, ASHD) หมายถึง “ภาวะที่หัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง หรือเลือดไหลเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจลดลง หรือเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอกับความต้องการ” (พรรณี และคณะ, 2536) โรคนี้มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว ผนังบุด้านในของหลอดเลือด (initial streak) เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงก่อนผนังชั้นกลาง (medial layer) ในระยะแรกจะเกิดรอยไขมัน (Fatty streak) ที่ผนัง ต่อมาจะกลายเป็นเนื้อเยื่อพังผืดหนา ๆ (fibrous plaques) จนผนังหนาตัวขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ มีเลือดออก (hemorrhage) และมีหินปูนจับเกาะได้ (calcification) ทำให้รูหลอดเลือดตีบแคบลง จนอาจถึงตันได้

(atherosclerosis) “ซึ่งเกิดจากความเสื่อมตามอายุขัย และสาเหตุส่งเสริมจากพฤติกรรมของการดำเนินชีวิตไม่ถูกต้อง”

จากการสำรวจสภาพของหลอดเลือดหัวใจของคนทุกกลุ่มอายุ (จงจิตร, 2538) ตั้งแต่ทารกแรกเกิดไปถึงผู้สูงอายุ พบว่า “อายุน้อยที่สุดที่ตรวจพบพยาธิสภาพของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง คือ เด็กอายุ 13 ปี พยาธิสภาพที่พบเริ่มตั้งแต่ รอยไขมัน (fatty streak) แผ่นพังผืด (fibrous plaque) และ complicated lesion ตามลำดับ โดยมีความสัมพันธ์กับอายุ”

<u>ทฤษฎีของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ</u>

Luck man and Scrensen (1993) มากกว่า 10 ปี มานี้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง (atherosclerosis) ได้เปลี่ยนแปลงไปได้มีทฤษฎีจำนวนมากที่พยายามอธิบายการก่อให้เกิดการแข็งตัวของเลือด ซึ่งทฤษฎีเหล่านี้ยังคงเป็นที่โต้แย้งกัน มีความพยายามในการสืบร่องรอยการก่อตัวของรอยไขมัน (fatty streak) การเพิ่มขึ้นของเนื้อเยื่อพังผืดหนา ๆ (fibrous plaques) และได้มีการตั้งสมมติฐานการตอบสนองต่อภยันตรายที่เกิดขึ้นต่อหลอดเลือดดังนี้

1. สมมติฐานการตอบสนองต่อภยันตรายที่เกิดขึ้นต่อหลอดเลือด (the response to injury hypothesis) ซึ่งทฤษฎีนี้ได้ให้ข้อเสนอว่า การเปลี่ยนแปลงจากการตอบสนองนั้น ทำให้มีรอยแผลเกิดขึ้นทั่วไปในผนังบุด้านในของหลอดเลือดแดง (จากปฏิกิริยาทางกลศาสตร์ เคมี ฮอร์โมนหรือวิทยาภูมิคุ้มกัน) ซึ่งรอยแผลเหล่านี้ เกิดจากความดันโลหิตสูง สารไฮโดรคาร์บอนจากการสูบบุหรี่ โคแลสเตอรอล แคทธีโคลามีน แอนจิโอเทนซิน หรือฮอร์โมน ผลของการหลุดลอกของสะเก็ดแผลเหล่านี้ ที่ชั้นผิว (superficial layer) ของหลอดเลือดแดงเป็นทางเปิดสู่บาดแผลที่ผนังบุด้านใน ผลตามมาคือ การเกาะตัวของไขมันและเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ

2. สมมติฐานจากเซลล์เดียว (The monoclonal hypothesis) กล่าวว่าการแข็งของหลอดเลือดแดง (atherosclerosis) เกิดจากกระบวนการขั้นแรกของขยายตัวของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบซึ่งเกิดจากกการเพิ่มจำนวนของเซลล์เพียงเซลล์เดียว

3. สมมติฐานกระบวนการสูงอายุ (The senescence hypothesis) ได้เสนอว่า กระบวนการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง (atherosclerosis) เกิดจากอายุ โดยการขยายตัวของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบเป็นผลจากความเสื่อมตามอายุ ซึ่งไม่สามารถควบคุมกระบวนการถอดแบบที่มากเกินไปของผนังชั้นในของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบได้

4. สมมติฐานการเกิดลิ่มเลือด (The thrombogenic hypothesis) การเกาะตัวของเกร็ดเลือดที่เกิดขึ้นบริเวณเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ และผลจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบและไฟโบรบลาสท์ (fibroblasts) ผนังหลอดเลือดแดงเติบโตแทรกเข้าไปในก้อนเลือด (thrombus)

5. สมมติฐานการระคายเคืองของสารไขมัน (The lipid-irritation hypothesis) เชื่อว่าการที่ไขมันในเลือดเกาะติดกับหลอดเลือดแดง กระตุ้นให้เกิดการเพิ่มจำนวนของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ

6. สมมติฐานการไหลเวียนของเลือด (The hemodynamic hypothesis) พยายามที่จะอธิบายว่าทำไมก้อนไขมัน จึงมักปรากฏในส่วนของหลอดเลือดแดงส่วนเล็ก ๆ “ตามสมมติฐานการไหลเวียนของเลือด เชื่อว่าการเกิดก้อนไขมันเกิดกระแสวน (turbulence) ความดัน และความเครียด ซึ่งล้วนรบกวนต่อผนังของเอนโดธีเลียล (Endothelial wall)” Luck man & Scrensen แบ่งปัจจัยเหนี่ยวนำที่ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) เป็น 3 หมวด คือ

6.1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ กรรมพันธุ์ อายุ เพศ เชื้อชาติ

6.2 ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ เบาหวาน สิ่งแวดล้อม

6.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ อ้วน ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียด

ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Personal Risk Factors that cannon Be Changed)

คือ กรรมพันธุ์ อายุ เพศ เชื้อชาติ

กรรมพันธุ์ (Heredity)

พันธุกรรม มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะครอบครัวที่เคยมีประวัติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ บทบาทของพันธุกรรมที่มีต่อโรคหลอดเลือดหัวใจยังไม่ทราบแน่ชัด อาจเกี่ยวข้องกับยีน (Genes) ที่ถ่ายทอดกันมาก็ได้ ปัจจัยทางพันธุกรรมเหนี่ยวนำสู่ 4 ลักษณะ ซึ่งทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงคือความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือด โรคเบาหวาน และโรคอ้วน ในการศึกษาโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะยาวพบว่า ประวัติครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคหัวใจ ถูกพบว่าสามารถทำนายได้อย่างอิสระ ถึงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ชาย แต่ไม่พบในผู้หญิง

อายุ (Age)

อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ (ศุภชัย, 2540) มักพบในคนอายุ 40 ปีขึ้นไป แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบโรคนี้ในคนอายุน้อยกว่า 40 ปีมากขึ้น อย่างไรก็ตาม “ในคนที่อายุ 30 ปี ขึ้นไป หรือ 20 ปีขึ้นไป อาจมีอาการเจ็บหน้าอก เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง หรือกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ โดยเชื่อว่าภาวะหลอดเลือดแดงเข้มมักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลอายุมากขึ้น ซึ่งเชื่อว่าเป็นกระบวนการเสื่อมสลาย” (degenerative changed) ของหลอดเลือด

เพศ (Gender)

พบว่า ผู้ชายที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้สูงกว่าผู้หญิงอีก 4 เท่า แต่เมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้ชาย และผู้หญิงมีโอกาสเสี่ยงใกล้เคียงกัน ผู้หญิงที่รับประทานยาคุมกำเนิดและหมดประจำเดือนแล้วมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูงเป็น 3 เท่า ของผู้หญิงปกติหรือหมดประจำเดือนช้า ปัจจุบันวิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง อาจจะเพิ่มการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้หญิง คือ การออกไปทำงานนอกบ้าน และยังต้องรับผิดชอบงานบ้านและลูก รวมทั้งการเริ่มสูบบุหรี่ของผู้หญิงในอายุน้อย

เชื้อชาติ (Race)

ผู้ชายผิวขาว มีโอกาสตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ชายผิวอื่น ในขณะที่ผู้หญิงผิวขาว มีอัตราตายจากโรคนี้ต่ำกว่าคนผิวดำเล็กน้อย แต่เมื่อสูงอายุอัตราตายในทุกชนชาติเท่า ๆ กัน

ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ เบาหวาน สิ่งแวดล้อม

ไขมันในเลือดสูง (Elevated Serum Cholesterol)

เป็นปัจจัยที่พบมากเป็นอันดับที่ 1 ในประเทศไทยประชากรในเมืองใหญ่มีโคเลสเตอรอลสูงกว่าชนบท เนื่องจากอาหารที่รับประทานต่างกัน การมีระดับไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะถ้ามีระดับโคเลสเตอรอลสูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และไตรกลีเซอร์ไรด์ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูงเพราะไขมันไปจับเกาะติดกับผนังด้านในหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดการตีบแคบ การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก “นอกจากนี้ฮอร์โมนเพศบางอย่าง เช่น เอสโตรเจนจะเพิ่มปริมาณของไขมันอิ่มตัว แต่โปรเจสเตอโรนและแอนโดรเจนจะลดปริมาณของไขมันอิ่มตัวลงและการออกกำลังกายทำให้ปริมาณไขมันอิ่มตัวเพิ่มขึ้น” (Higgins, 1997 อ้างใน อุไร, 2543)

ความดันโลหิตสูง (Hypertension)

เป็นปัจจัยที่พบมากเป็นอันดับที่ 2 จากการศึกษาของ เฟรมมิงแฮม พบว่า ในวัยกลางคนที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนที่มีความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำกว่าถึง 3 เท่า ด้วยเหตุว่าหลอดเลือดของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จะเกิดพยาธิสภาพทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) ได้มากกว่า ผู้ที่มีความดันปกติ แม้ว่าความดันโลหิตสูงไม่สามารถป้องกันได้ แต่สามารถควบคุมได้โดยการรักษาและการดูแลตนเองที่เหมาะสม

การสูบบุหรี่ (Cigarette Smoking)

เป็นปัจจัยที่พบมาก เป็นอันดับที่ 3 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ ที่สำคัญที่สุดและพิสูจน์ได้แน่นอนแล้วว่ามีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ และสาเหตุของการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่เกิน 25 มวนต่อวัน ผู้ชายที่สูบบุหรี่มีโอกาสตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ สูงกว่าผู้ชายที่ไม่สูบถึงร้อยละ 70 และผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งหมดอาการหัวใจจู่โจม (heart attack) สูงกว่าผู้ที่ไม่สูบ 2 เท่า นอกจากนั้น “ผู้ที่สูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการตายอย่างกระทันหันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบ 2-4 เท่า โดยอัตราตายเพิ่มขึ้น ตามจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน จำนวนปีที่สูบ การสูบบุหรี่เข้าในปอด และอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่มีฤทธิ์เสริมกับการเกิดปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ” (ศุภชัย, 2540)

โรคเบาหวาน (Diabetic)

โรคเบาหวานมักพบบ่อย ในผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน อยู่ในวัยกลางคน โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นประจำและพบน้ำตาลในปัสสาวะ เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนที่มีระดับน้ำตาลปกติ เนื่องจากเบาหวานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันของผนังชั้นในหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้น (atheroma) หลอดเลือดตีบแคบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

สิ่งแวดล้อม (Environment)

ความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจ (ศุภชัย, 2540) พบในประเทศแถบทวีปอเมริกาเหนือ ออสเตรเลีย ยุโรป และนิวซีแลนด์ มากกว่าประเทศญี่ปุ่น สวิสเซอร์แลนด์ และอิตาลี ถึง 7 เท่า “นอกจากนี้ยังพบในประชากรที่อยู่ในชุมชนเมืองสูงกว่าในชนบท ลักษณะนิสัยการดำเนินชีวิตของคนในครอบครัว ก็มีผลเกี่ยวข้องด้วย เช่น นิสัยการกิน การออกกำลังกาย พ่อแม่ที่ไม่ชอบออกกำลังกาย อาจมีผลทำให้ลูกไม่ชอบออกกำลังกายด้วย หรือพ่อแม่เป็นคนอ้วน ลูกมักจะเป็นคนอ้วนด้วย”

ปัจจัยเสริมอื่นๆ (Contributing Factors)

คือ อ้วน ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียด

ความอ้วน (Obesity)

ความอ้วน คือ การที่มีน้ำหนักตัวเกินปกติไปมากกว่า 30 เปอร์เซ็นต์ หรือดัชนีมวลกาย > 30.0 กก/เมตร^2 โดยความอ้วนจะเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ มากขึ้น ความอ้วนส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิต เช่น นั่งหรือนอนอยู่กับที่ไม่ใช้แรงงาน (Sedentary lifestyle) ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง (อุทัย, 2542)

การขาดการออกกำลังกาย (Lack of exercise)

การออกกำลังกาย จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง อัตราการเต้นของหัวใจน้อยครั้งลง การสูบฉีดเลือดแต่ละครั้งมีปริมาณมากขึ้น และไหลผ่านหลอดเลือดไปสู่เนื้อเยื่อได้ดีขึ้น “ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำจะไม่ค่อยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ในคนที่ขาดการออกกำลังกาย จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มาก ความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับโรคหลอดเลือดหัวใจนั้น แม้ว่างานวิจัยยังไม่ได้พิสูจน์แน่ชัดแต่การศึกษาของเฟรมมิงแฮม (Farmingham) พบว่าการออกกำลังกายลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคนี้ โดยการลดน้ำหนัก ลดความเครียด ลดปริมาณโคเลสเตอรอล และแอลดีแอล (LDL = Low Density Lipoprotein) และการเพิ่มเอชดีแอล (HDL High Density Lipoprotein) ในเลือด

ความเครียด (Stress)

ความเครียด มีส่วนสัมพันธ์กับการเพิ่มความดันโลหิตแม้ว่าความเครียดในระดับพอเหมาะจะมีบทบาทสำคัญในชีวิตของคนยุคใหม่ในประเทศอุตสาหกรรม แต่ความเครียดที่มากเกินไปอาจจะมีอันตรายต่อสุขภาพ บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอ (type A behaviors) ซึ่งมีลักษณะเป็นคนเอาจริงเอาจังมีความทะเยอทะยานชอบแข่งขันเอาชนะ และหมกมุ่นอยู่กับการทำงานให้เสร็จทันเวลา พบว่ามีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูง ความเครียดจะไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติค ให้มีการหลั่งอิพิเนพฟริน และนอร์อิพิเนพฟริน จากต่อมหมวกไตส่วนในมีผลทำให้

หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวแรงขึ้น ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น หลอดเลือดหัวใจหดตัว นอกจากนี้ยังกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลิน คอร์ติซอลเพิ่มขึ้น ซึ่งมีผลให้ระดับโคเลสเตอรอลในร่างกายเพิ่มสูงขึ้น (ศุภชัย, 2540)

<u>การป้องกันโรค (Prevention)</u>

หมายถึง ยับยั้งไม่ให้เกิดโรค ขจัดการเกิดโรค ลีเวลและคลากได้แบ่งการป้องกันโรค 3 ระดับ คือ (อุไร, 2543)

1. ระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) หมายถึง การส่งเสริมภาวะสุขภาพ (health promotion) และการป้องกันโรคเฉพาะ (specific disease prevention) การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้ การให้อาหารตรงตามพัฒนาการของวัย ใส่ใจต่อพัฒนาการของบุคคล จัดหาทรัพยากร สถานพักผ่อน ที่อยู่อาศัย จัดสภาพแวดล้อมที่ทำงาน ให้คำปรึกษาการสมรสและเพศสัมพันธ์ คัดกรองการถ่ายทอดทางพันธุกรรม การตรวจร่างกายสม่ำเสมอ การป้องกันเฉพาะโรค ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรคให้ความสำคัญกับสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล อนามัยสิ่งแวดล้อม ป้องกันอันตรายจากการทำงาน ป้องกันอุบัติเหตุ รับประทานอาหารที่มีสารอาหารสำคัญจำเป็นต่อร่างกาย การป้องกันสารก่อมะเร็ง หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้แพ้

2. ระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) หมายถึง การให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก การลดระยะเวลาและความรุนแรงในการเกิดโรคเพื่อให้เข้าสู่ภาวะสุขภาพดีปกติโดยเร็วที่สุด การวินิจฉัยเริ่มต้นและการรักษาที่ฉับพลัน (early diagnosis and prompt treatment) ได้แก่ ค้นหาผู้ป่วยทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม และการสำรวจคัดกรอง การตรวจหาเพื่อที่จะรักษาและป้องกันการเกิดโรค ป้องกันการแพร่กระจายโรคติดต่อป้องกันโรค/ภาวะแทรกซ้อนหรือ สิ่งที่จะตามมา ลดการเกิดภาวะทุพลภาพหรือพิการ หยุดยั้งความพิการ (disability limitations) ได้แก่ การรักษาที่เหมาะสมเพียงพอที่จะหยุดการเกิดโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา จัดหาสิ่งที่จะช่วยอำนวยหรือใช้ในการป้องกันความพิการหรือตาย

3. ระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นขั้นหยุดกระบวนการเกิดโรค และป้องกันความพิการ วัตถุประสงค์ เพื่อให้บุคคลมีศักยภาพสูงสุด อยู่ในสังคมตามข้อจำกัดที่มีอยู่โดยการทำให้ดีขึ้น (restoration) ฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ได้แก่ การจัดอำนวยความสะดวกทรัพยากรที่โรงพยาบาลและชุมชน เพื่อที่จะฝึกฝนให้คำแนะนำให้บุคคลมีความสามารถสูงสุดตามศักยภาพ ให้ความรู้แก่ชุมชนและโรงงานให้รับผู้พิการเข้าทำงานเต็มตามศักยภาพที่มีเหลืออยู่ จัดงานบำบัด (work therapy) ในโรงพยาบาลมีการรวมตัวกันจัดตังกลุ่มหรือสมาคมของคนทุพพลภาพ

<u>การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ</u>

สามารถป้องกันได้ 3 ระดับ ดังนี้คือ

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ การป้องกันในผู้ที่มีแนวโน้มเป็นโรคนี้ เช่น ผู้ที่อ้วนขาดการออกกำลังกาย ผู้อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีน้ำตาลในเลือดสูงกลุ่มผู้ที่มีคลอเรสเตอรอลในเลือดสูงกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูง กลุ่มอายุเช่นอายุ 40 ปีขึ้นไป กลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือน กลุ่มผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไปที่ต้องการควบคุมไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม เช่น วิ่งการกุศล วิ่งมาราธอน วิ่งเหยาะในสนาม การรำมวยจีน การขี่จักรยาน กิจกรรมทั้งเดี่ยวและกลุ่ม ต้องมีความสนุกสนานต่อเนื่องเป็นประจำ มีความสม่ำเสมอเพื่อความคงทนของร่างกาย รับประทานอาหารถูกต้องครบถ้วน อาหารไขมันต่ำ อาหารกากใยสูงโคเลสเตอรอลต่ำจะช่วยลดการเกิดไขมันในหลอดเลือด การสะสมใช้เวลา ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีส่วนทำให้เกิดโรคนี้ ตรวจร่างกายประจำปี เพื่อติดตามควบคุมโรคความดันโลหิตสูงน้ำตาลและโคเลสเตอรอล เพื่อไม่ให้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือเพื่อรักษาไม่ให้เกิดโรคต่อเนื่อง งดสิ่งเสพติด เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ เนื่องจากบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรค และแอลกอฮอล์ทำให้ไตรกลีเซอไรด์สูงจึงควรเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ การพักผ่อนและสันทนาการ การทำงานหนักทำให้เกิดความเครียด ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ กิจกรรมสันทนาการช่วยทำให้จิตใจผ่อนคลายความตึงเครียด ขจัดสาเหตุของการพักผ่อนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยบางรายเกิดอาการเจ็บหน้าอกหลังจากพักผ่อนไม่เพียงพอ จึงทำให้ทราบว่ามีโรคหัวใจ (เป็นโรคหัวใจมาก่อนแต่ไม่เกิดอาการ)

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ การป้องกันในกลุ่มที่สงสัยว่าจะเป็นหรือเริ่มเป็น และต้องการควบคุมโรคไม่ให้ลุกลามเร็วหรือมีความก้าวหน้าเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมโดยเร็วที่สุด โดยใช้วิธีจัดการที่ถูกต้องรวดเร็วต่อเนื่องวิธีการที่ป้องกันในระดับนี้คือได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว เช่น การตรวจเอนซายม์ของกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย โดยการทำโทรโพนินเทสต์ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจเอคโค สามารถทำได้รวดเร็ว สามารถทราบผลทันทีหลังทำ ค่าใช้จ่ายไม่สูงผู้ป่วยไม่ต้องกระทบกระเทือนหรือเจ็บปวด เมื่อผลการตรวจได้รวดเร็วทำให้เกิดการรักษารวดเร็วตามมา เช่น การละลายธรอมบัสที่อุดตันในหลอดเลือดทันทีจะช่วยให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเร็วขึ้น ป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระยะเวลาการนำส่งโรงพยาบาลต้องรวดเร็ว อาการผิดปกติที่รีบนำส่งโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยเจ็บหน้าอก ช็อกหัวใจ เป็นลม อาการเป็นลมญาติมักปฐมพยาบาลเองในระยะแรก หลังจากนั้นจึงนำส่งโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้รับผลเสียอย่างมาก การเก็บรวบรวมข้อมูลต้องละเอียดเพียงพอเพื่อให้ทราบถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละราย อาทิเช่น ประวัติเลือดออกง่าย ประวัติการแพ้ ประวัติเลือดออกในสมองการตรวจการรักษาบางอย่างจะมีข้อห้ามสำหรับผู้ป่วยบางราย ดังนั้นการทราบข้อมูลจะป้องกันอันตรายจากการตรวจและการรักษา ลดข้อผิดพลาดจากการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม รวดเร็ว ผู้ป่วยในแต่ละราย ในแต่ละระยะมีการรักษาตามลำดับ อาทิเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายธรอมบัส อาการไม่ดีขึ้น ต้องทำการสวนเพื่อขยายหลอดเลือด หากขยายหลอดเลือดไม่ได้ผลอาจใส่สเต็นท์หรือตัดแผ่นคราบ หากไม่ได้ผลต้องทำการผ่าตัดหลอดเลือด ดังนั้นผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้กล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งเป็นความพิการ มีแนวปฏิบัติของการตรวจ การรักษา จะทำให้รวดเร็วและลดข้อผิดพลาดเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ดังนั้นต้องรักษาภาวะแทรกซ้อน หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้มากที่สุด โดยการป้องกันระดับ 2 เพื่อไม่ให้ภาวะแทรกซ้อนนั้นเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย นอกจากนี้การป้องกันกลับเป็นซ้ำ เพื่อส่งเสริมศักยภาพสูงสุดที่ผู้ป่วยมีอยู่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี วิธีการป้องกันระดับตติยภูมิ ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผู้ป่วยต้องได้รับคำแนะนำแนวปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติที่บ้านได้ คำแนะนำควรมีเป็น ลายลักษณ์อักษร เนื่องจากผู้ป่วยอาจจำไม่ได้และผู้ป่วยสามารถนำมาทบทวนได้ นอกจากนี้ ควรมีการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติของผู้ป่วยไว้ด้วยเพื่อการประเมินผล ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลมีความสำคัญต่อผู้ป่วยมาก

เมื่อผู้ป่วย กลับบ้าน การควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การควบคุมและรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โคเลสเตอรอล การควบคุมมีทั้งการปฏิบัติตน เช่น การคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การลดความอ้วน เลิกสูบบุหรี่และการรักษาในการดูแลของแพทย์ การรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ยาที่ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจรับประทานเป็นประจำ อาทิเช่น ยาแอสไพริน ป้องกันการรวมตัวของเกล็ดเลือด เพื่อป้องกันหลอดเลือดอุดตันจากธรอมบัสต้องรับประทานเป็นประจำ ดังนั้นผู้ป่วยต้องเข้าใจว่าไม่ได้ทำโรคหาย แต่ป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยทราบโดยมีอาการเจ็บหน้าอกทันที ผู้ป่วยต้องรับประทานทันทีหลังอาหารเพื่อป้องกันอาการปวดแผลกระเพาะอาหาร ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถป้องกันและควบคุมได้ หากมีความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งเพื่อป้องกันทั้ง 3 ระดับให้ได้ผลดี เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (ธนวรรธน์, 2544) หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับหรือมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ไม่ว่าจะในลักษณะที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ หรือในลักษณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Gochman, 1982) หมายถึง คุณลักษณะหรือคุณสมบัติต่าง ๆ ของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ประกอบอื่น ๆ ความรู้ บุคลิกภาพส่วนบุคคล รวมทั้งภาวะความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และพฤติกรรมการแสดงออก การปฏิบัติและนิสัย ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี การฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ

สุดา (2536 อ้างใน อุบลรัตน์, 2545) ได้สรุปพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ และการแสดงออกหรือการกระทำ หรือกิจกรรมของบุคคลที่แสดงออกถึงการป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วย การดำรงรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การฟื้นฟู และการส่งเสริมสุขภาพหรือทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นปกติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง และเป็นกิจกรรมที่สามารถวัดได้ระบุได้ และทดสอบได้มีทั้งถูกสุขลักษณะและไม่ถูกสุขลักษณะ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับค่านิยม ความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจ ความต้องการ และแรงจูงใจ

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ของครอบครัว และของชุมชนจำแนกได้ตามผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมเป็น 3 ประเภท ด้วยกัน (ธนวรรธน์, 2544)

1. พฤติกรรมเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Illness Behavior) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเป็นการแสดงออกของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยในลักษณะของการรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยหรือไม่อย่างไร มากน้อยแค่ไหนและการเจ็บป่วยนั้น ๆ มีสาเหตุมาจากอะไร

2. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติที่ป้องกันมิให้ติดโรค การกระทำหรือการปฏิบัติที่ทำให้เกิดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่ทำให้เกิดการแพร่โรค รวมทั้งพฤติกรรมการรับการตรวจรักษาแต่เนิ่น ๆ และพฤติกรรมการรักษาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เพื่อไม่ให้โรคแพร่กระจายออกไป ไม่ให้เกิดความพิการและเพื่อไม่ให้เสียชีวิตด้วย

3. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์และการดำรงชีวิต ตั้งแต่ก่อนเกิดจนถึงตาย กระบวนการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลและครอบครัวต่าง ๆ จึงเป็นกระบวนการแห่งชีวิตที่บุคคลต่าง ๆ ต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นในตนเองและในครอบครัวของตนเอง เพื่อให้มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

การส่งเสริมสุขภาพเป็นพื้นฐานสำคัญของการมีสุขภาพดี รวมทั้งการป้องกันโรคด้วย โดยเริ่มจากการดูแลสุขภาพก่อนการตั้งครรภ์ การดูแลสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์ การคลอด การเลี้ยงดูทารกและเด็กก่อนวัยเรียน การเลี้ยงดูเด็กวัยเรียน การพักผ่อนและออกกำลังกายในผู้ใหญ่ การส่งเสริมโภชนาการ การพักผ่อนและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ รวมทั้งการดูแลฑันตสุขภาพของบุคคลทุกวัย

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behaviors) หมายถึง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ของแต่ละบุคคลตามความเชื่อของเขาที่จะทำให้เขามีสุขภาพดี เพื่อเป็นการป้องกันโรคหรือทำให้อาการของโรคหายไปส่วนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่ส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดีมี self-actualizationและpersonal fulfillment พฤติกรรมสุขภาพที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ มีดังนี้ (วีนัส และคณะ, 2541)

การสูบบุหรี่ จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น การศึกษา ในคนญี่ปุ่นและอเมริกัน พบว่า การสูบบุหรี่เป็นตัวทำนายอิสระของโรคหัวใจขาดเลือด จากสถิติของ The American Heart Association ที่รายงานในปี พ.ศ. 2540 ว่าคนอเมริกันเพศชายและหญิงสูบบุหรี่ร้อยละ 28.2 และ 23.1 และพบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นประมาณ 2.2 เท่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2533-2537 มีคนอเมริกันเสียชีวิตจากโรคที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่เฉลี่ยถึงปีละ 430,700 คน โดยส่วนใหญ่จะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ การสูบบุหรี่ทำให้คนอเมริกันต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลถึงปีละ 130 พันล้าน เหรียญสหรัฐ การสำรวจสถานะสุขภาพของประชากรไทยทั่วประเทศระหว่าง พ.ศ. 2534-2535 อายุ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 17,596 คน พบว่าสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 20.6 เป็นชายมากกว่าหญิง 10.7 เท่า และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับระดับการศึกษาพบชัดเจนว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษาจะมีสัดส่วนของการสูบบุหรี่เหลือเพียงร้อยละ 8.5 จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ทั่วโลก 3 ล้านคน ในปี ค.ศ. 1990 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 10 ล้านคนในปี ค.ศ. 2025 รายงานนี้ยังพบว่าผู้ที่เลิกสูบบุหรี่เป็นระยะเวลา 1 ปี จะทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ 50

การออกกำลังกาย the American Heart Association (2001) ได้กำหนดให้การไม่ออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษาทั่วไปในอดีตและปัจจุบันพบว่าการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือด Powell และคณะได้รายงานว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดที่เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากการใช้ชีวิตอย่างสุขสบาย และได้สรุปจากการศึกษาต่าง ๆ ว่าผู้ที่มีอาชีพนั่งทำงานเป็นส่วนใหญ่จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 1.9 เท่า ของผู้ที่อาชีพที่ต้องทำงานอย่างกระฉับกระเฉง จากการศึกษาอื่นพบว่าการไม่ออกกำลังกายจะทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น 1.5 ถึง 2.4 เท่า และความเสี่ยงนี้จะเพิ่มขึ้นในผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงหรือสูบบุหรี่ และคนที่ไม่มีความกระตือรือร้นหรือไม่กระฉับกระเฉงร้อยละ 30-50 จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น Paffenbarger ได้ศึกษาในชาย อายุ 45-84 ปี พบว่าการเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงระดับปานกลางจะมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อ การเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดและสาเหตุอื่น ๆ ดังนั้นการออกกำลังกายจะต้องออกแรงให้มากพอจึงจะสามารถลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดและป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้

การออกกำลังกาย นอกจากมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดแล้ว ยังมีผลดีต่อการเพิ่มระดับเอชดีแอล โคเลสเตอรอล ลดน้ำหนักและลดระดับความดันโลหิต รวมทั้งเพิ่มความทนต่อกลูโคส การออกกำลังกายยังมีประโยชน์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยรวม และในด้านอื่น ๆ ได้แก่ ลดการเกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และเพิ่มความแข็งแรงของกระดูก เป็นต้น เร็ว ๆ นี้ สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาได้เสนอแนะโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับบุคคลทั่วไป ส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายโดยตรง

การดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณเล็กน้อยจนถึงปานกลางหรือน้อยกว่า 60 กรัม (4 Drinks) ต่อวัน จะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่าผู้ที่ไม่ดื่มหรือดื่มในปริมาณมาก จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเกิดอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นลักษณะ U-shaped ถ้าดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเกิน 75 กรัม (5 Drinks) ต่อวัน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและภาวะอัมพาตจากเลือดออกในสมอง ซึ่งเป็นผลมาจากแอลกอฮอล์ทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น การศึกษาในประชากรทั่วประเทศไทยปี พ.ศ. 2534-2535 พบว่าสัดส่วนของผู้ที่อยู่ในวัยทำงานที่ดื่มสุราร้อยละ 6.1 และเพศชายดื่มสุรามากกว่าเพศหญิง 9 เท่า

การควบคุมความเครียด จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมแบบชนิดเอ ต้องแก่งแย่งเร่งรีบ ลังเลและทะเยอทะยาน จะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในอนาคต พฤติกรรมเหล่านี้สามารถประเมินจากอาชีพ สภาพการดำเนินชีวิต ชั่วโมงการทำงาน ระดับการศึกษา และสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่าอัตราการตายและเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับสถานะทางสังคม ไม่ว่าจะวัดจากอาชีพ รายได้ หรือระดับการศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดในสังคมระดับสูงกว่าจะลดลงมากกว่า การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมากระหว่างระดับการศึกษากับปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งรวมทั้งระดับน้ำตาลในเลือด การศึกษาภาวะเครียดทางจิตใจในชีวิตประจำวัน ซึ่งรวมถึงความตึงเครียด ความไม่สมหวังและความเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 132 คน พบว่าผู้ที่มีความเครียดทางจิตใจจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น 2 เท่า

บริโภคนิสัย การศึกษาได้สนับสนุนบทบาทของอาหารต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับผลของอาหารต่อระดับไขมันและไลโปโปรตีนในเลือด โดยเฉพาะไลโปโปรตีนชนิดแอลดีแอล โคเลสเตอรอล อาหารที่เป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ได้แก่ ไขมัน เนื่องจากไขมัน 1 กรัม ให้พลังงานถึง 9 กิโลแคลอรี่ ดังนั้นไขมันจึงเป็นแหล่งของพลังงานสูงสุดในอาหารและจากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่าชุมชนที่บริโภคไขมันต่ำจะมีระดับโคเลสเตอรอลและอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดต่ำกว่าชุมชนที่บริโภคไขมันมาก การศึกษาเกี่ยวกับปริมาณไขมันกับระดับโคเลสเตอรอล ในผู้ป่วยที่มีระดับ TC ในเลือดสูงมาก (6-9.5 มิลลิโมล/ลิตร) จำนวน 14 คน โดยให้กินอาหารที่มีไขมันร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมดและโคเลสเตอรอลจากอาหารต่ำกว่า 100 มก. ต่อวัน เป็นเวลา 3 เดือน พบว่าระดับ TC ในเลือดลดลงร้อยละ 33 และหลังจาก 3 เดือน ให้ผู้ป่วยบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้การรักษาระยะยาว พบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้บริโภคไขมันร้อยละ 21.4 ของพลังงานทั้งหมดจนกระทั่งครบ 12 เดือน ระดับ TC ลดลงร้อยละ 14 และ HDL-C เพิ่มขึ้นร้อยละ 18 เมื่อเทียบกับในระยะก่อนได้รับการรักษา ดังนั้นระดับโคเลสเตอรอลที่ลดลงในเลือดน่าจะมีผล มาจากการบริโภคไขมันที่ลดลงด้วย

สำหรับเรื่องของโคเลสเตอรอลในอาหาร ได้มีผู้ศึกษาผลของโคเลสเตอรอลในอาหารต่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือดไว้มากมาย ซึ่ง (Hegstad, 1986) ได้นำมารวบรวม และสรุปค่าปริมาณของโคเลสเตอรอล ที่บริโภค ในช่วง 0-400 มก. ต่อ 1000 กิโลแคลอรี่ พบว่าการเพิ่มโคเลสเตอรอลในแต่ละ 1 มก. ต่อ 1000 กิโลแคลอรี่ของอาหารที่รับประทานจะทำให้ระดับ TC ในเลือดเพิ่มขึ้นประมาณ 4 มก. ต่อ ดล. ดังนั้นการเพิ่มปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารจึงทำให้ระดับ TC ในเลือดเพิ่มขึ้นด้วย

นอกจากนี้ยังพบว่าชนิดของไขมันมีผลต่อระดับโคเลสเตอรอลมาก กรดไขมันอิ่มตัว โดยเฉพาะกรดไขมันที่มีคาร์บอน 12-16 อะตอม ซึ่งพบมากในไขมันจากสัตว์ เช่น หมู หนังไก่ และไขมันจากพืชบางชนิด เช่น มะพร้าว ปาล์ม ไขมันชนิดอิ่มตัวนี้จะไปเพิ่มระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ในขณะที่กรดไขมันไม่อิ่มตัว ชนิด PUFA โดยเฉพาะกรดไลโนลีอิค (linoleic acid) และไลโนลีนิค (linolenic acid) ซึ่งพบมากในน้ำมันที่ได้จากพืช เช่น น้ำมันเมล็ดดอกทานตะวัน น้ำมันเมล็ดดอกคำฝอย น้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง ยกเว้นน้ำมันที่ได้จากมะพร้าวและปาล์ม นอกจากนี้ยังพบในน้ำมันจากปลาและกรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิด MUFA เช่น กรดโอลีอิค (Oleic acid) จะไปลดระดับโคเลสเตอรอล กรดไขมันอิ่มตัวสามารถทำให้ระดับโคเลสเตอรอล

เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของระดับที่กรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิด PUFA ในปริมาณที่เท่ากัน คือ กรดไขมันอิ่มตัว 1 กรัม จะต้องใช้ PUFA 2 กรัม จึงจะสามารถป้องกันไม่ให้ระดับโคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น แต่ในปัจจุบันการลดโคเลสเตอรอลในเลือดจะเน้นไปในด้านลดการบริโภคกรดไขมันอิ่มตัวมากกว่าการเพิ่ม PUFA การบริโภคอาหารคาร์โบไฮเดรตจำนวนมากเกินไปจะมีผลทำให้ระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น เนื่องจากตับสามารถเปลี่ยนคาร์โบไฮเดรตที่เกินพอไปเป็นไขมันจึงทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น โดยเฉพาะการบริโภคน้ำตาลทรายและฟรุคโตสจะมีผลทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงมากกว่าอาหารพวกแป้ง

บทบาทของเส้นใยอาหารต่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือด เส้นใยอาหาร (Dietary fiber) เป็นส่วนของพืชที่ร่างกายย่อยไม่ได้ จัดอยู่ในสารอาหารคาร์โบไฮเดรต ได้แก่ เซลลูโลส เฮมิเซลลูโลส เพคตินและลิคนิน ในปัจจุบันเส้นใยอาหารกำลังเป็นที่สนใจของคนทั่วไปมาก จากการศึกษาพบว่า เส้นใยในอาหารมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในคน พบว่า เพคตินและลิคนิน ซึ่งพบมากในผลไม้ สามารถลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ ในขณะที่เซลลูโลสไม่ลด กลไกที่ใยอาหารไปลดระดับโคเลสเตอรอลยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีผู้ให้ข้อคิดว่าใยอาหารสามารถลดระดับโคเลสเตอรอลได้โดยไปจับกับโคเลสเตอรอลและถูกขับออกในรูปเกลือน้ำดี ซึ่งปฏิกิริยานี้จะลดการดูดซึมของโคเลสเตอรอลและเพิ่มการขับออกของร่างกาย

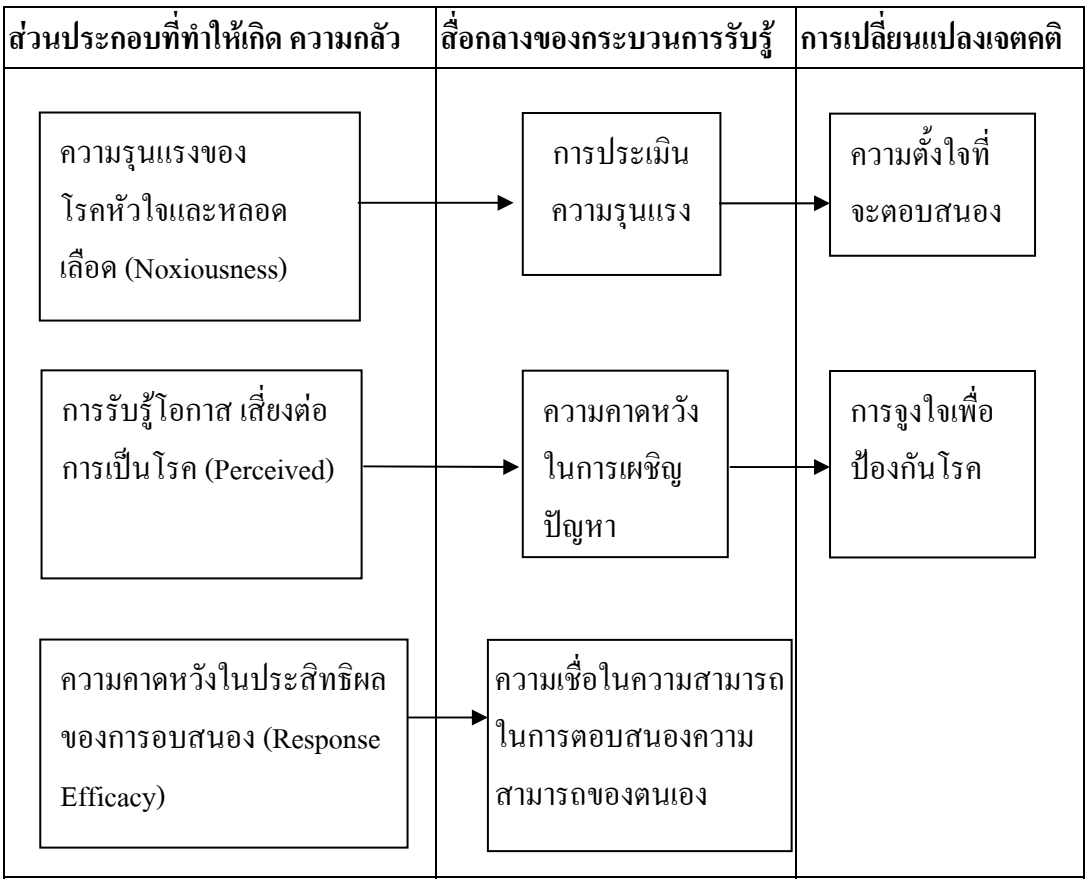
นอกจากนี้กลไกอื่นที่มีผลให้เกิดโรคนี้ ได้แก่ ความผิดปกติของการทนต่อกลูโคส ระดับ homocysteine การทำงานของเกล็ดเลือด และการทำงานของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด มีการศึกษาถึงบทบาทของวิตามินต้านออกซิเจนต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ วิตามินอีและซี มีรายงานจำนวนมากจากการศึกษาพบว่าวิตามินทั้งสองนี้สามารถลดโคเลสเตอรอลในเลือดได้ โดยวิตามินอีช่วยลดโคเลสเตอรอลด้วยการไปเพิ่มปริมาณ HDL ซึ่งมีผลโดยตรงต่อเมตาโบลิซึมของโคเลสเตอรอล เนื่องจาก HDL มีหน้าที่นำโคเลสเตอรอลไปเผาผลาญที่ตับและขับออกจากร่างกาย ปริมาณ HDL สูง โคเลสเตอรอลก็ยิ่งมีโอกาสถูกจำกัดออกไปจากเลือดมากขึ้น สำหรับวิตามินซี พบว่าการขาดวิตามินซี ทำให้ระดับ HDL ในเลือดลดลง เมื่อให้วิตามินซีแล้ว ระดับ HDL ก็จะเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถป้องกันภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง และโรคหัวใจขาดเลือดได้ นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าการให้วิตามินซีเสริมในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ขาดวิตามินซีและมีระดับโคเลสเตอรอลสูง จะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ โดยวิตามินซีที่เพิ่มขึ้นนี้จะไปช่วยเร่งให้ตับ มีการสร้างสารไซโตโครม พี 450 ซึ่งสารนี้จะเป็นตัวเร่งการเปลี่ยนโคเลสเตอรอลให้เป็นน้ำดีและถูกขับออกจากร่างกายในทางเดินอาหาร

นอกจากนี้ปริมาณพลังงานที่ได้รับจะมีผลต่อระดับโคเลสเตอรอล ถ้าได้รับพลังงานมากกว่าความต้องการของร่างกาย พลังงานส่วนเกินนี้ก็จะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันไปสะสมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งเป็นไขมันชนิดอิ่มตัวจะมีผลทำให้ระดับโคเลสเตอรอลสูงขึ้น ดังนั้นคนอ้วนจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคไขมันอุดตันในหลอดเลือดแดง มีหลักฐาน ที่ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความสัมพันธ์กับอาหารมีอิทธิพลมาจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการควบคุมน้ำหนักตัว ปัจจัยด้านอาหารตั้งแต่ในวัยทารกและเด็กอาจเป็นตัวกำหนดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในวัยผู้ใหญ่

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

เป็นทฤษฎีที่มีลักษณะและหลักการเดียวกันกับแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ ซึ่งได้รับการพัฒนามาจาก Rogers ในปี ค.ศ. 1975 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อช่วยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความกลัวของบุคคลที่มีพื้นฐานจากการตอบสนองเบื้องต้นทางด้านพุทธิปัญญา (Cognitive) ของเอกกัตตบุคคลสองประการด้วยกันคือ ประการแรก ได้แก่ การให้คุณค่าเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ ประการที่สอง ได้แก่ การให้ความสำคัญสิ่งที่มาคุกคามและขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิด แก้ปัญหาในสิ่งที่กำลังคุมคามอยู่นั้น

การให้ความสำคัญแก่สิ่งที่กำลังคุกคามจะหมายรวมถึง การประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นผลให้ความน่าจะเป็นของการเพิ่มและลดลงของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคามทางสุขภาพ ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเพิ่มหรือลดของการตอบสนองอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายใน หรือภายนอกร่างกายบุคคล เช่น การประเมินความรุนแรงของสิ่งที่กำลังคุกคาม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของสิ่งที่กำลังคุกคามในแต่ละบุคคล การให้ความสำคัญแก่สิ่งที่มาคุกคามทั้งหมด จะเริ่มจากการประมวลผลลัพธ์สิ่งคุกคาม ซึ่งอาจมีทั้งส่วนเพิ่มและลดการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล Rogers (1975) ได้กำหนดตัวแปรให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Probability) และความคาดหวังในประสิทธิผลของการ ตอบสนอง (Response Efficacy)



<u>ภาพที่ 1</u> รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ที่มา: Roger (1975)

ต่อมา Maddux and Roger (อ้างใน Mackay, 1992) ได้เพิ่มตัวแปรตัวที่ 4 คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancy) ในการตรวจสอบแรงจูงใจในการป้องกันโรค Maddux และ Rogers ได้ทำการทดลองจัดกระทำตัวแปรต่าง ๆ เหล่านี้ คือ ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะเกี่ยวกับน้ำหนักและความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของตัวแปรแต่ละตัว ในลำดับต่อไปเป็นการอธิบายตัวแปรแต่ละหัวข้อต่อไปนี้

ความรุนแรงของโรค (Noxiousness)

ความกลัวต่อความรุนแรงของโรคสามารถพัฒนาได้จากการขู่ว่าถ้ากระทำ หรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่างจะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายนั้น โดยการสื่อเป็นสิ่งสำคัญ การเผยแพร่ข้อมูลที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น อันตรายถึงชีวิตหรืออาจบรรยายว่าทำให้เกิดอันตรายรุนแรง ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะมีผลทำให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมได้มากกว่าข้อมูลที่ทำให้กลัวเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงอาจจะไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตรงแต่หากใช้การกระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับการขู่อาจส่งผลให้ข้อมูลนี้มีลักษณะเด่นขึ้น (Eventual and Watts, 1966 อ้างใน Mackay, 1992) กระบวนการประเมินความรับรู้ของบุคคลข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรคขณะที่มีการกระตุ้นทำให้บุคคลรับรู้ความรุนแรงของโรคจะดีกว่าการใช้การกระตุ้นโดยปกติและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมได้ ในการตรวจสอบองค์ประกอบเกี่ยวกับผลของการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูง พบว่ามีผลต่อความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ การงดดื่มสุรา ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและทำให้ไม่เป็นโรคร้ายแรงได้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perecived probability)

จะใช้การสื่อสารโดยการขู่ที่คุกคามสุขภาพซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในนิวเม็กซิโก ได้เสนอข้อมูลเพื่อให้บุคคลมีความตั้งใจ ลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ โดยกล่าวว่าจากการตรวจเลือดของผู้ชายรักร่วมเพศและชายรักสองเพศ พบว่า 1 ใน 4 คนได้รับเชื้อไวรัสโรคเอดส์เพื่อหวังให้ประชาชนมีความตื่นตัวว่าตนอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการติดโรคได้ง่าย อย่างไรก็ตามวิธีนี้ยังไม่ใช่แนวทางที่จะทำให้บุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Sutton, 1982 อ้างใน Mackay, 1992) แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคจะขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่า ถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้นจะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคสามารถทำได้เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงและกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่ำ ตัวอย่างเช่น ให้ผู้สูบบุหรี่อ่านบทความเรื่องการสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจและโรคมะเร็งปอดได้สูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูบมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมายลงในช่องข้อความของแบบสอบถามว่าตนเชื่อหรือไม่ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้เกิดโรคมะเร็งและโรคหัวใจ จากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่

ส่วนมากมีความหวังว่าตนสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะลดหรือเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้แบบสอบถามเพื่อตรวจสอบความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาจจะไม่ประสบความสำเร็จเท่าใด เนื่องจากการตรวจสอบตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือแบบสอบถามที่ใช้นั้นไม่มีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคของกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง เนื่องจากผู้ที่ตกอยู่ภาวะเสี่ยงสูงไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำเสมอไป ตัวอย่างเช่น ผู้ที่สูบบุหรี่จัดหลังจากได้รับการกระตุ้นระดับสูงให้เลิกบุหรี่ยังคงหลีกเลี่ยง ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ การส่งตรวจฉายเอ็กซ์เรย์ปอดอาจเพิ่มให้เขากลัวการเป็นมะเร็งปอด เขาจะหลีกเลี่ยงความกลัวโดยไม่ยอมรับการเอ็กซเรย์ในทางกลับกันการเอาใจใส่สนับสนุนให้ผู้ที่สูบบุหรี่คำนึงถึงผลที่เกิดจากการสูบบุหรี่ จะทำให้บุคคลนั้นลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบให้น้อยลงเพราะอาจเป็นโรคมะเร็งปอด

รูปแบบอื่น ๆ ในการให้บุคคลปฏิบัติตาม อาจใช้เงื่อนไขความเสี่ยงต่อโรคสูงร่วมกับความสามารถที่จะปฏิบัติตาม ยังเป็นที่สงสัยกันอยู่ว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงลงหรือไม่ เช่น เพิ่มการสูบบุหรี่มากขึ้น เพราะอาจเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้น ถ้าบุคคลพยายามที่จะปฏิบัติการรับรู้ของตนเองว่าเขาไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำขู่นี้ได้แม้ว่าจะเป็นผลเสียในทางกลับกันถ้ารวมภาวะเสี่ยงสูงกับผลดีของการปฏิบัติจะทำให้ความตั้งใจในการยอมรับที่จะปฏิบัติตามเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามการใช้แบบสอบถามซึ่งผู้ตอบจะให้ค่าความรู้สึกตามข้อความที่กำหนดไว้ในแบบสอบถามนั้นยังเป็นสิ่งที่ต้องการศึกษาต่อไปว่า จะสามารถคาดคะเนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่างได้หรือไม่ (Sutton, 1982 อ้างใน Mackay, 1992)

<u>ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง (Response Efficacy)</u>

กระทำได้โดยการเสนอข้อมูลที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้เกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพโดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องจากผลการวิจัยพบว่าการที่บุคคลทราบถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรค ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Rogers, 1975; 1983 อ้างใน Mackay, 1992) ตัวแปรนี้ได้มีการทดสอบว่าจะมีผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ ดังการศึกษาของ (Maddox and Rogers อ้างใน Mackay, 1992) พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคำแนะนำโดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการงดสูบบุหรี่จะช่วยลดการเกิด

โรคปอดและโรคหัวใจ และทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ และนำไปสู่ความตั้งใจในการที่จะป้องกันรักษาสุขภาพของบุคคล จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการเพิ่มความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นร่วมกับ มีความตั้งใจที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเฉพาะกรณีที่บุคคลรู้ว่าตนกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่เมื่อบุคคลนั้นกำลังถูกคุกคามสุขภาพอย่างรุนแรงและไม่มีวิธีใด ๆ ที่จะลดการคุกคามนั้น ๆ อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่งและการสอนโดยเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง

<u>ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy)</u>

ตัวแปรเกี่ยวกับความคาดหวังในความสามารถของตนเองได้เพิ่มขึ้นในทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ซึ่งส่งผลถึงความเชื่อของแต่ละบุคคลว่าตนสามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ซึ่งไม่เหมือนตัวแปรอื่น ๆ ที่เป็นข้อมูลในลักษณะที่คุกคามสุขภาพ ซึ่งการออกแบบสื่อไม่ได้คำนึงถึงการส่งเสริมความสามารถของบุคคลในอันที่จะให้บุคคลเชื่อว่าตนสามารถจะปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองแบบดูรา (Bandera,1992) เชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความคาดหวังในความสามารถของตนเอง สามารถทำได้หลายวิธีด้วยกัน เช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้ หรือการสอนด้วยการพูดความสามารถของตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับสูงสุด เป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง (Bandera, 1977 อ้างใน Mackay, 1992) ซึ่งอธิบายได้ว่าสื่อที่ใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เนื้อหาที่บรรจุอยู่ควรจะมีผลในการช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามได้ จะทำให้เกิดความร่วมมือสูงทางด้านสุขภาพ (Back and Lund, 1981 อ้างใน Mackay, 1992) หลักฐานที่ยืนยันให้เห็นถึงความสำคัญของความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่นำมาใช้ในการป้องกันโรค โดยทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีความเชื่ออำนาจในตนกับกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจนอกตนพบว่า ผู้ที่เชื่ออำนาจในตนเชื่อว่าการมีสุขภาพดี หรือการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตนของ แต่ละบุคคลและพยายามมองหาความรู้ข่าวสารเพื่อปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ผู้ที่เชื่ออำนาจนอกตนจะเชื่อว่าสุขภาพของตนขึ้นอยู่กับโอกาส เคราะห์กรรมโชคชะตา หรืออำนาจอื่น ๆ และไม่ตั้งใจที่จะหาความรู้หรือดูแลตนเอง (Walls ton and Walls ton, 1978 อ้างใน Mackay, 1992) ผู้ที่เชื่ออำนาจในตนจะมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองสูง ในการตรวจสอบองค์ประกอบ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Rogers and Maddox อ้างใน Mackay, 1992) ได้ทำให้ผู้สูบบุหรี่เชื่อว่าการลดหรือเลิกสูบบุหรี่สามารถกระทำได้โดยง่าย คือ

มีความคาดหวังใน ความสามารถของตนเองสูงหรือว่าทำได้ยากมาก คือมีความคาดหวังใน ความสามารถของตนเองต่ำ ผลของการทดลองพบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง เป็นตัวทำนายที่มีผลสูงสุดต่อความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การทำให้บุคคล เชื่อว่าถ้าเขา มีความตั้งใจ ที่จะเลิกสูบบุหรี่สูง เขาก็สามารถเลิกได้โดยง่าย ความคาดหวังใน ความสามารถของตนเองและความสามารถในการปฏิบัติตามจึงมีความสัมพันธ์ระหว่างกันสูง Beck and Lund (อ้างใน Mackay, 1992) พบว่า ความสามารถของบุคคล เป็นตัวทำนายที่ มีอำนาจมากที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ในทั้งกลุ่มที่มีความเชื่อ อำนาจในตนทางด้าน สุขภาพต่ำและกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนเองสูง ถ้าทำให้เกิด ความเครียดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จะพบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนต่ำมีความโน้ม เอียงและเกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้จะเห็นได้ว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ แม้ว่าบุคคลจะมีความเชื่อสูงว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้เกิดอันตรายลดลง การขาดความ มั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ จะเป็นการขัดขวางการจูงใจอย่างรุนแรง (Beck and Frankle, 1981 อ้างใน Mackay, 1992) ดังนั้นประสิทธิผลของการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารไม่ใช่ เพียงแต่ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อ ที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้นแต่บุคคลต้องคาดหวังว่า จะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ (Beck and Frankly, 1981 อ้างใน Mackay, 1992)

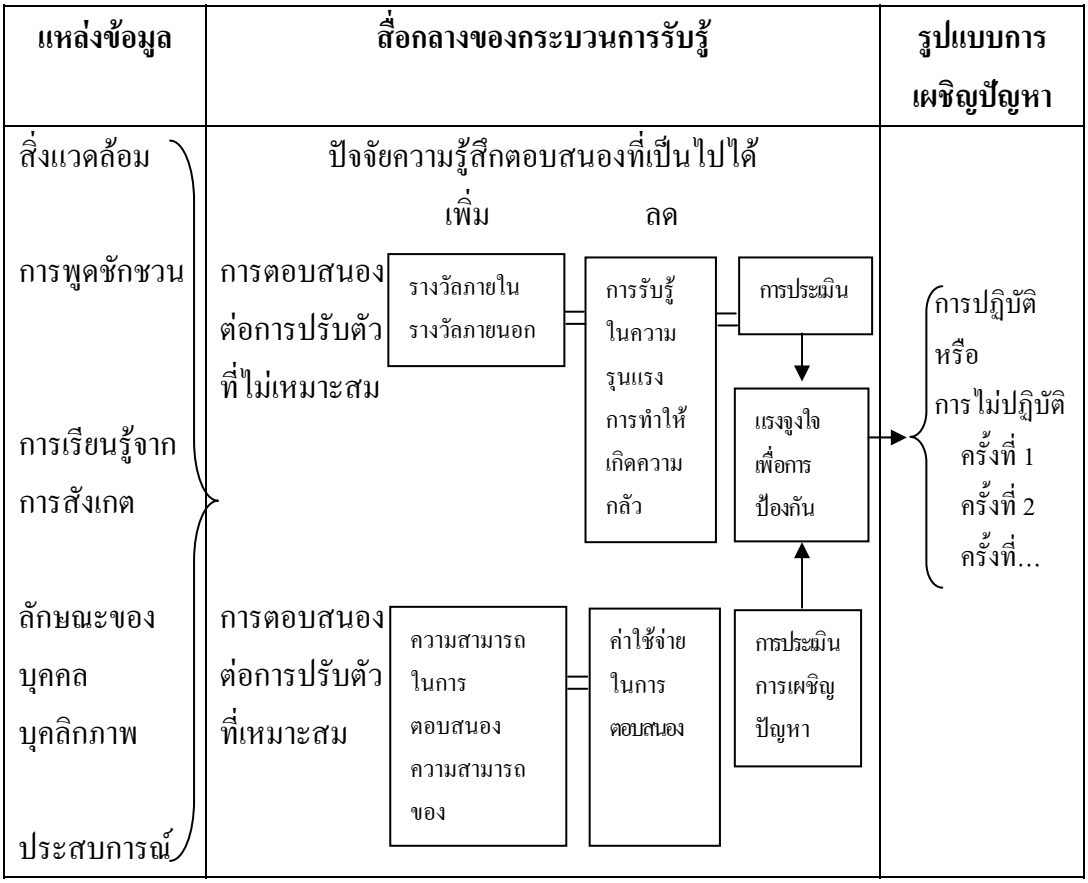
จากตัวแปรที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเองและ ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง โดยทั่ว ๆ ไป การยอมรับ และการมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นไปได้สูง เมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์ และสามารถปฏิบัติตามได้ (Beck and Frankly, 1981; Beck and Lund, 1981 อ้างใน Mackay, 1992) ซึ่ง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง พบดังนี้ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูงและผลดีของการ ปฏิบัติตามสูงด้วยจะเพิ่มความตั้งใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำยิ่งขึ้น แต่ในกรณีความสามารถใน การปฏิบัติสูง แต่ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำน้อยการตั้งใจที่จะปฏิบัติตามก็น้อยไปด้วย

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมีวิวัฒนาการโดย Rogers ได้นำตัวแปร 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของ การตอบสนองและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มาสรุปรวมเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Treat Appraisal) ประกอบด้วย ตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค

2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วย ตัวแปรความคาดหวังในประ สิทธิผลของการตอบสนองและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

กระบวนการรับรู้ทั้ง 2 ประการนี้ได้รับอิทธิพลจากแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกตและลักษณะของบุคคล (บุคลิกภาพและประสบการณ์)



<u>ภาพที่ 2</u> ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่ได้รับการพัฒนา

ที่มา: Roger (1986)

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพประกอบด้วยการรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมอาจส่งผลให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และอาจเกิดการปรับตัว ตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตามปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้มี การปรับตัวเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์คือ ความพอใจในตนเอง (intrinsic Rewards) ความพึงพอใจจากภายนอก (Extrinsic Rewards) เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม

การประเมินการเผชิญปัญหาโดยการเกิดการรับรู้ 2 ลักษณะ คือ

1. การรับรู้เกี่ยวกับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy)

2. การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ซึ่งความคาดหวังในความสามารถของตนเอง เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการที่จะหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จได้

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่พึงประสงค์ แต่สิ่งที่ทำให้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองลดลง คือ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความไม่น่าชื่นชม ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยาก อาการแทรกซ้อน การไม่สอดคล้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

โดยสรุปทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมีความเชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนั้นจะปฏิบัติได้ดีที่สุดเมื่อ

1. บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง

2. บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงต่ออันตรายนั้น

3. เชื่อว่าการตอบสนองในการปรับตัวเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะจำกัดอันตรายนั้น

4. บุคคลมีความเชื่อมั่นในตัวของเขาที่จะสามารถปฏิบัติการปรับตัวตอบสนองนั้นได้อย่างสมบูรณ์

5. ผลดีในการตอบสนองด้วยการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมนั้นมีน้อย

6. ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการปรับตัวเพื่อทำพฤติกรรมนั้นต่ำ

จากการศึกษาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค จะเห็นได้ว่าบุคคลจะต้องมีความเชื่อมั่นในความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคต้องมีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้จึงจะมีผลต่อความตั้งใจและช่วยให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือด รับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เกิดความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง และเกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ทำให้มีผลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัว และ ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในที่สุด

แนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Model) ซึ่งเป็นรูปแบบการวิเคราะห์ปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอกบุคคลของ Green (1980) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

PRECEDE Model เป็นคำย่อมาจาก Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษาที่มีแนวคิดว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดวิธีในการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป กระบวนการวิเคราะห์ ใน PRECEDE Model เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับโดยเริ่มจาก Outcome ที่ต้องการ หรืออีก นัยหนึ่งคือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล การวิเคราะห์ประกอบด้วย

ขั้นตอนต่าง ๆ 7 ขั้นตอน คือ

1. การวิเคราะห์ทางสังคม
2. การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา
3. การวิเคราะห์ด้านพฤติกรรม
4. การวิเคราะห์ทางการศึกษา
5. การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา
6. การวิเคราะห์ทางการบริหาร
7. การประเมินผล

ในการวิจัยนี้ได้ใช้ขั้นตอนที่ 4 ซึ่งเป็นการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ หรือวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ในกระบวนการสุขศึกษาที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้ง ที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขศึกษาโดยในขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้เป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคลซึ่งได้ มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Educational Experience) ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-economic Status) อายุ เพศ และระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนโครงการทางสุขศึกษาด้วย

ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาทางประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ และความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพบุคคล

ความเชื่อ คือ ความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริงให้ความไว้วางใจเช่นแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (อ้างถึงใน Green, 1980) ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 4 ด้าน คือ

1. ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยของสุขภาพหรืออยู่ในอันตราย

2. ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในด้านของความเจ็บปวด ทรมาน พิการเสียชีวิตความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่ได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องว่าจะคุ้มค่ามากกว่าราคา เวลา และสิ่งต่าง ๆ ที่ลงทุนไป เมื่อมีความเชื่อดังกล่าวแล้วจะทำให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม

3. ความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรคในการปฏิบัติตน เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าในแง่ลบที่จะมีผลต่อการปรับตัวทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลาในการมารับบริการสุขภาพ และความยากลำบากในการปฏิบัติตัว เช่น ความไม่สะดวก ความไม่สุขสบาย

4. ความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่ได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องว่า จะคุ้มค่ามากกว่าราคา เวลา และสิ่งต่าง ๆ ที่ลงทุนไป เมื่อความเชื่อดังกล่าวแล้วจะทำให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม

ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญให้ความพอใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ แต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ทัศนคติที่เป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรม ทัศนคติเป็นผลรวมของความเชื่อความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งนั้นในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมบุคคลชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นได้ด้วยและความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะทางเวลา นอกจากนั้นสิ่งสำคัญก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ของสิ่งที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม หรือช่วยในการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นอันเป็นผลจากการกระทำของตน สิ่งที่บุคคลจะได้รับเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของคำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่น ที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นผลต่อการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามแนวคิด PRECEDE Model ซึ่งประกอบด้วย

ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีแหล่งทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและการไปใช้สถานบริการสุขภาพต่าง ๆ เช่น สนามกีฬา สนามที่พักผ่อนหย่อนใจศูนย์สุขภาพของเอกชน ศูนย์พัฒนากีฬาโรงพยาบาล รวมทั้งการมีนโยบานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ญาติ จากเพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์และการได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กนกพร (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่มีอายุมากมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศชายและกลุ่มที่มีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย รับราชการ และรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

จิตรา (2540) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มเสี่ยงอายุระหว่าง40-59 ปี เขตเทศบาลเมือง จังหวัดสงขลา ทำการวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ในความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความตั้งใจและการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่ม

เปรียบเทียบ และพบว่าภายหลังการทดลองน้ำหนักตัวและระดับโคเลสเตอรอลในกลุ่มทดลองลดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เตือนใจ (2540) ได้ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง ของนายทหารประทวน จ. ลพบุรี ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรค มีความคาดหวังในความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง มีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุ ระดับ การศึกษา รายได้ สถานภาพการสมรส และประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ไม่มีการสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง

อัจฉริยา (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพฯ พบว่า การประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนรายได้และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการศึกษาระยะเวลาเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ประภาเพ็ญ และคณะ (2541) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันและรักษาสุขภาพของลูกจ้างผู้ประกันตนในประเทศไทย พบว่าลูกจ้างผู้ประกันตนบางส่วน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยังไม่ถูกต้องในทุก ๆ ด้าน ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การดื่มยาชูกำลัง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การสวมหมวกและเข็มขัดนิรภัย พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้ยาผิดและการเลือกซื้อยารับประทานเอง

ประสงค์ (2541) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครูมัธยม สังกัดกรมสามัญศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ ความรู้ ทัศนคติ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สถานะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกโรงเรียน ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สถานะสุขภาพ เพศ และการได้รับคำแนะนำสนับสนุน จากบุคคลสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 49.27

วีนัส และคณะ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยกลางคนในเขตบางกอกน้อยพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ ในระดับสูง และปานกลางในการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยงในระดับสูงและปานกลาง ด้านการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด การควบคุมความเครียดมากกว่าเพศหญิง

ศุภลักษณ์ (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กต่ำกว่า 1 ปี อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ ความสัมพันธ์กับเด็ก การเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กและเด็กการให้อาหารเด็ก การได้รับบริการเมื่อเจ็บป่วย การเสียค่าใช้จ่ายรับบริการ รวมทั้งระยะทางจากบ้านไปสถานีอนามัย และโรงพยาบาล ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง ทัศนคติต่อการป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความเชื่อในความ สามารถของตนเอง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ทักษะใหม่และประสบการณ์การเรียนรู้ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค แหล่งน้ำกิน/น้ำใช้ การจัดให้มี การกำจัดน้ำโสโครก การจัดให้มีแหล่งกำจัดขยะ และสิ่งปฏิกูล ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การเตรียมจากบุคคลใน ครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กฎระเบียบและแรงสนับสนุนจาก ชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กต่ำกว่า 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

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

เพ็ชรรัตน์ (2546) ได้ศึกษาการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าบุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพค่อนข้างดี ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา สวมหมวกและคาดเข็มขัดนิรภัย แต่การออกกำลังกาย พบค่อนข้างน้อย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงบ่อยครั้งพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับประทานยานอนหลับ/ยาคลายเครียด การออกกำลังกาย ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดและดัชนีมวลกาย

Bental and Baren (1990) ได้ทดลองวิธีการควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชนเมืองอิสราเอล โดยวิธีให้สุขศึกษาโดยใช้ชาวบ้านเป็นแรงกระตุ้นในการนำข่าวสารแจ้งให้ชุมชนทราบโดยให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ อบรมทักษะการทำงานในชุมชน ทำกลุ่มและฝึกให้ความช่วยเหลือหลังจากนั้นประเมินความรู้ ทัศนคติต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

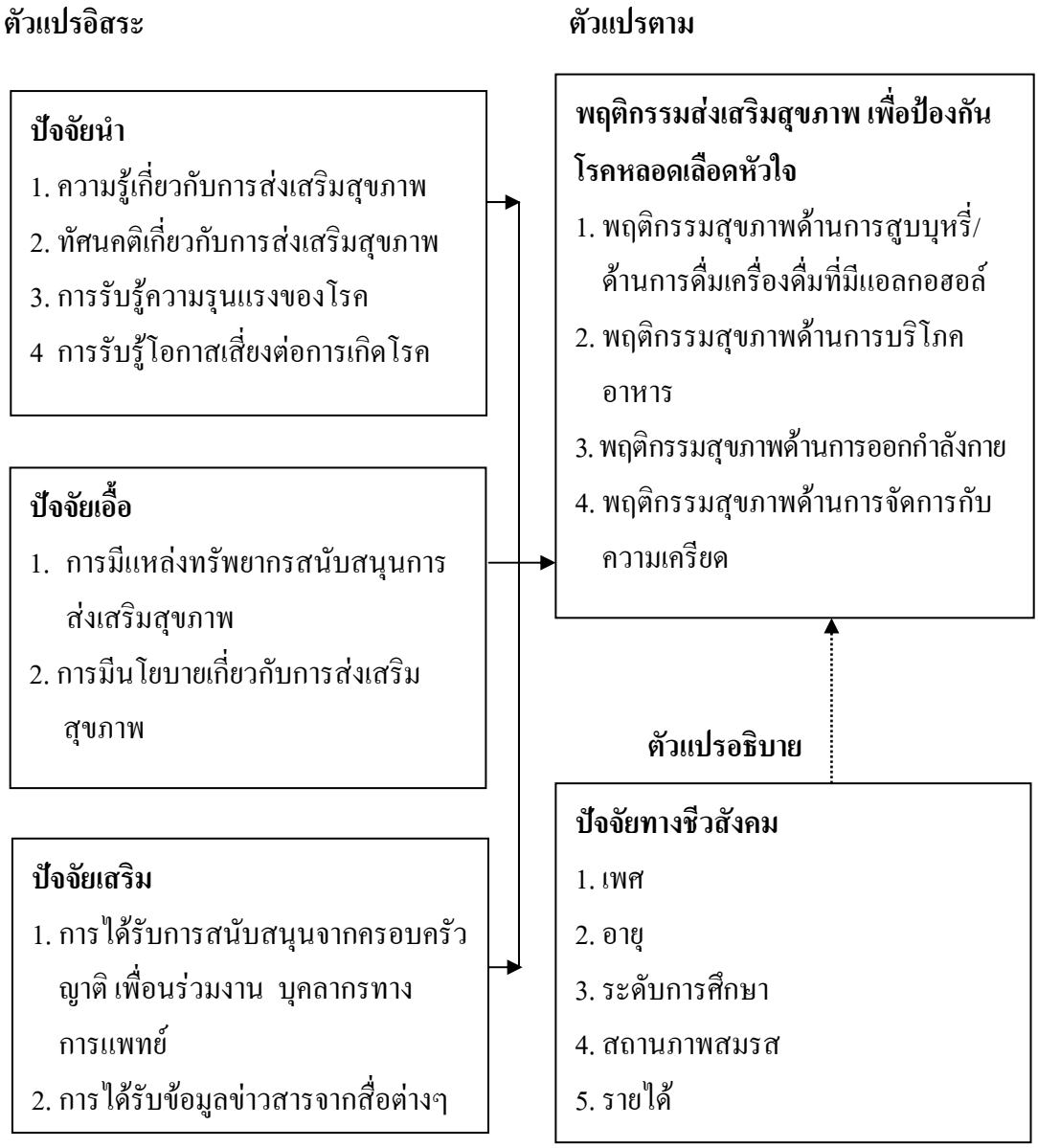
Pender *et al.* (1990) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในคนงาน จำนวน 589 คน จาก 6 โรงงาน ที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพในที่ทำงาน ผลวิจัยพบว่า เมื่อเริ่มเข้าโครงการคนงานให้ความสำคัญกับวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ ในด้านการออกกำลังกายและการเข้าใจตนเองมากที่สุด รองลงมาคือด้านการบริโภคอาหาร การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน และน้อยที่สุดคือ ด้านการจัดการความเครียด และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เมื่อเก็บข้อมูลซ้ำ อีกครั้งหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน พบว่าคนงานให้ความสำคัญกับวิถีชีวิตในทุกด้านเพิ่มขึ้น กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

David (1995) ใช้ระดับการศึกษาเป็นตัววัดการเปลี่ยนแปลงความรู้ จากการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาน้อยกว่า 12 ปี การปรับปรุงความรู้เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย กลุ่มที่มีการศึกษาเกิน 16 ปี มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในช่วงเวลาที่ให้ความรู้ไม่ต่างกัน ส่วนความสนใจในปัจจัยเสี่ยงมีมากในทุกกลุ่มอายุที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Oldenberg et al. (1995)ได้ทำการทดลองดูประสิทธิผลของโครงการลดความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในสถานที่ทำงาน ประกอบด้วย การประเมินภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ การให้ค่าตอบแทน เมื่อประเมินผล 6 เดือนต่อมา พบว่า การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพมีประสิทธิภาพ แต่ในระยะเวลา 1 ปีต่อมา พบว่าการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพมีประสิทธิภาพมากที่สุดที่จะช่วยลดการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

จากการประมวลเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นการที่จะพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ให้ถูกต้องเหมาะสม ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำมาตั้งสมมติฐาน ได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีแหล่งทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน การได้รับการสนับสนุนแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

อุปกรณ์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในกลุ่มการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรที่เป็นลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราว ยกเว้นแพทย์ พยาบาล จำนวน 1,062 คน เป็นชาย 606 คน หญิง 456 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ของทุกหน่วยงาน โดยการจับสลากและหน่วยงานนั้นยินดีเข้าร่วมในการตอบแบบสอบถามใช้คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ YAMANE' (1967) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ

e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

$$n = \frac{1{,}062}{1+1{,}062 \times (0.05)^2}$$

$$= \frac{1{,}062}{3.655} = 290.56 = 300 \text{ คน}$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = 300 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น และมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม 8 ตอน คือ

ตอนที่ 1

ข้อมูลทางชีวสังคมเป็นข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความ

ตอนที่ 2

ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 18 ข้อ ซึ่งในแต่ละข้อคำถามจะมีข้อคำตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น

เกณฑ์การให้คะแนน เป็น

ตอบถูก	ให้คะแนน	1	คะแนน
ตอบผิด	ให้คะแนน	0	คะแนน
ไม่ทราบ	ให้คะแนน	0	คะแนน

การประเมินระดับความรู้ ผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ

ระดับสูง	คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า	$\overline{X}+\frac{1}{2}SD$	ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง	$\overline{X}\pm\frac{1}{2}SD$	
ระดับต่ำ	คะแนนอยู่ช่วงน้อยกว่า	$\overline{X}-\frac{1}{2}SD$	ถึงคะแนนต่ำสุด

ตอนที่ 3

ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดให้ ผู้เลือกตอบได้ 4 ตัวเลือก ข้อคำถามมีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or Negative Statement) สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

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

การประเมินระดับทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ

ระดับสูง	คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า	$\overline{X}+\frac{1}{2}SD$	ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง	$\overline{X}\pm\frac{1}{2}SD$	

ระดับต่ำ คะแนนอยู่ช่วงน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2}SD$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ตอนที่ 4

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดให้ ผู้เลือกตอบได้ 4 ตัวเลือก ข้อคำถามมีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or Negative Statement) สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

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

การประเมินระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ

ระดับสูง คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2}SD$ ถึงคะแนนสูงสุด

ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2}SD$

ระดับต่ำ คะแนนอยู่ช่วงน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2}SD$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ตอนที่ 5

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดให้ ผู้เลือกตอบได้ 4 ตัวเลือก ข้อคำถามมีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or Negative Statement) สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

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

การประเมินระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ

ระดับสูง	คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า	$\bar{X} + \frac{1}{2}SD$	ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง	$\bar{X} \pm \frac{1}{2}SD$	
ระดับต่ำ	คะแนนอยู่ช่วงน้อยกว่า	$\bar{X} - \frac{1}{2}SD$	ถึงคะแนนต่ำสุด

ตอนที่ 6

แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ การมีแหล่งทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ และการมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบ

เกณฑ์การให้คะแนนการมีทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพมี ดังนี้

ตอบมีมากที่สุด	ให้คะแนน	3	คะแนน
ตอบมีมาก	ให้คะแนน	2	คะแนน
ตอบมีน้อย	ให้คะแนน	1	คะแนน
ตอบไม่มี	ให้คะแนน	0	คะแนน

การประเมินระดับการมีทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ได้แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ

ระดับสูง	คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า	$\overline{X}+\frac{1}{2}SD$	ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง	$\overline{X}\pm\frac{1}{2}SD$	
ระดับต่ำ	คะแนนอยู่ช่วงน้อยกว่า	$\overline{X}-\frac{1}{2}SD$	ถึงคะแนนต่ำสุด

ตอนที่ 7

แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริมจำนวน 9 ข้อ คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน การได้รับการสนับสนุนแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และการได้รับข้อมูลข่าสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผ่านสื่อต่าง ๆ

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ถ้าเลือกคำตอบ

ได้รับมากที่สุด	มีค่าคะแนน	4
ได้รับมาก	มีค่าคะแนน	3
ได้รับน้อย	มีค่าคะแนน	2
ไม่ได้รับ	มีค่าคะแนน	1

การประเมินระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ

ระดับสูง	คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า	$\overline{X}+\frac{1}{2}SD$	ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง	$\overline{X}\pm\frac{1}{2}SD$	
ระดับต่ำ	คะแนนอยู่ช่วงน้อยกว่า	$\overline{X}-\frac{1}{2}SD$	ถึงคะแนนต่ำสุด

<u>ตอนที่ 8</u>

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนด ให้ผู้เลือกตอบได้ 4 ตัวเลือก ข้อคำถามมีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or Negative Statement) สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

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

การประเมินระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ

ระดับสูง	คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า	$\overline{X}+\frac{1}{2}SD$	ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง	$\overline{X}\pm\frac{1}{2}SD$	
ระดับต่ำ	คะแนนอยู่ช่วงน้อยกว่า	$\overline{X}-\frac{1}{2}SD$	ถึงคะแนนต่ำสุด

การสร้างเครื่องมือทำใช้ในการวิจัย

1. ทำการศึกษาค้นคว้าทฤษฎีและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องจากการตรวจเอกสารในการสร้างแบบสอบถามการวิจัย

2. ศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. สร้างข้อมูลของแบบสอบถามตามกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้ซึ่งนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษามาสร้าง

4. นำแบบพิมพ์และแบบสอบถามที่สร้างแล้ว เสนอกรรมการที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบโครงสร้างเนื้อหา สาระแบบสอบถามและภาษาที่ใช้เพื่อให้เกิดความถูกต้องเหมาะสม

5. การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

5.1 การตรวจสอบความตรง (Validity) ความตรงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก ก) ตรวจสอบถามครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ของแบบสอบถาม และได้นำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งแล้วจึงพิมพ์เป็นฉบับสมบูรณ์

5.2 การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราว ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ที่จะไปศึกษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตามวิธีของ CRONBACH (1963) ได้ค่าเชื่อมั่น (a) ดังนี้

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	ได้ค่าความเชื่อมั่น = .72
แบบสอบถามทัศนคติกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	ได้ค่าความเชื่อมั่น = .72
แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค	ได้ค่าความเชื่อมั่น = .75
แบบสอบถามโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	ได้ค่าความเชื่อมั่น = .76
แบบสอบปัจจัยเอื้อ	ได้ค่าความเชื่อมั่น = .84
แบบสอบปัจจัยเสริม	ได้ค่าความเชื่อมั่น = .93
แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	ได้ค่าความเชื่อมั่น = .86
แบบสอบถามทั้งฉบับ	ได้ค่าความเชื่อมั่น = .91

นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแบบสอบถามขั้นสุดท้าย และเสนอประธานกรรมการที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ จนอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เพื่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อนัดหมายบุคลากรในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของบุคลากรด้วยตนเอง โดยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยกับหัวหน้าหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวก และ แจกแบบสอบถามพร้อมกับอธิบายการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยจะได้รับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และติดตามแบบสอบถามคืนภายใน 1-5 วัน

3. การเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามได้แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์คำนวณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ และตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่นำมาใช้การวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่

1. ข้อมูลทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะของข้อมูล

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัยและวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลเป็นการศึกษาเชิงสำรวจโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลและ (2) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ปัจจัยเอื้อประกอบด้วยการมีแหล่งทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยเสริมประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 300 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติที่นำมาใช้การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้คือ ข้อมูลทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะของข้อมูล วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s product moment correlation coefficient)การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเสนอในรูปตารางประกอบคำอธิบายโดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่างของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ตอนที่ 2 ตัวแปร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบตามสมมติฐาน

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคม ของกลุ่มตัวอย่างของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางชีวสังคม

n = 300

ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	159	53.00
หญิง	141	47.00
อายุ (ปี)		
20 – 29	49	16.33
30 - 39	91	30.33
40 - 49	101	33.67
50 - 59	59	19.67

ตารางที่ 1 (ต่อ)

n = 300

ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2	0.67
ประถมศึกษา	120	40.00
มัธยมศึกษา	107	35.67
อนุปริญญาตรี	29	9.66
ปริญญาตรี	40	13.33
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.67
สถานภาพการสมรส		
โสด	87	29.00
คู่	167	55.67
หม้าย/หย่า/แยก	46	15.33
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	21	7.00
5,001-10,000	175	58.33
10,001-15,000	88	29.33
15,001-20,000	12	4.00
20,001-25,000	3	1.00
มากกว่า 25,000	1	0.34

จากตารางที่ 1 พบว่า ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่างของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

เพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.00 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 47.00

อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.67 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.33 กลุ่มอายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.67 กลุ่มอายุ 20-29ปี คิดเป็นร้อยละ 16.33

ระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35.67 และระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 13.33 ระดับอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 9.66 ไม่ได้รับการศึกษาและระดับสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 0.67

สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 55.67 รองลงมาคือสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 29.00 สถานภาพหม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 15.33

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 58.33 รองลงมารายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.33รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 7.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 4.00 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,001-25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 1.00 และมากกว่า 25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.34

<u>ตอนที่ 2 ตัวแปรปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล</u>

1. ปัจจัยนำ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคตามตารางที่ 2, 3, 4, 5 ตามลำดับดังนี้

<u>ตารางที่ 2</u> จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

n = 300

ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ		จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับสูง	(คะแนนตั้งแต่14.05-18.00)	92	30.66
ระดับปานกลาง	(คะแนนตั้งแต่10.16-14.04)	117	39.00
ระดับต่ำ	(คะแนนตั้งแต่0.00-10.15)	91	30.37

$\overline{X}$ = 12.10 S.D. = 3.89

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.00 รองลงมา มีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 30.66 และ ความรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.37 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

n = 300

ระดับทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ		จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับสูง	(คะแนนตั้งแต่37.05-45.00)	79	28.00
ระดับปานกลาง	(คะแนนตั้งแต่ 32.76-37.04)	137	45.67
ระดับต่ำ	(คะแนนตั้งแต่22.00-32.75)	84	15.33

$\overline{X}$ = 34.90 S.D. = 4.28

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง บุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.67 รองลงมามีทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 28.00 และความรู้ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 15.33 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

n = 300

ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ 21.11-27.00)	68	20.00
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 18.66-21.10)	130	43.33
ระดับต่ำ (คะแนนตั้งแต่ 10.00-18.65)	110	36.67

$\overline{X}$ = 19.88 S.D. = 2.47

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง บุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 36.67 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

n = 300

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ 40.50-47.00)	27	9.00
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่31.65-40.49)	241	80.33
ระดับต่ำ (คะแนนตั้งแต่ 23.00-31.64)	32	10.67

$\overline{X}$ = 36.07 S.D. = 3.85

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง บุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 80.33 รองลงมามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 10.67 และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูงเป็นร้อยละ 9.00 ตามลำดับ

2. ปัจจัยเอื้อ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่ศึกษา ได้แก่ การมีทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอธิบายโดยภาพรวมได้ตามตารางที่ 6 ดังนี้

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับการมีปัจจัยเอื้อในการส่งเสริมสุขภาพ

n = 300

ระดับการมีปัจจัยเอื้อในการส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่17.92-39.00)	58	19.34
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่12.37-17.91)	151	50.33
ระดับต่ำ (คะแนนตั้งแต่1.00-12.36)	91	30.33

$\overline{X}$ = 15.14 S.D. = 5.56

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีปัจจัยเอื้อในการส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.33 รองลงมามีปัจจัยเอื้อในการส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.33 และมีปัจจัยเอื้อในการส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงเป็นร้อยละ 19.34 ตามลำดับ

3. ปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่ศึกษา ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ซึ่งอธิบายโดยภาพรวมได้ตามตารางที่ 7 ดังนี้

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของระดับการมีปัจจัยเสริมในการส่งเสริมสุขภาพ

n = 300

ระดับการมีปัจจัยเสริมในการส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ 52.92-88)	117	39.00
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 47.91-52.91)	40	13.33
ระดับต่ำ (คะแนนตั้งแต่ 12.00-47.90)	143	47.67

$\overline{X}$ = 50.41 S.D. = 5.03

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสริมในการส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 47.67 รองลงมามีปัจจัยเสริมในการส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 39.00 มีปัจจัยเสริมในการส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 13.33 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

การวิเคราะห์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นตัวแปรตามในการวิจัย ได้แก่ พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ / การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียดโดยรวมและรายด้านดังตารางที่ 8, 9, 10, 11 และ 12 ดังนี้

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้าน

n = 300

ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ 61.03 – 84.00)	84	28.00
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 52.96 – 61.02)	125	41.67
ระดับต่ำ (คะแนนตั้งแต่ 35 – 52.95)	91	30.33

$\overline{X}$ = 56.99 S.D. = 8.06

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41.67 รองลงมามีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.33 และมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 28.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ / การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

n = 300

ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ /การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ 7.92-8.00)	216	72.00
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 6.32-7.92)	50	16.67
ระดับต่ำ (คะแนนตั้งแต่2.00-6.31)	34	11.33

$\overline{X}$ = 7.12 S.D. = 1.61

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่ไม่นิยมการสูบบุหรี่/ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คือ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่/ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 72.00 รองลงมามีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ /การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ16.67 และมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่/ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ11.33 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร

n = 300

ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ 15.39-20.00)	33	11.00
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 12.51-15.38)	112	37.33
ระดับต่ำ (คะแนนตั้งแต่ 9.00-12 .50)	155	51.67

$\overline{X}$ = 13.46 S.D. = 1.37

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 51.67 รองลงมามีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ37.33 และมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ11.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

n = 300

ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ 5.07-8.00)	67	22.33
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 3.70-5.06)	163	54.34
ระดับต่ำ (คะแนนตั้งแต่2.00-3.69)	70	23.33

$\overline{X}$ = 4.38 S.D. = 1.37

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.34 รองลงมามีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 23.33 และ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 22.33 ตามลำดับ

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด

n = 300

ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ 6.89 - 8.00)	44	14.66
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 5.86 - 6.88)	110	36.67
ระดับต่ำ (คะแนนตั้งแต่ 4.00 - 5.85)	56	18.67

$\overline{X}$ = 6.37 S.D. = 1.04

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.67 รองลงมามีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 18.67 และมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 14.66 ตามลำดับ

ตอนที่ 4 ผลการทดสอบตามสมมติฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลในตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตามคำถามวิจัยตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coeffcient)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หมายถึง ดัชนีที่ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ชุด เมื่อตัวแปรทั้งสองชุดนี้เป็นตัวแปรต่อเนื่อง หรือเป็นข้อมูลชนิดอันตรภาคหรืออัตราส่วน ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์นี้จะมีอยู่ระหว่าง -1 ถึง +1 ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นลบ แสดงว่าตัวแปรทั้งสองนั้นมีความสัมพันธ์ในทางกลับกัน คือ ถ้าตัวแปรตัวหนึ่งมีค่าสูง ตัวแปรอีกตัวหนึ่งมีแนวโน้มที่จะมีค่าต่ำ และถ้าตัวแปรหนึ่งมีค่าต่ำตัวแปรอีกตัวหนึ่งมีแนวโน้มที่จะมีค่าสูง ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นบวก แสดงว่าตัวแปรทั้งสองนั้นมีความสัมพันธ์

ในทางเดียวกัน คือถ้าตัวแปรหนึ่งมีค่าสูงตัวแปรอีกตัวหนึ่งก็มีแนวโน้มที่จะมีค่าสูงด้วย ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นศูนย์ แสดงว่าตัวแปรทั้งสองนั้นไม่มีความสัมพันธ์กัน (บุญเรียง, 2542)

การพิจารณาว่าตัวแปร 2 ตัวนั้นมีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใด พิจารณาได้จากตัวเลขของค่าสัมประสิทธ์ ดังนี้ (พวงรัตน์, 2543)

1. เมื่อ r มีค่า 0 .8 ขึ้นไป	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง
2. เมื่อ r มีค่า 0.6 - 0.8	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างสูง
3. เมื่อ r มีค่า 0.4 – 0.6	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
4. เมื่อ r มีค่า 0.2 – 0.4	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำ
5. เมื่อ r มีค่าต่ำกว่า 0.2	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

สมมติฐานที่ 1 คือ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้าน

ปัจจัยนำ	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้านค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	.039
ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ	.404 **
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.399 **
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	.113*

* p <.05, ** p <.01

จากตารางที่ 13 เป็นผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามสมมติฐานที่ 1 เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปร ปัจจัยนำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้านของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้านในระดับปานกลางโดยมีค่า r = .404 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้านในระดับค่อนข้างต่ำโดยมีค่า r = .399 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้านในระดับต่ำโดยมีค่า r =.113 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 กล่าวคือบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลมีทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดี การรับรู้ความรุนแรงของโรครวมทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมาก บุคลากรก็จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูงด้วย ส่วนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ปัจจัยนำ	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	.058
ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ	.509 **
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.348**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	.122*

* p <.05, ** p <.01

จากตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ปัจจัยนำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในระดับปานกลางโดยมีค่า r =.509 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในระดับค่อนข้างต่ำโดยมีค่า r =.348 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในระดับต่ำโดยมีค่า r =.122 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร

ปัจจัยนำ	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	.029
ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ	.294 **
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.145 *
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	.144*

* p <.05, ** p <.01

จากตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ปัจจัยนำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารในระดับค่อนข้างต่ำโดยมีค่า r = 0.294 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารในระดับต่ำโดยมีค่า r = .145, .144 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

ปัจจัยนำ	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	.080
ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ	.357**
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.314**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	.289**

** p <.01

จากตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ปัจจัยนำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายในระดับค่อนข้างต่ำโดยมีค่า r = .357, .314 และ .289 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ตารางที่ 17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด

ปัจจัยนำ	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียด ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)
ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	.052
ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ	.337 **
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.278**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	.153**

** p <.01

จากตารางที่ 17 เป็นผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ปัจจัยนำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพการจัดการความเครียดในระดับค่อนข้างต่ำ โดยมีค่า r = .337 และ .278 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ก ารรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพการจัดการความเครียดในระดับต่ำโดยมีค่า r = .153 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วน ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สรุปได้ว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1 ปัจจัยนำ ได้แก่ ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมทุกด้านของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมทุกด้านของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จึงยอมรับสมมติฐานที่ 1 ในบางส่วน

สมมติฐานที่ 2 คือ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้านของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้าน

ปัจจัยเอื้อ	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
การมีทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ	.185**
การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ	.155**

* $p < .01$

จากตารางที่ 18 เป็นผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้านของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า การมีทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมทุกด้านในระดับต่ำ โดยมีค่า $r = .185$ และ $.155$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ถ้าทางหน่วยงานมีทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพมากและการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพมาก บุคลากรก็จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูงด้วย

สรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้านของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จึงยอมรับสมมติฐานที่ 2

สมมติฐานที่ 3 คือ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้านของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้าน

ปัจจัยเสริม	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์	.233**
การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่างๆ	.230**

** p <.01

จากตารางที่ 19 เป็นผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้านของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า การได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์และการได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทุกด้านในระดับต่ำโดยมีค่า r = .233 และ .230 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวคือ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์และการได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ มาก บุคลากรก็จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูงด้วย

สรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้านของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จึงยอมรับสมมติฐานที่ 3

ข้อวิจารณ์

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลเป็นการศึกษาเชิงสำรวจโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีประเด็นสำคัญที่ควรนำมาวิจารณ์ได้ 2 ประเด็น คือ

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

2. ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ปัจจัยเอื้อประกอบด้วยการมีแหล่งทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41.67 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน

พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการสูบบุหรี่/ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับสูงหรือดี ด้านการออกกำลังกาย การจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำหรือควรปรับปรุง ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ยังรับประทานอาหารพวก กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก เครื่องในสัตว์ หนังไก่ และอาหารรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด รวมทั้งรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของเนย กะทิ เช่น ขนมเค้ก คุกกี้ แกงกะทิ ขนมกะทิ แต่ยังรับประทานอาหารประเภทปลาที่มีมันน้อย รับประทานอาหารที่มีกากในพวกผักและผลไม้น้อย ซึ่งตรงกับ ประภาเพ็ญ (2541) กล่าวว่า รูปแบบของพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนเป็นนิสัย และสภาพสังคมและวัฒนธรรมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ปฏิบัติจนเป็นนิสัย ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของสุขภาพ การเจ็บป่วย การไร้ความสามารถและการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร ดังนั้น การที่บุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำหรือควรปรับปรุง จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านบวกเพิ่มขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสม ต่อเนื่องเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย และการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน จิตรา (2540) ได้ ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มเสี่ยงอายุระหว่าง 40-59 ปี เขตเทศบาลเมือง จังหวัดสงขลา พบว่า ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับต่ำส่วนพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง, วีนัส และคณะ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของวัยกลางคนในเขตบางกอกน้อยพบว่า เพศหญิง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายในระดับสูง และการบริโภคอาหารในระดับปานกลางในขณะที่เพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยงในด้านการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดระดับสูง และการควบคุมความเครียดในระดับปานกลาง รวมทั้งการศึกษาของจุฑามาศ (2543) ได้ศึกษาลักษณะประชากร ลักษณะการทำงาน ความเครียด การกำกับตน และความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์เขตกรุงเทพมหานคร พบว่ามีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ วณี (2543) ได้ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ: กรณีศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้พิพากษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ป้องกันการเกิด

โรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ ด้านการออกกำลังกายและการควบคุมความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง, มาลี (2545) ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี กรุงเทพมหานคร พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า มีแบบแผนการดำเนินชีวิต ด้านการสูบบุหรี่/ดื่มสุราอยู่ในระดับดี ส่วนด้านการบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียดและการตรวจสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ขณะที่ด้านออกกำลังกายอยู่ในระดับปรับปรุง อัจฉราภรณ์ (2545) ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ยังต้องเน้นที่พฤติกรรมการออกกำลังกาย รองลงมาคือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการขจัดความเครียด, เพ็ชรรัตน์ (2546) ได้ศึกษาการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าบุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพค่อนข้างดี ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา สวมหมวกและคาดเข็มขัดนิรภัย แต่การออกกำลังกาย พบค่อนข้างน้อย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงบ่อยครั้ง พฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับประทานยานอนหลับ/ยาคลายเครียด การออกกำลังกาย

<u>ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล</u>

<u>สมมติฐานที่ 1</u>

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า

ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า บุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 39.00 และความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ลัดดาวัลย์ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้ง เอมอร (2548) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลบางแพ พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองของการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลบางแพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลบางแพ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ PRECEDE Framework ที่กล่าวไว้ว่าความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จะต้องมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

จากการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาถึงประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจมีโรคประจำตัว และได้รับความรู้ คำแนะนำถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ที่อาจสอดคล้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงส่งผลให้บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและทำให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของตนเองอยู่แล้ว

ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.67 และทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สอดคล้องกับ Green (1980) กล่าวว่า เจตคติ หรือ ทัศนคติ คือ แนวโน้มของจิตใจ หรือความรู้สึกที่คงที่ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์ เป็นผลมาจากประสบการณ์และความเชื่อที่สะสมกันมานาน และผ่านการประเมินคุณค่าว่ามีลักษณะ

ดีหรือไม่ดี พฤติกรรมของบุคคลนั้นจะเป็นไปตามทิศทางนั้นตามทัศนคติของตน เช่นเดียวกับแนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติที่เป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรม ทัศนคติเป็นผลรวมของความเชื่อความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งนั้นในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย กล่าวคือถ้าบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีก็จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สนอง (2541) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์ ลัดดาวัลย์ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และตรงกับมาลี (2545) ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี กรุงเทพมหานคร พบว่า ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า บุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 43.30 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค พบว่า บุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโร เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 80.33 และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้านของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตรงกับแนวคิดของ Rosenstock (1974) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของเขา และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย เป็นต้นต่อมา Becker et al. (1995) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม ซึ่งภาวะนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยงและสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรา (2540) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของกลุ่มเสี่ยงอายุระหว่าง 40-59 ปี เขตเทศบาลเมือง จังหวัดสงขลา ทำการวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ในความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความตั้งใจและการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพบว่าภายหลังการทดลองน้ำหนักตัวและระดับโคเลสเตอรอลในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อุบล (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง ปัจจัยบางประการ กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง คือ ภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและตรงกับ อัจฉราภรณ์ (2545) ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีผลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปจากการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยนำ ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนปัจจัยนำ ด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 1 บางส่วน ดังนั้นการที่จะพัฒนาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร ควรมีการวางแผนที่จะให้สุขศึกษา โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การปลูกฝังทัศนคติที่ถูกต้อง รวมถึงเน้นในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแก่บุคลากร เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม และยั่งยืน

<u>สมมติฐานที่ 2</u>

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและการมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า บุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลมีปัจจัยเอื้อในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.33 เมื่อแยกรายด้านพบว่าการมีทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพมีมากเพียงพอ ยกเว้นการมีกลุ่มหรือชมรมสันทนาการบันเทิง การจัดแข่งขันกีฬาระหว่างหน่วยงาน รวมทั้งการจัดเวลาให้เจ้าหน้าที่ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพยังมีน้อยไม่เพียงพอ และปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเอื้อเป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งลักษณะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ด้วย และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ หรือความสามารถเข้าถึงได้ (Green and Kreuter, 1991) กล่าวคือ ถ้าหน่วยงานมีทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรก็จะดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ (2543) ได้ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจังหวัดชัยนาท พบว่า การให้การสนับสนุนทางสังคม ให้เวลาในการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจังหวัดชัยนาท วณี (2543) ได้ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ: กรณีศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้พิพากษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการมีสถานบริการและนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งนันทา และ เพชรรัตน์ (2544) พบว่าในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การกำหนดนโยบายต้องเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของบุคลากร ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงทุกคนในชุมชน เช่น นโยบายปลอดบุหรี่และสุราในโรงพยาบาล การออกกำลังกาย การจัดอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นต้น

สรุป ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยรวมทุกด้านจึงยอมรับตามสมมติฐานที่ 2 แสดงให้เห็นว่า การมีทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ จะเป็นการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมของบุคลากร ทางหน่วยงานจึงควรมีการสนับสนุนทางด้านทรัพยากรอย่างเพียงพอและมีการกำหนดนโยบายที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีต่อบุคลากร นโยบายเหล่านี้ต้องมีประกาศและกำหนดให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องได้ทราบและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด และการยอมรับ เข้าใจ คาดหวังว่านโยบายที่เอื้อตามนโยบายจะทำให้เกิดผลดี การสร้างนโยบายเพื่อการปฏิบัติที่ยั่งยืน ควรเกิดจากทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย เพื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจกัน

<u>สมมติฐานที่ 3</u>

ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่างๆมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์และการได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ พบว่า บุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีปัจจัยเสริมในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 47.67 และพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ มาก การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์ยังได้รับน้อย ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ พบว่า โทรทัศน์ ป้ายประกาศ/โปสเตอร์ได้รับมาก วิทยุ นสพ./นิตยสาร/วารสาร แผ่นพับ/คู่มือยังได้รับน้อย อินเตอร์เนตส่วนใหญ่ไม่ได้รับเลย และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือถ้าบุคลากรได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ และการได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ มากขึ้น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจก็จะดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1987) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคล ดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ ช่วยส่งเสริมสภาวะสุขภาพ และช่วยป้องกันการเจ็บป่วยแสดงให้เห็นว่า การได้รับข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ จะเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตรงกับ Caplan, Casel and Core ผู้คิดค้นทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมีแนวคิดว่า แรงสนับสนุนทางสังคม คือ สิ่งที่ได้รับจากผู้ให้การสนับสนุน ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาทำให้บุคคลนั้น ๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Flury (1993) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมกับแรงจูงใจในการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า แรงสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมกับแรงจูงใจในการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ป่วยนอกในการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่นเดียวกับ จิตรา (2540) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มเสี่ยงอายุระหว่าง 40-59 ปี เขตเทศบาลเมือง จังหวัดสงขลา พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่มาจากโทรทัศน์ร้อยละ 45 รองลงมาคือ จากบุคลากรทางการแพทย์ และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มเสี่ยง, จิรวรรณ (2541) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลทางด้านสถานการณ์ ซึ่งมีแรงสนับสนุนจากครอบครัวรวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการศึกษา

ของ มาลี (2545) ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี กรุงเทพมหานคร พบว่า การได้กับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี

สรุป ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยรวมทุกด้านจึงยอมรับตามสมมติฐานที่ 3 แสดงให้เห็นว่า การได้กับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์และการได้รับข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ดังนั้นบุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้กำลังใจและให้การสนับสนุน ตลอดจนให้ความรู้ ข้อมูล ข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลเป็นการศึกษาเชิงสำรวจโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ปัจจัยเอื้อประกอบด้วย การมีแหล่งทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 300 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีเนื้อหาและโครงสร้างครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีของ Cronbach Alpha' Coefficient ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปแบบสอบถามความรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่น =.72 ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่น = .72 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ได้ค่าความเชื่อมั่น = .75 โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ค่าความเชื่อมั่น =76 ปัจจัยเอื้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น = .84 ปัจจัยเสริม ได้ค่าความเชื่อมั่น = .93 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น = .86 แบบสอบถามทั้งฉบับได้ค่าความเชื่อมั่น = .91 โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ เมษายน 2548 – มีนาคม 2549

นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะของข้อมูลและวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ได้ข้อสรุปดังนี้

บุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.00 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.67 ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.00 มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 55.67 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 58.33

บุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.00 ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.67 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.33 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 80.33

บุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีปัจจัยเอื้อในการส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.33 มีปัจจัยเสริมในการส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 47.67

บุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41.67 รองลงมามีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.33 และมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 28.00 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่/ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 72.00 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 51.67 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.34 การจัดการความเครียดในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.67

ปัจจัยนำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้านของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมทุกด้านในระดับปานกลาง โดยมีค่า r = .404 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้านในระดับค่อนข้างต่ำโดยมีค่า r = .399 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้านในระดับต่ำโดยมีค่า r = .113 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนความรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมทุกด้าน

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับปานกลางโดยมีค่า r =.509 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับค่อนข้างต่ำโดยมีค่า r =.348 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับต่ำโดยมีค่า r =.122 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร พบว่า ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารในระดับค่อนข้างต่ำโดยมีค่า r = .294 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารในระดับต่ำโดยมีค่า r = .145, .144 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พบว่า ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายในระดับค่อนข้างต่ำโดยมีค่า r = .294, .314 และ .289 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพการจัดการความเครียด พบว่า ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพการจัดการความเครียดในระดับค่อนข้างต่ำ โดยมีค่า r = .337 และ .278 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพการจัดการความเครียดในระดับต่ำโดยมีค่า r = .153 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมทุกด้านของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า การมีทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมทุกด้านในระดับต่ำ โดยมีค่า r =.185 และ .155 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมทุกด้านของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า การได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์และการได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทุกด้านในระดับต่ำโดยมีค่า r = .233 และ .230 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

<u>สรุปผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย</u>

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าปัจจัยนำ ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ มีแหล่งทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงานบุคลากรทางการแพทย์ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เป็นไปตามทฤษฎี PRECEDE Model ที่ได้นำมาวิเคราะห์และทำให้ทราบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

<u>สรุปผลตามสมมติฐานในการวิจัย</u>

<u>สมมติฐานที่ 1</u> ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการวิจัย พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้านของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทุกด้านของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จึงยอมรับสมมติฐานที่ 1 ในบางส่วน

<u>สมมติฐานที่ 2</u> ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีแหล่งทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการวิจัย พบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมทุกด้านของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จึงยอมรับสมมติฐานที่2

<u>สมมติฐานที่ 3</u> ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน การได้รับการสนับสนุนแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการวิจัย พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมทุกด้านของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จึงยอมรับสมมติฐานที่ 3

<u>ข้อเสนอแนะ</u>

จากผลการศึกษาวิจัย ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ทราบถึงปัจจัยที่มีผลและมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยขอเสนอแนะ ดังนี้

<u>ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย</u>

1. จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลางแต่ยังมีการปฏิบัติตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในบางด้านที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นการที่จะให้บุคลากรมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์หรือถูกต้องนั้น บุคลากรจะต้อง

ได้รับความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ที่ถูกต้องในการปฏิบัติตามแนวทางส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้อย่างเหมาะสมและจากบุคคลรอบข้างรวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในเชิงนโยบายจึงควรมุ่งเน้นให้บุคลากรและผู้เกี่ยวข้องมีการดำเนินการวางแผนในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน อันจะส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งในปัจจุบัน และอนาคต

2. จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ดังนั้นการที่จะส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรให้มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดโรค ควรนำปัจจัยดังกล่าว มากำหนดแผนการดำเนินงานสุขศึกษาให้ครอบคลุมชัดเจน ซึ่งจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ดีมากยิ่งขึ้น เพื่อลดภาวะเสี่ยงจากการเกิดโรค

3. นโยบายการตรวจสุขภาพประจำปี ควรมีนโยบายที่เอื้อประโยชน์ต่อบุคลากรที่อายุต่ำกว่า 35 ปี ในการตรวจสุขภาพได้เช่นเดียวกับกลุ่มที่อายุกว่า 35 ปีขึ้นไป ซึ่งยิ่งคัดกรองบุคลากรกลุ่มเสี่ยงหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงได้เร็วมากขึ้นเท่าใด อัตราป่วย พิการหรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันควรในบุคลากรยิ่งลดลงเท่านั้น ทำให้ลดค่าใช้จ่ายและงบประมาณในการรักษาพยาบาล

4. ควรใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยผู้บริหารมีนโยบายสนับสนุนให้หน่วยงานต่าง ๆ มีบรรยากาศและสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคให้งบประมาณ เช่น การจัดตั้งชมรมต่าง ๆ การจัดเวลา การส่งเสริมให้บุคลากรเล่นกีฬาทั้งในและนอกหน่วยงาน และการจัดบอร์ดสำหรับประชาสัมพันธ์/รณรงค์/อบรมเผยแพร่ข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ นอกจากนี้ควรส่งเสริมและขอความร่วมมือจากร้านค้าให้มีการบริการอาหารเพื่อสุขภาพ

ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ

1. จัดกิจกรรมสุขศึกษา โดยจัดทำมาตรฐานการสอนสุขศึกษา กำหนดแผนปฏิบัติการ โดยคำนึงถึงระดับความสามารถในการเรียนรู้ ความพร้อม แรงจูงใจ และความต้องการของบุคลากร วิธีการดำเนินชีวิต รวมทั้งมีการติดตามประเมินผล พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

2. ประเมินบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เพื่อค้นหา สาเหตุหรือปัจจัยอื่นที่ทำให้มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องหรือไม่สามารถปฏิบัติได้ โดยช่วยหาแนวทางและวางแผนร่วมกันในการแก้ไขสาเหตุหรืออุปสรรคนั้น ควรจัดทำโครงการกลุ่มมีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจ ติดตามช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่ม โดยเน้นการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี และควรมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งมีการติดตามและการประเมินผล

3. จัดทำโครงการบริการให้คำปรึกษาต่อเนื่องในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล โดยผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อเป็นแรงสนับสนุนส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร ครอบครัว และประชาชนทั่วไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในกลุ่มต่าง ๆ หรือในโรคอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุข โดยใช้ทฤษฎีต่าง ๆ ในการสร้างตัวแปรให้ครอบคลุมเพื่อจะได้นำผลมาพัฒนาและสร้างพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและยั่งยืน

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เพื่อหาวิธีการ และแนวทางที่จะพัฒนาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในกลุ่มต่างๆ ที่แตกต่างกัน ให้ครอบคลุม เพื่อประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย วางแผนการดำเนินงานการจัดรูปแบบการให้กิจกรรมสุขศึกษาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้อง เหมาะสม มีประสิทธิภาพ

3. ควรทำการศึกษา และทดลองใช้รูปแบบโปรแกรมสุขศึกษาของการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีต่าง ๆ เพื่อหารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสม โดยจัดทำและพัฒนาเป็นคู่มือ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อไป

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กนกพร วิสุทธิกุล. 2540. **พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จงจิตร อังคทะวานิช. 2538. อาหารมังสวิรัติกับโรคหัวใจขาดเลือด. **โภชนาสาร** 22 (4): 424 - 434.

จิตรา ไชยชนะ. 2540. **การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มเสี่ยงอายุระหว่าง 40 - 59 ปี เขตเทศบาลเมืองจังหวัดสงขลา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิรวรรณ อินคุ้ม. 2541. **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลิดเลือดหัวใจตีบ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จุฑามาศ จันทร. 2543. **ลักษณะประชากร ลักษณะการทำงาน ความเครียด การกำกับตนเองและความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เตือนใจ หมวกแก้ว. 2540. **การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของนายทหารชั้นประทวน จังหวัดลพบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์. 2544. **พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.** เอกสารการสอน ชุดวิชาสุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุขหน่วยที่ 3 (ปรับปรุงครั้งที่ 1). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

บุญเรียง ขจรศิลป์. 2542. **สถิติวิจัย 1.** พิมพ์ครั้งที่ 7. ห้างหุ้นส่วนจำกัด พี. เอ็น. การพิมพ์, กรุงเทพฯ.

ประคอง กรรณสูตร. 2539. **สถิติเพื่อการวิจัยคำนวณโปรแกรมสำเร็จรูป.** พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2541. **พัฒนาทักษะชีวิตเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อในเด็กและเยาวชน**. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.

_____, สุรีย์ จันทรโมลี, วรพรรณ รุ่งศิริวงศ์, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, กุหลาบ รัตนสัจจธรรม, วิไล สถิตย์เสถียร, สุธร ตันวัฒนกุล, ประภา นันทวรศิลป์, จารุวรรณ นิพพานนท์, จิราพร เขียวอยู่, ยุพา ถาวรพิทักษ์, จุฬาภรณ์ โสตะ, เลิศชัย เจริญธัญรักษ์, นวลตา อาภาดีเพราะกุล, ธราดล เก่งการพานิช, พีระ ครึกครื้นจิตต์, เพชรรัตน์ สุวรรณธนานนท์, รณภพ เอื้อพันธเศรษฐ. 2541. **การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและรักษาสุขภาพของลูกจ้างผู้ประกันตนในประเทศไทย.** สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, กรุงเทพฯ.

ประสงค์ ธีรพงศ์นภาลัย. 2541. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรรณี เสถียรโชค และ ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. 2536. โรคหัวใจขาดเลือด, น. 429- 473. ใน สมชาย โลจายะ และ บุญชอบ พงษ์พานิชย์ (ผู้รวบรวม). **ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด.** สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, กรุงเทพ ฯ.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543. **วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 8. สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

เพ็ชรรัตน์ ศิริรัตน์. 2546. **การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.

มาลี จันทรเทพ. 2545. **แบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ลัดดาวัลย์ อ้นเมฆ. 2545. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วณี กอสุวรรณศิริ. 2543. **แบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ: กรณีศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้พิพากษาในเขตกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. 2547. **การจัดทำแผนพัฒนาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2548**. วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล, กรุงเทพฯ. (อัดสำเนา)

วีนัส ลีฬหกุล, อุษาพร ชวลิตนิธิกุล, ไพโรจน์ ลีฬหกุล, สุภาณี พุทธเดชาคุ้ม, นิตยา ภาสุนันท์. 2541. **การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ใหญ่วัยกลางคนในเขตบางกอกน้อย.** โภชนาศาสตร์คลีนิค มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2546. **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2542- 2546.** สำนักนโยบายและแผนสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี

ศุภชัย คนวนณัฐพงษ์. 2540. โรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน, น. 82-98 ใน สันต์ ใจยอดศิลป์ และ ดำรัส ตรีสุโกศล (ผู้รวบรวม). **การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ.** สถาบันโรคหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพญาไท 2, กรุงเทพฯ.

ศุภลักษณ์ บุนนาค. 2543. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สนอง เพชรคง. 2541. **พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

หน่วยเวชระเบียนและเวชสถิติ ฝ่ายวิชาการ. 2547. **สถิติผลการปฏิบัติงาน.** วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร, กรุงเทพฯ.

อัจฉราภรณ์ ถนอมกิตติ. 2545. **ประเมินผลของรูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน จังหวัด สุพรรณบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อัจฉริยา พ่วงแก้ว. 2540. **การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุทัย เจริญจิตต์. 2542. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มข้าราชการ ในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุบล อสัมภินทรัพย์. 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุบลรัตน์ จินดาวณิชย์. 2541. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเสาไห้ จังหวัดสระบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อมรรัตน์ เกตุดารา. 2543. **พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลจังหวัดชัยนาท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุไร ศรีแก้ว. 2543. **การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ: การดูแลอย่างต่อเนื่อง.** ลิมปราเดอร์การพิมพ์จำกัด, สงขลา.

เอมอร โพธิ์ประสิทธิ์. 2548. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลบางแพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

American Heart Association. 2001. **Heart and Stroke Statistical Update.** Available: http://www.americanheart.org.

Bental, T. and E. Baren. 1990. Increasing Public Awareness of the risk of Cardiovascular Disease using Health activity in a community health project in Israel: A feasibility study. **Journal of Humam Hypertention.** 4 (4): 356-361.

Cronbach, L.J. 1963. **Education Psychology.** Harcort Brace and co., New York.

David, S.K. 1995. Increasing disparity in Knowledge of Cardiovascular Disease risk factor and risk reduction strategies by socialeconomic status :Implication for policy makers. **American Journal of Preventive Medicine.** 11 (5): 318-323.

Flury, A. 1993. An Explortion of the Role of Social Networks in Cardiovascular Risk Reduction. **Heart&Lung.** 12 (24): 134-144.

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

_____. and M.W. Kreuter. 1991. **Health Promotion Planning: An Education and Environmental Approach**. Mayfield Publishing Company, Toronto.

Hegsted, D.M. 1986. Quantitative effect of dietary fat on serum cholesterol in man. **Am J Clin Nutr.** 4 (4): 299-305.

Luck man and Screnseen. 1993. Nursing Care of Clients with disorder of Cardiac. Function in Black. **Medical –Surgical Nursing: A Psychophysiologic Approach.** 4th ed. W.B. Saunders Company, USA.

Mackay, B.C. 1992. **AIDS and Protection Motivation Theory (PMI): Effect of Imagined Scenarios on intend to use Condoms.** A Bell and Howell information Company, Michigan.

Oldenberg, B., N. Orem, M. Parle and M. Gowel. 1995. An economic evaluation of Four Work site based Cardiovascular risk factor intervention. **Health Education Quarterly.** 22 (1): 9-19.

Pender, N.J. 1987. **Health Promotion in Nursing Practice**. 2nd ed. Appleton Lange, New York.

_____, S.N. Walker, K.R. Sechrist and M.F. Strombory. 1990. **Predicting Health - Promoting Lifestyle in the Workplace**. Nursing Research, New York.

_____. 1997. **Health Promotion in Nursing Practice**. 3rd ed. Connecticut, New York.

Rosenstock, I.M. 1974. The health belief model and preventive health behavior. **Health Education Monographs.** 2: 331-386.

Roger, R.W. 1975. A Protection Motivation theory of fear appeals and attitude change. **Journal of Psychology.** 1 (3): 114 -115.

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

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

1. นายแพทย์วัฒนา บุญสม
   ภาควิชาอายุรศาสตร์และหัวใจ
   วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

2. นางสาวทัศนีย์ ทองมาก
   หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2
   วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

3. อาจารย์นงลักษณ์ นฤวัตร
   หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
   วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุมาลี โพธิ์ทอง
   อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
   วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

5. ดร.บุญศรี กิตติโชติพาณิชย์
   อาจารย์ประจำภาควิชาสูติ-นรีเวชศาสตร์
   วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

<u>คำชี้แจง</u> แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 8 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 18 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ จำนวน 13 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 8 แบบสอบถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมการการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ

การตอบแบบสัมภาษณ์ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่าน จึงขอให้ท่านตอบแบบสัมภาษณ์ให้ครบทุกข้อ เพราะคำตอบของท่าน ผู้วิจัยจะนำมาสรุปผล วิเคราะห์หาแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวมได้

งานวิจัยในครั้งนี้จะสำเร็จไม่ได้ ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากท่าน จึงขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือ มา ณ ที่นี้

นางสาวนุชรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์
นิสิตปริญญาโท สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) และกรอกข้อมูลลงในช่องว่างที่กำหนดให้ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

1. เพศ

( ) 1. ชาย ( ) 2.หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษาของท่าน

( ) 1. ไม่ได้ศึกษา ( ) 2. ประถมศึกษา

( ) 3. มัธยมศึกษา ( ) 4. อนุปริญญา

( ) 5. ปริญญาตรี ( ) 6. สูงกว่าปริญญาตรี

4. สถานภาพสมรส

( ) 1. โสด ( ) 2. คู่

( ) 3. หม้าย หย่า แยก

5. ท่านมีรายได้เฉลี่ย เดือนละประมาณ.....บาท

<u>ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ</u>

<u>คำชี้แจง</u> ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ข้อมูลลงที่กำหนดให้ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ถูก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น ตรงกับสิ่งที่ท่านรู้หรือเข้าใจ
ผิด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับสิ่งที่ท่านรู้หรือเข้าใจ
ไม่ทราบ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นท่านไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ

ข้อที่	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1.	ผู้ที่มีพ่อ แม่ พี่น้อง เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จะมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้ง่ายกว่าผู้อื่น			
2.	ผู้ชาย มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ มากกว่าผู้หญิง			
3.	ผู้ที่มีอายุมากจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย			
4.	คนอ้วนมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ มากกว่าคนผอม			
5.	การออกกำลังกายอย่างเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาทีสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ			
6..	การไม่สูบบุหรี่ สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้			
7.	การไม่ดื่มสุราช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ			
8.	การรับประทาน อาหารที่มีไขมันมาก ทำให้มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้			
9.	คนที่มีไขมันในเลือดสูง ทำให้มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าคนที่มีไขมันในเลือดปกติ			
10.	คนป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ดี มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้			

ข้อที่	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
11	การออกกำลังกายอย่างหนักและนานไม่ช่วยทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดดีขึ้น			
12.	ความเครียด ความวิตกกังวลเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้			
13.	การรับประทานยา คลายเครียดหรือยานอนหลับเป็นวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่ไม่ดี			
14.	คนที่มีความดันโลหิตสูง ทำให้มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้มาก			
15.	อาการทางโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบบ่อย คือเจ็บแน่นบริเวณหน้าอก หน้าท้องเวลาหายใจ			
16.	ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดี คือ รับประทานยาเท่านั้น			
17.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถหยุดยาด้วยตนเอง			
18.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถรักษาหายขาดได้ถ้าสามารถวินิจฉัยได้ในช่วงแรกที่มีอาการ			

ตอนที่ 3 แบบสอบถามด้านทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ขั้นตอน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การสูบบุหรี่ไม่สามารถช่วยลดความเครียดได้				
2. การสูบบุหรี่แม้จำนวนไม่มาก และนาน ๆ ครั้งก็เป็นอันตรายต่อสุขภาพ				
3. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำไม่ช่วยทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดดีและแข็งแรงขึ้น				
4. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่ช่วยให้เข้ากับเพื่อนหรือสังคมได้				
5. การควบคุมอาหารเพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นเรื่องไม่ยากต่อการปฏิบัติ				
6. การรับประทานไข่ทุกวัน ๆ ละ1 ฟอง เป็นประจำ ไม่มีผลทำให้ร่างกายแข็งแรง				
7. การรับประทานอาหารประเภทปลาจะป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดีกว่าการรับประทานเนื้อสัตว์อื่นๆ				

ขั้นตอน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
8. การออกกำลังกายหนักครั้งละนาน ๆ ไม่มีผลดีเท่ากับการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ				
9. ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่ควรออกกำลังกาย เพราะว่าทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น				
10. การแก้ปัญหาคับข้องใจด้วยตนเองเป็นทางออกที่ดี เพราะไม่มีใครรู้ปัญหาดีเท่าตัวเราเอง				
11. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ควรปรึกษาคนใกล้ชิด เช่นคู่สมรส หรือเพื่อนสนิท				
12. เมื่อแก้ปัญหาไม่ได้ เกิดความเครียด ควรใช้ยาคลายเครียดเพื่อทำให้รู้สึกดีขึ้น				

ตอนที่ 4 แบบสอบถามด้านการรับรู้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

ขั้นตอน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. โรคหลอดเลือดหัวใจ อาจทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ทันทีตลอดเวลา				
2. โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ต้องรักษาไปตลอดชีวิต				
3. ภาวะไขมันในเลือดสูง จะทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจรุนแรงมากขึ้น				
4. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยจะทำให้ผู้เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรงมากขึ้น				
5. การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจมีทั้งการกินยาและการผ่าตัดซึ่งอันตรายมาก				
6. โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เสียเวลาและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย				
7. ผู้เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างคนปกติทั่วไป				

ตอนที่ 5 แบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

ขั้นตอน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ผู้ที่มีพ่อแม่ พี่น้องเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จะมีโอกาสเป็นได้มาก				
2. คนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น				
3. ผู้ชายเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้หญิง				
4. ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น				
5. ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติ				
6. ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยลง				
7. การดื่มสุรามาก ๆ เป็นประจำจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยลง				
8. การกินไข่แดง เครื่องในสัตว์ กุ้ง ปลาหมึกเป็นประจำทำให้ร่างกายแข็งแรงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยลง				

ขั้นตอน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
9. การกินเค้ก เนย น้ำอัดลม ของหวาน กะทิ อาหารมันๆ เป็นประจำจะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น				
10. การกินผัก ผลไม้ รสไม่หวานเป็นประจำทำให้โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยลง				
11. การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยลง				
12. ความเครียดและวิตกกังวลเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น				

ตอนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

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

ขั้นตอน	มีมากที่สุด	มีมาก	มีน้อย	ไม่มี
1. ภายในโรงพยาบาลมีเขตปลอดบุหรี่				
2. ภายในโรงพยาบาลมีร้านจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ				
3. ภายในโรงพยาบาลมีสถานที่ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา				
4. ภายในโรงพยาบาลมีอุปกรณ์การออกกำลังกาย				
5. ภายในโรงพยาบาลมีกลุ่ม หรือชมรมสันทนาการ บันเทิง				
6. ภายในโรงพยาบาลมีการจัดแข่งขันกีฬาระหว่างหน่วยงาน				
7. ภายในโรงพยาบาลมีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ เช่น สวนหย่อม มุมนั่งเล่น				
8. ทางโรงพยาบาลมีการให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ				
9. ภายในโรงพยาบาลมีคลินิกอดบุหรี่สำหรับเจ้าหน้าที่				
10. ทางโรงพยาบาลมีนโยบายให้จำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพในร้านอาหาร				

ขั้นตอน	มีมากที่สุด	มีมาก	มีน้อย	ไม่มี
11. ภายในโรงพยาบาลจัดเวลาให้เจ้าหน้าที่ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ				
12. ภายในโรงพยาบาลสนับสนุนกิจกรรมของชมรมสันทนาการเพื่อช่วยคลายความเครียดของเจ้าหน้าที่				
13. ทางโรงพยาบาลมีนโยบายให้เจ้าหน้าที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อย 1 ครั้ง				

ตอนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดในแต่ละข้อ (คนโสด งดข้อสามี/ภรรยา)

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

ขั้นตอน	ระดับการสนับสนุน			
	ได้รับมากที่สุด	ได้รับมาก	ได้รับน้อย	ไม่ได้รับ
1. ท่านได้รับการดูแลและสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจาก				
สมาชิกในครอบครัว ญาติ				
เพื่อนร่วมงาน				
บุคลากรทางการแพทย์				
2. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านได้รับการดูแลและห่วงใยจาก				
สมาชิกในครอบครัว ญาติ				
เพื่อนร่วมงาน				
บุคลากรทางการแพทย์				
3. เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพ ท่านได้รับคำแนะนำจาก				
สมาชิกในครอบครัว ญาติ				
เพื่อนร่วมงาน				
บุคลากรทางการแพทย์				

ขั้นตอน	ระดับการสนับสนุน			
	ได้รับมากที่สุด	ได้รับมาก	ได้รับน้อย	ไม่ได้รับ
4. ท่านได้รับการกระตุ้นเตือนให้ละเว้นกิจกรรมที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จาก				
สมาชิกในครอบครัว ญาติ				
เพื่อนร่วมงาน				
บุคลากรทางการแพทย์				
5. ท่านได้รับการสนับสนุนให้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และมีประโยชน์ต่อสุขภาพจาก				
สมาชิกในครอบครัว ญาติ				
เพื่อนร่วมงาน				
บุคลากรทางการแพทย์				
6. ท่านได้รับการสนับสนุนในการออกกำลังกายจาก				
สามี / ภรรยา				
สมาชิกในครอบครัว ญาติ				
เพื่อนร่วมงาน				
บุคลากรทางการแพทย์				
7. ท่านได้รับคำแนะนำเมื่อมีปัญหา หรือแนะนำถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียดจาก				
สมาชิกในครอบครัว ญาติ				
เพื่อนร่วมงาน				
บุคลากรทางการแพทย์				
8. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพจาก				
สมาชิกในครอบครัว ญาติ				
เพื่อนร่วมงาน				
บุคลากรทางการแพทย์				

ขั้นตอน	ระดับการสนับสนุน			
	ได้รับมากที่สุด	ได้รับมาก	ได้รับน้อย	ไม่ได้รับ
9. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ ดังต่อไปนี้				
วิทยุ				
โทรทัศน์				
นสพ. / นิตยสาร / วารสาร				
ป้ายประกาศ / โปสเตอร์				
แผ่นพับ / คู่มือ				
อินเตอร์เนต				

ตอนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ และโปรดตอบทุกข้อ

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

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย	ไม่ปฏิบัติ
1. ท่านสูบบุหรี่				
2. ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
3. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากในพวกผักและผลไม้				
4. ท่านรับประทานอาหารพวก กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก เครื่องในสัตว์ หนังไก่				
5.ท่านรับประทานอาหารประเภทปลาที่มีมันน้อย				
6. ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด				
7. ท่านรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของ เนย กะทิ เช่น ขนมเค้ก คุกกี้ แกงกะทิ ขนมกะทิ				
8. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที				
9. ท่านมักจะเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์				
10. ท่านได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ 6-8 ชั่วโมง				
11. ท่านรับประทานยาคลายเครียด หรือยานอนหลับเมื่อรู้สึกเครียด				

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ – นามสกุล	นางสาวนุชรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์
วัน เดือน ปีเกิด	16 พฤศจิกายน 2507
สถานที่เกิด	จังหวัดนครสวรรค์
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ พ.ศ.2525 - 2529 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี)
	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช การบริหารงานสาธารณสุขศาสตร์ พ.ศ. 2542
	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พ.ศ. 2547 - 2549 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล