

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาวิธีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้ คือ

1. วิธีการดำเนินชีวิต
2. วิธีการดำเนินชีวิตกับสุขภาพ
3. ความเข้าใจ-การนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพ
4. โรคหลอดเลือดหัวใจ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิธีการดำเนินชีวิต (Lifestyle)

ปัจจุบันในทางการแพทย์และระบาดวิทยามีความเห็นพ้องกันว่า นอกจากปัจจัยทางพันธุกรรมและการติดเชื้อมีผลต่อสุขภาพแล้ว วิธีการดำเนินชีวิตของบุคคลยังมีความสำคัญต่อสุขภาพเช่นกัน (Bandura, 1984, p.341) Webster ได้อธิบายว่า คุณภาพชีวิตมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ส่วน คือ พันธุกรรม หรือสิ่งที่ร่างกายมีอยู่และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้มี 16 เปอร์เซ็นต์ สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่ตนเองกระทำร่วมกับผู้อื่น อันได้แก่ ครอบครัว ชุมชน แพทย์ และสถานบริการทางสุขภาพ มี 31 เปอร์เซ็นต์ และส่วนที่สำคัญที่สุด คือ วิธีการดำเนินชีวิตหรือสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้โดยลำพังด้วยตนเอง เพื่อสุขภาพอนามัยมีถึง 53 เปอร์เซ็นต์ (Webster, 1985, pp.713-718 อ้างใน วาสนา ปุณณณีวิวัฒน์, 2532, หน้า 9)

Singer (1982, p.303 อ้างใน วาสนา ปุณณณีวิวัฒน์, 2532, หน้า 9) ได้ให้ความหมายของวิถีดำเนินชีวิตว่าเป็นหนทางของการดำเนินชีวิต เป็นสิ่งที่บุคคลใช้เป็นตัวนำในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

Wiley & Camacho (1980, p.1) กล่าวว่าไว้ว่าวิธีการดำเนินชีวิตของบุคคลในความหมายทางสุขภาพนั้น มีความหมายที่กว้าง เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำรงชีวิตของบุคคล

Smith Shultz (1984, p.271) กล่าวว่า วิธีการดำเนินชีวิต คือ นิสัยการดำรงชีวิตเฉพาะบุคคลซึ่งนิสัยนี้สามารถมีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพ

O' Brien & O' Malley (1983, p.39 - 40 อ้างใน วาสนา ปุณณณวิวัฒน์, 2532, หน้า 9) กล่าวถึงรายละเอียดว่า วิธีการดำเนินชีวิต หมายถึง นิสัยที่ประพฤตินในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการดูแลสุขภาพ

เนื่องจากวิธีการดำเนินชีวิตและสุขนิสัยของบุคคลเป็นสิ่งที่มีความผลกระทบต่อสุขภาพ การเจ็บป่วยบางอย่างของบุคคลนั้น ได้รับผ่านทางพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพของตนเอง เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เป็นต้น ดังนั้นในทางการพยาบาลและงานด้านป้องกันและควบคุมโรค จึงได้มีความพยายามที่จะประเมินภาวะสุขภาพผ่านทางวิธีการดำเนินชีวิตและสุขนิสัยของบุคคล ทั้งนี้เพื่อเป็นการให้คำปรึกษาและให้ความรู้ต่อผู้ป่วย และเพิ่มแรงจูงใจให้บุคคลมีความรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่ง Pender (1987, p.135 - 143) ได้รวบรวมแนวคิดจากผู้ใช้การประเมินวิธีการดำเนินชีวิตและสุขนิสัยหลาย ๆ คน มารวมไว้ในแบบประเมินวิธีการดำเนินชีวิตและสุขนิสัย (Life Style and Health - Habits Assessment) ซึ่งมีทั้งหมดจำนวน 100 ข้อ และแบ่งออกเป็น 10 ด้าน ดังนี้คือ

1. การดูแลตนเอง (Competence in Self - Care)
2. การปฏิบัติทางโภชนาการ (Nutritional Practices)
3. กิจกรรมทางกายหรือกิจกรรมนันทนาการ (Physical or Recreational Activity)
4. รูปแบบการนอน (Sleep Patterns)
5. การจัดการกับความเครียด (Stress Management)
6. ความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (Self - Actualization)
7. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Sense of Purpose)
8. สัมพันธภาพกับผู้อื่น (Relationships with Others)
9. การควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environmental Control)
10. การใช้ระบบบริการทางสาธารณสุข (Use of Health Care System)

การให้คะแนนในแบบประเมินนี้จะใช้เป็นลักษณะมาตรฐานประมาณค่า 5 อันดับ จากจำนวนข้อเทียบเป็นเปอร์เซ็นต์ ดังนี้

มากกว่า 85 %	คือ	ดีเยี่ยม
75 - 84 %	คือ	ดี
65 - 74 %	คือ	มาตรฐาน
55 - 64 %	คือ	พอใช้
ต่ำกว่า 55 %	คือ	ไม่ดี

ซึ่งจากการเริ่มต้นใช้พฤติกรรม 100 ข้อ ในแบบประเมินวิถีการดำเนินชีวิตและสุขนิสัย เป็นจุดของการเริ่มต้น นำไปสู่วิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดย Dunn (1961 cited in Walker, Sechrist & Pender, 1987, p.77) เป็นบุคคลแรกที่ให้คุณค่าของวิถีการดำเนินชีวิต ในแง่ที่ว่าทำให้เกิดความผาสุกและการมีชีวิตยืนยาว Travis (1977 cited in Walker, Sechrist & Pender, 1987, p. 77) ได้อธิบายถึงมิติของความผาสุก (Wellness) หรือวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพว่าประกอบด้วยความรับผิดชอบต่อตนเอง (Self-Responsibility) อาหาร (Nutrition) ความตระหนักรู้ในสุขภาพร่างกาย (Physical Awareness) และการควบคุมความเครียด (Stress Control) Ardell (1979, pp.17 - 24 อ้างใน สุดารัตน์ ขวัญเงิน, 2537, หน้า 26) ได้ปรับปรุงและขยายมิติของวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้แก่ ความรับผิดชอบต่อตนเอง การตระหนักในคุณค่าของอาหาร (Nutrition Awareness) การจัดการกับความเครียด (Stress Management) สมรรถภาพทางกาย (Physical Fitness) และความรู้สึกไวต่อสิ่งแวดล้อม (Environment Sensitivity) และ Pender (1982 cited in Walker, Sechrist & Pender, 1987, p.76) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นแนวโน้มที่มุ่งไปสู่ความสำเร็จในชีวิตของมนุษย์ โดยพยายามคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก ความสำเร็จและการตอบสนองความต้องการส่วนบุคคล ซึ่งจะเห็นได้ว่าหากบุคคลมีความตระหนักในศักยภาพของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพจะทำให้เขามีความสุข ความพอใจในชีวิตมากกว่าการที่เขาเพียงแต่หลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น ซึ่งตามแนวคิดของ Walker, Sechrist & Pender (1987, p.79) ได้สร้างแบบประเมินวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเป็นแบบวัดความบ่อยครั้งของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 48 ข้อ และแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้คือ

1. ความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (Self – Actualization)
2. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility)
3. การออกกำลังกาย (Exercise)
4. โภชนาการ (Nutrition)
5. การสนับสนุนระหว่างบุคคล (Interpersonal Support)
6. การจัดการกับความเครียด (Stress Management)

โดยการให้คะแนนจะวัดจากลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 อันดับจาก 1 - 4 คือไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ

เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาหาวิธีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งทำการศึกษาเฉพาะที่ ดังนั้นในการที่จะวัดวิธีการดำเนินชีวิตจึงต้องคำนึงถึงบริบทของชุมชนทั้งทางสังคมและวัฒนธรรมด้วย ซึ่งจะมีผลต่อวิธีการดำเนินชีวิตผ่านทางความเชื่อ ความเข้าใจ-การนึกคิดในเรื่องของสุขภาพและการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพด้วย ดังนั้นแบบประเมินการดำเนินวิถีชีวิตที่จะใช้ ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์สร้างขึ้นใหม่ให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยเป็นแบบประเมินวิธีการดำเนินชีวิต 7 ด้านดังนี้

1. ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง (Competence in Self-Care)
2. ด้านโภชนาการ (Nutrition)
3. ด้านการออกกำลังกาย (Exercise)
4. ด้านกิจกรรมนันทนาการและการพักผ่อน (Recreational Activity & Relaxation)
5. ด้านการดูแลสุขภาพและการใช้บริการของระบบสาธารณสุข (Health Care & Use of Health Service System)
6. ด้านการรู้จักอารมณ์ตนเองและการจัดการกับอารมณ์ (Emotion & Stress Management)
7. ด้านการอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social Support & Environment)

1) ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง

วิธีการดำเนินชีวิตในด้านนี้ จะเป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยทั่วไป ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของบุคคลต่อสุขภาพของตนเอง เป็นการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ หรือการป้องกันสุขภาพของตนเองไม่ให้เจ็บป่วย ซึ่ง Edlin & Golanty (1985, p. 19) กล่าวว่าไว้ว่า การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคเป็นการรับผิดชอบต่อบุคคลที่จะทำให้เป็นผู้ที่ปราศจากโรค มีภาวะสุขภาพที่ดีและการมีชีวิตที่ยืนยาว พฤติกรรมการปฏิบัติในด้านนี้ ได้แก่ การนอนหลับ อย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง การดูแลความสะอาดเรียบร้อยของที่อยู่อาศัย การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น

2) ด้านโภชนาการ

วิธีการดำเนินชีวิตในด้านนี้ จะเป็นการประเมินความสามารถที่บุคคลเลือกอาหารให้ เหมาะสมกับภาวะโภชนาการ รวมทั้งอุปนิสัยในการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ เช่น จำนวนมื้อ ของอาหารในแต่ละวัน ชนิดของอาหารที่ชอบเป็นพิเศษ เป็นต้น เนื่องจากอาหารเป็นหนึ่งในสี่ ของปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิตของมนุษย์ ดังนั้นการกินอาหารจึงมีผลต่อสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยง ไม่ได้ ดังมีคำกล่าวที่ว่า “ท่านจะเป็นเช่นที่ท่านกิน” ซึ่งมาจาก “You are what you eat” ซึ่งเป็นคำกล่าวที่มีความจริงอยู่เสมอ การกินอาหารให้ดีหรือกินให้เป็นการส่งเสริมให้ร่างกายมี สุขภาพดี แต่ในทางตรงข้ามหากกินไม่เป็นอาจทำให้เกิดความผิดปกติต่อร่างกาย ก่อให้เกิดโรค จากการกินได้

3) ด้านการออกกำลังกาย

วิธีการดำเนินชีวิตในด้านนี้ จะเป็นการประเมินความสามารถในการที่บุคคลจะดำรง ไว้ซึ่งความแข็งแรง สมบูรณ์ ของร่างกาย เนื่องจากธรรมชาติสร้างให้มนุษย์มีการเคลื่อนไหว แต่ถ้ามีการเคลื่อนไหวไม่เพียงพอก็จะมีผลเสียต่อสุขภาพ การออกกำลังกายไม่ว่าจะเป็นการใช้ กล้ามเนื้อส่วนใดทำงาน เมื่อร่างกายมีการเคลื่อนไหวจะต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น การขนส่ง ออกซิเจนไปสู่เซลล์กล้ามเนื้อและอวัยวะที่เกี่ยวข้อง จะต้องอาศัยระบบไหลเวียนและระบบหายใจ เป็นหลัก การออกกำลังกายเป็นประจำนอกจากจะทำให้ระบบโครงสร้างมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น แล้ว ยังทำให้ระบบไหลเวียนเลือดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4) ด้านกิจกรรมนันทนาการและการพักผ่อน

วิธีการดำเนินชีวิตในด้านนี้ จะเป็นการประเมินการใช้เวลาว่าง การพักผ่อนรวมถึง พฤติกรรมการผ่อนคลายความตึงเครียด ทั้งปริมาณและคุณภาพของการพักผ่อนนอนหลับ นอกเหนือจาก กิจกรรมในงานอาชีพตามปกติ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่บุคคลเข้าร่วมด้วยความสมัครใจในเวลาว่าง เพื่อ ความรื่นเริงบันเทิงใจให้ผลทางด้านจิตใจ ผ่อนคลายความตึงเครียดจากการปฏิบัติงาน อันช่วย ส่งผลให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

5) การดูแลสุขภาพและการใช้บริการของระบบสาธารณสุข

วิธีการดำเนินชีวิตในด้านนี้ จะเป็นการประเมินพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ การระมัดระวังเกี่ยวกับสุขภาพของคนโดยทั่วไป เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี หรือการเลือก ปรีกษาหรือใช้บริการของระบบสาธารณสุข เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น

6) ด้านการรู้จักอารมณ์ตนเองและการจัดการกับความเครียด

วิธีการดำเนินชีวิตในด้านนี้ จะเป็นการประเมินว่าบุคคลสามารถหาความหมาย ความพึงพอใจในตนเองในการมีชีวิตอยู่ การรู้จักอารมณ์ตนเอง การยอมรับ การจัดการกับอารมณ์ ซึ่งเป็นสิ่งแสดงว่าบุคคลมีความตระหนักและเข้าใจในอารมณ์ของตนเองและสามารถควบคุมให้ เหมาะสมเพียงใด รวมถึงการจัดการกับความเครียด

7) ด้านการอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อม

วิธีการดำเนินชีวิตในด้านนี้จะเป็นการประเมินว่าบุคคลสามารถอยู่ในสังคมและ สิ่งแวดล้อมได้ดีเพียงใด ทั้งสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพและสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้นในรูปแบบ ทางสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมซึ่งกัน และกัน ดังนั้นจึงมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับภาวะสุขภาพของมนุษย์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

วิธีการดำเนินชีวิตกับสุขภาพ

บุทชนา สุขสมิติ (2524, หน้า 5) กล่าวว่า “การมีอนามัยดีมีรากฐานมาจากสุขนิสัยที่ดี มีสิ่งแวดล้อมดี และมีบริการอนามัยที่ดี” การมีวิธีการดำเนินชีวิตที่ไม่ดีเช่นมีสุขนิสัยซึ่งได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ มีภาวะทุพโภชนาการ มีความเครียดสูง และภาวะน้ำหนักเกิน จะก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งเรียกว่า โรคของวิธีการดำเนินชีวิต (Edlin & Golanty, 1982, p.167)

จากการศึกษาของ Wiley & Camacho (1980, pp. 1 - 21) เพื่อหาความสัมพันธ์ของวิถีการดำเนินชีวิตและสถานะสุขภาพ โดยทำการศึกษาภาคตัดขวางและศึกษาระยะยาว 9 ปี ในประชาชนเมืองอลามิดา แคลิฟอร์เนีย จำนวน 3,892 คน โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับเรื่องการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย จำนวนชั่วโมงการนอนหลับในเวลากลางคืน และน้ำหนักตัวที่สัมพันธ์กับส่วนสูง พบว่า ในคนที่มีสถานะสุขภาพที่ไม่ดีในระยะเริ่มต้น ถ้ามีการปรับวิถีการดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีคะแนนสุขภาพก็จะดีขึ้น ส่วนในคนที่คะแนนสุขภาพไม่ดีและยังคงมีวิถีการดำเนินชีวิตที่ไม่ดี คะแนนของสถานะสุขภาพก็จะไม่ดีเช่นเดิม

การมีวิถีการดำเนินชีวิตที่ทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือด (Atherogenic Lifestyle) มีสาเหตุสำคัญมาจากการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว แคลอรีและเกลือในปริมาณมากกว่าปกติ มีกิจกรรมการใช้พลังงานน้อย ไม่ควบคุมการเพิ่มน้ำหนักร่างกายและการสูบบุหรี่ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Kannel, 1987, p.213) มีการศึกษาผลของการเปลี่ยนนิสัยในการรับประทานอาหารและการหยุดสูบบุหรี่ต่อภาวะเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันในระยะแรกอย่างมีนัยสำคัญ (Hjermann, et al., 1981, p.1303) และในคนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ภาวะน้ำหนักปกติ มีกิจกรรมทางกายที่ใช้พลังงานสูง จะมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต่ำกว่าพวกที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและมีกิจกรรมทางกายน้อย (Castelli, 1982, pp.1194 - 1195)

จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ปัจจัยทางลักษณะประชากร ประการหนึ่งคือ เพศจะมีผลต่อการรับรู้และส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน (Becker et al., 1977, p.45) ในรายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมสูบบุหรี่ พบว่า เพศชายมีผู้สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 92 และสูบบุหรี่จัดคือ สูบมากกว่า 20 มวนต่อวัน ติดต่อกันมากกว่า 20 ปี หรือวันละ 10 มวน เป็นเวลา 30 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 83 ในขณะที่เพศหญิงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ที่น้อยกว่า และจากการศึกษาของ Muhlenkamp & Broerman (1988, pp.637 - 646) พบว่า เพศมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ หรือวิถีการดำเนินชีวิต โดยเพศหญิงจะมีพฤติกรรมในทางบวกต่อสุขภาพมากกว่าเพศชาย

ในด้านอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเหตุว่าผู้ที่มียา
น้อยมักมีสุขภาพอนามัยแข็งแรง จึงส่งผลให้ละเลยการดูแลสุขภาพของตนมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ
พยอม อิงคตานุวัฒน์ (2523) กล่าวว่า วัยผู้ใหญ่แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 21-
40 ปี เป็นวัยที่ต้องมีการปรับตัวมาก เพื่อให้ตนได้เป็นที่ยอมรับของสังคม ทั้งสร้างความมั่นคงให้
ตนเองทางเศรษฐกิจ วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 41 - 60 ปี จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมลง
ทางด้านร่างกาย ส่วนวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุ 61 ปีขึ้นไป จะมีความเสื่อมมากขึ้น และพฤติกรรม
บางอย่างจะปฏิบัติไม่ได้เช่นเดิม แต่จะมีความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

วิธีการดำเนินชีวิตมีส่วนสัมพันธ์ใกล้ชิดกับกระบวนการทางสุขภาพและการเจ็บป่วย
วิธีการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะของสุขภาพ คือ พฤติกรรมสุขภาพนั่นเอง (Pender, 1987,
p.144) Gochman (1982, อ้างในกองสุศึกษา, 2540, หน้า 14) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรม
สุขภาพว่า หมายถึง คุณสมบัติส่วนบุคคลต่าง ๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม
การรับรู้ และองค์ประกอบด้านความรู้ ลักษณะบุคลิกภาพ ซึ่งครอบคลุมภาวะความรู้สึก อารมณ์
และลักษณะเฉพาะตน รวมทั้งแบบแผนการแสดงออกที่ชัดเจนเป็นที่สังเกตได้ การกระทำและ
ลักษณะนิสัยที่เกี่ยวข้องกับการดำรงภาวะสุขภาพ (Health Maintenance) การฟื้นฟูภาวะสุขภาพ
(Health Restoration) และการปรับปรุงสุขภาพ (Health Improvement) พฤติกรรมสุขภาพของ
บุคคลนั้น จะได้รับอิทธิพลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสถานแวดล้อมทางสังคมและ
วัฒนธรรม เช่น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ความแตกต่างของรายได้ การศึกษา อาชีพ
ความเชื่อของบุคคล จะเป็นตัวกำหนดทำให้เกิดความแตกต่างของกิจกรรมในชีวิตประจำวัน นิสัย
การรับประทานอาหาร การเดินทาง กิจกรรมในยามว่าง และการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และ
สาธารณสุขยามเจ็บป่วย หรือปัจจัยทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นปัจจัยที่มีการถ่ายทอดรูปแบบและ
กระบวนการทางพฤติกรรมจากรุ่นไปสู่รุ่นของกลุ่มชุมชนและประเทศ ปัจจัยนี้มีอิทธิพลหลายทาง
ต่อสุขภาพ เพราะมีผลต่อการปฏิบัติการแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง ซึ่งเป็นรากฐาน
ภายในของมนุษย์ที่จะปฏิบัติในวิถีชีวิตประจำวันตามกลุ่มของตน และพบว่าวัฒนธรรมของชุมชน
บางชุมชนสามารถป้องกันโรคได้ เช่น กลุ่มเซเว่นเคย์แอคเวนตีส เป็นพวกมังสวิรัต โดยมีความ
ตระหนักระมัดระวังในสุขภาพ ปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอต่อการออกกำลังกาย การฉีดวัคซีน เป็นต้น
พบว่าเมื่ออัตราการตายต่ำ อุบัติการณ์การเกิดมะเร็ง หัวใจขาดเลือด และอัมพาตต่ำกว่าในกลุ่มคน
ทั่วไป นอกจากนั้นวัฒนธรรมยังมีอิทธิพลต่อตัวโรคและการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย และการเลือกใช้

บริการทางแพทย์ เช่น ความเชื่อว่าการเกิดการเจ็บป่วยต่าง ๆ นั้นเป็นเรื่องของเวรกรรมมากกว่า (กองสุขศึกษา, 2540, หน้า 23) จะทำให้ผู้ป่วยละเลยความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพในมุมมองเชิงสังคมวัฒนธรรมเน้นไปที่การเชื่อมโยงพฤติกรรมกับระบบสังคมวัฒนธรรม โดยเชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมความเจ็บป่วย หรือพฤติกรรมการเฝ้าระวังรักษาของประชาชน ตลอดจนพฤติกรรมผู้ป่วยนั้นสะท้อนถึงแบบสังคมวัฒนธรรม ความเข้าใจในบริบททางสังคมวัฒนธรรมจะทำให้เข้าใจสาเหตุแห่งพฤติกรรม (มัลลิกา มัติโก, 2534, หน้า 23)

Green & Kreuter (1991, p. 31) ได้จัดลำดับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ

- 1) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มคาเฟอีน
- 2) พฤติกรรมการรับประทานอาหารไขมันสูง
- 3) พฤติกรรมการขาดการออกกำลังกาย

- 1) พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มคาเฟอีน

พฤติกรรมการสูบบุหรี่กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ที่สำคัญที่สุด ในการศึกษาระบาดวิทยาของหลอดเลือดโคโรนารี แข็งตัว พบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ และสมาคมโรคหัวใจของอเมริกาสรุปว่า ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ไม่ว่าจะเป็นโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ตาม จะทำให้มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจมากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า (Gidding, et al., 1994, pp. 2581 - 2590 อ้างใน อัจฉริยา พ่วงแก้ว, 2540, หน้า 13) โดยสารในควันบุหรี่ที่เชื่อว่าจะมีบทบาททำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ นิโคติน และคาร์บอนมอนอกไซด์ โดยนิโคตินที่ดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้เกิดอันตรายต่อเยื่อผนังชั้นในของหลอดเลือด ทำให้สารอื่น ๆ รวมทั้งโคเลสเตอรอลและไขมันแทรกตัวเข้าไปเกาะผนังหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว ทั้งยังกระตุ้นให้ระดับแคเทคโคลามีนในซีรัมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เพิ่มการหลั่งของอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟริน ทำให้หลอดเลือดหดตัว ส่งผลให้ชีพจร และความดันเลือดสูงขึ้นอย่างเฉียบพลัน และการใช้ออกซิเจนมากขึ้น นิโคตินยังทำให้เกร็ดเลือดจับตัวและกระตุ้นกระบวนการเพิ่มเซลล์กล้ามเนื้อเรียบที่ผนังหลอดเลือดแดง ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ส่วนคาร์บอนมอนอกไซด์ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว โดยรวมตัวกับออกซิฮีโมโกลบิน เป็น

การรับออกซิโมโกลบิน เมื่อเลือดแดงจับกับออกซิเจนได้น้อยลง และยังทำให้เกิดอันตรายต่อผนังของหลอดเลือดแดง เมื่อเข้าสู่กระแสเลือดจะเป็นตัวขัดขวางการนำออกซิเจนไปใช้ เป็นผลให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์มีฤทธิ์กระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็ว ผิดจังหวะและสูบน้ำเลือดจากหัวใจปริมาณมากและมีความแรงสูง ทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น แอลกอฮอล์เพิ่มการสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์ และปริมาณไขมันอิ่มตัวเพิ่มขึ้น (กัมปนาท วีรกุล และคณะ, 2532, หน้า 99) จากการศึกษาของกลุ่ม Framingham อ้างใน กองสุขศึกษา, 2540, หน้า 15 – 16) พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณน้อยคือไม่เกิน 30 กรัม ต่อวัน หรือเท่ากับ เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ 2 แก้วต่อวัน เบียร์ 3 แก้วต่อวัน หรือไวน์ 3 - 5 แก้วต่อวัน มีผลดีต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด แต่ถ้าดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากกว่า 30 กรัมต่อวัน เป็นระยะเวลานานติดต่อกัน จะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้ดื่ม

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่คาเฟอีนกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ โกโก้ ช็อกโกแลต น้ำอัดลมประเภทโคล่า และเครื่องดื่มชูกำลัง ปริมาณคาเฟอีนที่ร่างกายได้รับไม่ควรเกิน 100 มิลลิกรัมต่อวัน หากเกิน 450 มิลลิกรัมต่อวัน ส่งผลให้นอนไม่หลับ สภาวะจิตใจเปลี่ยนแปลง กล้ามเนื้อกระตุก หัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ น้ำตาลในเลือดสูง มีผลทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์และโคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น 20-30 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

2) พฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูงกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

สถานการณ์ด้านอาหารในประเทศไทยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไม่ติดต่อคือการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจสู่ระบบทุนนิยม ทำให้มีการแพร่ขยายอุตสาหกรรมและการกระตุ้นการบริโภคในรูปแบบต่าง ๆ โดยขาดการควบคุมให้ปลอดภัยและได้มาตรฐาน เป็นผลให้การเข้าถึงสัดส่วนอาหารโปรตีนและไขมันเพิ่มขึ้น ในขณะที่อาหารประเภทผักและผลไม้ลดลง และจากวิธีการดำเนินชีวิตรวมทั้งสภาพครอบครัวที่เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้คนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารนอกบ้านเพิ่มขึ้น รวมทั้งการบริโภคอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด (คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยอนุมติคณะรัฐมนตรี, 2538, หน้า 61 – 77) พฤติกรรมรับประทาน อาหาร มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือด อาหารซึ่งก่อให้เกิดภาวะ

โคเลสเตอรอลในเลือดสูง ได้แก่ อาหารประเภทไขมัน คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และปริมาณพลังงานที่ได้รับมากเกินไปความต้องการของร่างกาย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

อาหารไขมัน เป็นแหล่งอาหารที่ให้พลังงานสูงสุด เนื่องจากไขมัน 1 กรัม ให้พลังงานถึง 9 แคลอรี จากการศึกษานี้ของ Thuesen & Henriksen (pp. 212 - 219 อ้างใน กองสุขศึกษา, 2540, หน้า 17) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง โดยให้กินอาหารที่มีไขมันต่ำเป็นระยะเวลา 3 เดือน ถึง 1 ปี พบว่าระดับโคเลสเตอรอลของผู้ป่วยเหล่านั้นลดลง ซึ่งสรุปได้ว่า การบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำ จะทำให้โคเลสเตอรอลต่ำลงด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ชนิดของกรดไขมันอิ่มตัวซึ่งพบมากในไขมันจากสัตว์ เช่น เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ไขหนังของสัตว์ต่าง ๆ อาหารทะเลและไขมันจากพืชบางชนิด เช่น มะพร้าว ปาล์ม ไขมันอิ่มตัวเหล่านี้มีผลต่อการเพิ่มระดับโคเลสเตอรอลในเลือดด้วยเช่นกัน

อาหารคาร์โบไฮเดรต การบริโภคอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลมากเกินไป จะมีผลทำให้ระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น เนื่องจากตับสามารถเปลี่ยนคาร์โบไฮเดรตที่มากเกินไปเป็นไขมัน โดยเฉพาะการบริโภคน้ำตาลซูโครสและฟรุคโตส จะมีผลทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงมากกว่าอาหารพวกแป้ง

อาหารโปรตีน ได้มีการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่า การให้โปรตีนจากพืช เช่น ถั่วเหลืองสามารถลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ เมื่อเทียบกับการให้โปรตีนจากสัตว์ และสำหรับการศึกษาในมนุษย์พบว่า ถ้าได้รับโปรตีนจากถั่วเหลืองแทนโปรตีนจากสัตว์ จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลดลงประมาณร้อยละ 5

ปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อระดับโคเลสเตอรอล ถ้าได้รับพลังงานมากกว่าความต้องการของร่างกาย ซึ่งโดยทั่วไปร่างกายต้องการพลังงานเพียงวันละ 2,000 - 2,800 แคลอรีต่อวันเท่านั้น พลังงานส่วนเกินนี้จะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันไปสะสมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และถ้าเป็นไขมันชนิดอิ่มตัวจะมีผลทำให้ระดับโคเลสเตอรอลสูงขึ้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงแสดงถึงการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงด้วย และถ้าบริโภคอาหารเหล่านี้เป็นจำนวนมากหรือติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ก็จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้นเช่นกัน นอกจากนั้นแล้วยังจะทำให้เกิดการสะสมไขมันที่บริเวณเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายรวมทั้งผนังหลอดเลือดแดงด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุ

สำคัญในการนำไปสู่ภาวะหลอดเลือดแข็งและโรคหลอดเลือดหัวใจในที่สุด (กองสุขาภิบาล, 2540, หน้า 18)

3) พฤติกรรมการขาดการออกกำลังกายกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะช่วยให้หัวใจมีสมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น คืออัตราการเต้นของหัวใจช้าลงและยังช่วยลดกรดไขมันอิสระ ซึ่งจะมีผลต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยให้พลังงานถูกใช้ไปมีผลต่อการลดน้ำหนักตัวและช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลให้ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการออกกำลังกายทำให้ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

(Fox & Mathews, 1981, p. 407 อ้างใน พิชิต ภูติจันทร์, 2535, หน้า 218)

เพิ่มขึ้น	ลดลง
- การไหลเวียนของหลอดเลือดโคโรนารี	- ไขมันในเลือด (โคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์)
- ขนาดของหลอดเลือด	- ความอ้วน (ลดไขมัน)
- ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ	- ความหนืดของเกร็ดเลือด
- ความสามารถในการรับส่งอิเล็กตรอน	- ความดันในหลอดเลือดแดง
- ปริมาณเม็ดเลือดแดงและปริมาณเลือด	- อัตราการเต้นของหัวใจ
- การทำงานของต่อมไทรอยด์	- การเต้นผิดจังหวะของหัวใจ
- การผลิตโกรทฮอร์โมน	- ประสิทธิภาพการจับฮอร์โมนที่เกิดขึ้น
- การอดกลั้นต่อความเครียด	- การศึกษาของกล้ามเนื้อ
- ความมีนิสัยสุขุมรอบคอบ	- ความเครียด

Salonen, et al. (1988, p. 87) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เวลาว่างและอาชีพที่มีการออกกำลังกาย ต่อการเสี่ยงจากการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยศึกษาจากตัวอย่างจำนวน 15,088 ราย ซึ่งมีอายุระหว่าง 30 - 59 ปี ที่ไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือมีสิ่งกีดขวางการออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่า คนที่ไม่ใช้เวลาว่างในการออกกำลังกาย มีอาชีพที่ต้องนั่งทำงานเป็นประจำ มีความสัมพันธ์กับการเสี่ยงจากการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การขาดการออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจ โดยมีค่าความเสี่ยงสัมพันธ์เท่ากับ 1.9 (กฤษฎา ชื่นบาน, 2531, หน้า 428)

ความเข้าใจ - การนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

เนื่องจากการแสดงพฤติกรรมของบุคคลต้องอาศัยตัวแปรทางจิตสังคมที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลในลักษณะที่ต่างกัน ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ต่างกัน พฤติกรรมด้านสุขภาพก็เช่นเดียวกัน องค์ประกอบด้านความเข้าใจ - การนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพ มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็นด้านการป้องกัน รักษา หรือแม้แต่การส่งเสริมสุขภาพ ความเข้าใจ - การนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่จะศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่

- ความสำคัญของสุขภาพ

Wallston, Maides, & Wallston (1976 cited in Pender, 1987, p. 60) ค้นพบว่า พฤติกรรมป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ ควรจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลให้คุณค่าเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองสูง โดยคิดว่าสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับตน บทบาทของการให้คุณค่าความสำคัญต่อสุขภาพ มีผลต่อการสร้างแรงจูงใจให้บุคคลเลือกปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์เสี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่จะส่งผลต่อสุขภาพ บุคคลที่ให้คุณค่าความสำคัญของสุขภาพน้อย จะส่งผลให้ละเลยซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

- การให้ความหมายของคำว่าสุขภาพ

สุขภาพ ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก คือ ภาวะที่เป็นสุขสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่ใช่แค่การไม่เจ็บป่วยหรือเป็นโรคเท่านั้น (Health is the state of complete physical, mental, and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity)

การให้ความหมายของคำว่าสุขภาพของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ บุคคลที่ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพในทิศทางที่บวก มากกว่าการพอใจเพียงแค่ว่าไม่เจ็บ ไม่ป่วย มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคหรือส่งเสริมสุขภาพของตนมากกว่าบุคคลที่ให้ความหมายของสุขภาพในจุดกึ่งกลางหรือทิศทางลบ จากการศึกษาของ Christensen (1981 cited in Pender, 1987, p.63) พบว่า มีความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมของกลุ่มที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพต่างกันอย่างมากระหว่างปราศจากโรคกับความผาสุก กลุ่มที่พอใจที่จะให้ความสำคัญกับคำว่าสุขภาพคือการไม่เจ็บป่วย มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ ในขณะที่กลุ่มที่ให้ความสำคัญของสุขภาพว่าเป็นการที่ตนมีความแข็งแรง สมบูรณ์ ทั้งร่างกายและจิตใจ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

- การรับรู้การควบคุมสุขภาพ

การรับรู้การควบคุมสุขภาพของบุคคลเป็นสิ่งที่มียอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง Becker, et al. (1979) ได้เสนอถึงการรับรู้การควบคุมสุขภาพ อธิบายถึงการเกิดหรือไม่เกิดพฤติกรรมในแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งการรับรู้การควบคุมสุขภาพนี้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ศูนย์การควบคุม (Locus of Control) ซึ่ง Lefcouter (1976 อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534, หน้า 84) ได้อธิบายความหมายของ "Locus of Control" ว่า หมายถึง ระดับการรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตของบุคคลว่าเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง ซึ่งเขาสามารถควบคุมได้ หรือผลที่เกิดขึ้นนั้นไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของตนเอง นั่นคือ ผลที่เกิดขึ้นนั้นอยู่นอกเหนือการควบคุมของเขา ดังนั้น การรับรู้ศูนย์การควบคุมจึงแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ (1) การรับรู้ศูนย์การควบคุมภายใน (Internal Locus of Control) และ (2) การรับรู้ศูนย์การควบคุมภายนอก (External Locus of Control) การรับรู้ถึงการควบคุมสุขภาพที่แตกต่างกันทำให้เกิดพฤติกรรมที่แตกต่าง บุคคลที่อยู่ในศูนย์การควบคุมภายใน จะมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง การแสดงซึ่งพฤติกรรมป้องกัน เช่น การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถ หรือ การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายเป็นประจำ ในขณะที่บุคคลที่เชื่อในศูนย์การควบคุมภายนอก จะเชื่อว่าตัวเขาเองมีส่วนน้อยมากหรือไม่มีเลยในการควบคุมสุขภาพ ภาวะการเจ็บป่วยหรือแม้แต่สุขภาพที่แข็งแรงของตนเป็นจากโชค ชะตากรรม หรือแม้แต่สิ่งที่เหนือธรรมชาติ

- การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพของคนมีผลต่อการเลือกปฏิบัติพฤติกรรม Pender & Pender (1986 cited in Pender, 1987, p.64) ศึกษาในผู้ใหญ่จำนวน 377 คน พบว่า ผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนว่าอยู่ในระดับที่ดี ถึงดีมาก มีความตั้งใจที่จะควบคุมน้ำหนักตัวของตนมากกว่าผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนว่าอยู่ในระดับปานกลางหรือไม่ดี การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพ

โรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือที่ถูกรู้จักในชื่อที่แตกต่างกัน เช่น โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว โรคหัวใจขาดเลือด โรคขาดเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบและแข็ง เป็นต้น หมายถึง ภาวะที่หัวใจขาดเลือดเลี้ยงหรือเลือดไหลเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจลดลง หรือเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอกับความต้องการ (พรณิเสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536, หน้า 429) ส่วนใหญ่ประมาณ 90 เปอร์เซ็นต์ จะมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว ผนังหลอดเลือดเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงก่อนผนังชั้นกลาง ในระยะแรกจะเกิดรอยไขมันที่ผนังต่อมาจะกลายเป็นเนื้อเยื่อฝืดหนา ๆ จนผนังหนาตัวขึ้น ทำให้รูหลอดเลือดตีบแคบลงจนอาจถึงตันได้ (Artery Atherosclerosis) โดยมีอาการแสดงออกของโรคที่พบได้บ่อยคือ อาการเจ็บหน้าอก (Angina Pectoris)

ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจแบ่งเป็น 3 แบบ ดังนี้

1. การเจ็บหน้าอกแบบคงที่หรือสม่ำเสมอ (Stable Angina) อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับโลหิตไปเลี้ยงไม่พอกับความต้องการ อาการเจ็บหน้าอกจะมีอาการรุนแรงปานกลาง นาน 1 - 3 นาที เป็นทุกครั้งที่มีการออกกำลังกายมากถึงระดับหนึ่งหรือเกิดภาวะเครียด อาการจะดีขึ้นเมื่อนั่งพักประมาณ 3 - 5 นาที อาการเจ็บหน้าอกแต่ละครั้งมักไม่เกิน 15 นาที พยาธิสภาพมักเกิดจากการตีบของหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากหลอดเลือดที่แข็งตัวมีการอุดตันอย่างถาวร อาจวินิจฉัยได้จากประวัติ ถ้าตรวจคลื่นหัวใจอาจพบลักษณะของการขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ การรักษาส่วนใหญ่เป็นการใช้ยา เช่น ยากลุ่มไนเตรด ซึ่งมีฤทธิ์

ในการขยายเส้นโลหิตคำ เป็นการลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ถ้าให้ในขนาดสูงขึ้นก็จะสามารถที่จะขยายหลอดเลือดแดงรวมทั้งหลอดเลือดโคโรนารีได้ด้วย

2. การเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ หรือแปรผัน (Unstable Angina) เป็นอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรงมากกว่าการเจ็บหน้าอกอย่างสม่ำเสมอ ระยะการเจ็บนานกว่าแต่ครั้งหนึ่งมักไม่เกิน 30 นาที หลังจากนั้น อาการเจ็บหน้าอกจะมีความถี่มากขึ้น มีความรุนแรงมากขึ้น เป็นระยะเวลานานขึ้นหรือไม่หายหลังจากใช้ยาอมใต้ลิ้น และอาจจะมีอาการเจ็บหน้าอกในขณะที่นั่งพักเฉย ๆ ไม่ได้ออกกำลังกาย การรักษานอกจากจะต้องใช้ยาในกลุ่มไนเตรดแล้วยังต้องใช้ยาต้านเกร็ดเลือด เช่น ยาแอสไพริน และยาละลายลิ่มเลือด เช่น เฮปาริน ร่วมด้วย นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาตรวจหลอดเลือดแดงโคโรนารี ด้วยการทำ Coronary Angiogram เพื่อดูพยาธิสภาพของหลอดเลือด เพื่อพิจารณารักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหรือการขยายหลอดเลือดด้วยลูกโป่ง

3. กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) เป็นภาวะที่รุนแรงที่สุด เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ง่ายถ้าให้การดูแลไม่ทันที่หรือไม่ถูกต้อง กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างกะทันหัน อันเป็นผลมาจากมีการหดเกร็งของหลอดเลือด มีการรวมกลุ่มเป็นก้อนของเกร็ดเลือดและลิ่มเลือด ถ้าการอุดตันเกิดอยู่ภายใน 6 ชั่วโมง จะมีผลทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างสมบูรณ์จากเยื่อหัวใจถึงเยื่อหัวใจ สำหรับอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมักมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงมาก มีเหงื่อออก อาเจียนได้ อาเจียน เป็นลม อาการเป็นนานมากกว่า 30 นาที ซึ่งใช้ยาอมใต้ลิ้นก็ไม่หาย หรืออาจมีอาการของโรคแทรกซ้อน เช่น อาการของหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย การรักษาทางยาเป็นการรักษาอาการเจ็บหน้าอกโดยให้ยาลดอาการเจ็บหน้าอก เช่น ยาในกลุ่มไนเตรด การให้ยาละลายลิ่มเลือด เช่น ยากลุ่มสเตรปโตไคเนส หรืออาจจะต้องพิจารณาขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่ง หรือทำการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ แล้วแต่กรณี

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด Artery Atherosclerosis แบ่งเป็น 2 ชนิดดังนี้

1) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

1. มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (Family History at Coronary Heart Disease)

2. สูงอายุ (Old Age)

3. เพศชาย (Male)

2) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

1. การสูบบุหรี่ (Smoking)

2. ไขมันในเส้นโลหิตสูง (Hypercholesterolemia)

3. ความดันโลหิตสูง (Hypertension)

4. โรคเบาหวาน (Diabetic Mellitus)

5. โรคอ้วน (Obesity)

6. มีบุคลิกภาพเป็นคนเคร่งเครียด เอาจริงเอาจังอยู่ตลอดเวลา (Personality Type A)

7. ขาดการออกกำลังกาย ทำงานประเภทนั่งโต๊ะ ไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Sedentary Life Style)

1) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

1. มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ กรรมพันธุ์มีความสำคัญในสาเหตุการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและโรคหลอดเลือดหัวใจ บทบาทของพันธุกรรมที่มีต่อโรคนี้ยังไม่ทราบแน่ชัด อาจเกี่ยวข้องกับยีนส์ที่ถ่ายทอดมาก็ได้ ลักษณะการดำรงชีวิตของคนในครอบครัวก็มีผลเกี่ยวข้องกับด้วย เช่น นิสัยการกิน การออกกำลังกาย พ่อแม่ที่ไม่ชอบออกกำลังกายอาจมีผลทำให้ลูกไม่ชอบออกกำลังกายด้วย หรือพ่อแม่อ้วนลูกก็มักจะอ้วนด้วย (พิชิต ภูติจันทร์, 2535, หน้า 241) ปัจจัยทางพันธุกรรมเหล่านี้มี 4 ลักษณะ ซึ่งเพิ่มการเกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง คือ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคอ้วน สำหรับผู้ที่มีประวัติว่าบิดาหรือมารดาเป็นโรคนี้ก่อนอายุ 50 ปี ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่งสำหรับการเกิดโรคนี้ในบุตรหลาน

2. สูงอายุ ภาวะหลอดเลือดหัวใจแข็งมักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลจากกระบวนการเสื่อมสลาย (Degenerative Change) ของหลอดเลือด จึงทำให้มีอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น

3. เพศชาย ภาวะหลอดเลือดหัวใจแข็งพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงมากกว่า 6 เท่า ในช่วงอายุระหว่าง 35 - 44 ปี เชื่อกัน

ว่าฮอร์โมนเอสโตรเจนของเพศหญิงมีฤทธิ์ป้องกันการเกิดภาวะนี้ โดยการเพิ่ม High Density Lipoprotein ส่วนฮอร์โมนเพศชายมีฤทธิ์ส่งเสริมการเกิดภาวะดังกล่าว ซึ่งอัตราความแตกต่างนี้จะลดลงหลังจากเพศหญิงอยู่ในวัยหมดประจำเดือน

2) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

1. การสูบบุหรี่ (Smoking) สมาคมโรคหัวใจของอเมริกาสรุปว่า ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ ไม่ว่าจะเป็นโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ตาม จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจมากกว่าคนปกติ ถึง 3 เท่า (Gidding et al., 1994, pp. 2581 – 2590 อ้างใน อัจฉริยา พ่วงแก้ว, 2540, หน้า 13) ผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งแต่ 20 มวนขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคถึง 6.5 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และผู้ที่สูบบุหรี่ของ 10 - 20 มวนต่อวัน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่พบว่ามีเสี่ยงต่อการเกิดโรค 3.6 เท่า (กมล สันขวานนท์และอุไรวัฒน์ กษาวิระ, 2536, หน้า 21) สารคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่สามารถทำลายผนังส่วนในของหลอดเลือดได้ และนอกจากนี้ยังมีสารนิโคตินที่ทำให้เกิดการกระตุ้นการหลั่งของสารแคทีโคลามีนออกมามาก ทำให้เกิดการเกาะตัวของเลือดเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดหดตัว รูของหลอดเลือดแคบลง ทำให้ชีพจรและความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจต้องทำงานมากขึ้น (พรรณี เติญชรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536, หน้า 431)

2. ไขมันในกระแสโลหิตสูง (Hypercholesterolemia) โดยปกติไขมันในเลือดไม่ควรกระตุ้นสารหลั่งของสารแคทีโคลามีนออกมามาก ทำให้เกิดการเกาะตัวของเลือดเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดหดตัว รูของหลอดเลือดสูงเกิน 250 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะโคเลสเตอรอล และไลโปโปรตีน เป็นสาเหตุทำให้เส้นเลือดแดงตีบตัน (พรรณี เติญชรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536, หน้า 431) เป็นผลเนื่องมาจากการรับประทานอาหารไม่ถูกสัดส่วน รับประทานอาหารที่มีไขมันมากหรือรับประทานอาหารไขมันชนิดอิ่มตัวมากเกินไป ไขมันที่สูงในเลือดจะตกตะกอนจับตามผนังหลอดเลือดทำให้รูของหลอดเลือดแคบลงประสิทธิภาพในการขยายตัวของหลอดเลือดลดลง ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก กล้ามเนื้อหัวใจจึงมีโอกาสขาดเลือดได้ง่าย นอกจากนั้นอาจมีสาเหตุมาจากร่างกายผลิตไขมันมากผิดปกติในผู้ที่ เป็นโรคตับหรือในครอบครัวที่มี ประวัติ ไขมันในกระแสโลหิตสูง (Familial Hypercholesterolemia)

3. ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในภาวะที่ความดันเลือดสูง ความดันที่สูงจะทำลายหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น แข็ง หลอดเลือดคดงอ และตีบตัน นอกจากนั้นยังทำให้เกิดขบวนการทางชีวเคมี ซึ่งจะทำให้สารจำพวกไขมันไปเกาะติดผนังหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น ทำให้โอกาสตีบเพิ่มมากขึ้น ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ไต สมอง และส่วนปลายของร่างกายลดน้อยลง โอกาสที่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะสูงขึ้นตามระดับความดันเลือดโดยเฉพาะความดันซิสโตลิก

4. โรคเบาหวาน (Diabetic Mellitus) ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานจะพบว่า มีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานมาเป็นเวลานานจะพบเป็น 2 เท่าของคนปกติ ผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือดสูงมักจะมีความดันเลือดสูง และพบการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในไตได้มาก ในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มักจะพบว่า เป็นรุนแรงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน เช่น มักจะเป็นกับหลอดเลือดหัวใจ 2 หรือ 3 เส้นขึ้นไป และมักพบว่าการอุดตันจะเป็นตลอดเส้นของหลอดเลือด หรืออาจจะเป็นตลอดถึงปลายและแขนงเล็ก ๆ ของหลอดเลือด (Newton, KM. & Froelicher, ES., 1995, p. 205 อ้างใน สายฝน จัปใจ, 2540, หน้า 19)

5. โรคอ้วน (Obesity) ในกลุ่มคนอ้วน โดยปกติใช้อัตราส่วนระหว่างน้ำหนักตัวกับส่วนสูงเป็นเกณฑ์ ซึ่งมีค่าเท่ากับน้ำหนัก (กก.) / ความสูง² (เมตร) ถ้ามีค่ามากกว่า 25 กก./ม² ให้ถือว่าอ้วน (วิชัย ตันไพจิตร, 2530, หน้า 49) คนที่อ้วนมักจะมีโรคหลอดเลือดแข็งได้บ่อย แต่อาจจะเป็นเพราะคนอ้วนมักมีโรคอื่น ๆ แทรกด้วย เช่น มีความดันโลหิตสูง เบาหวาน

6. มีบุคลิกภาพเป็นคนเคร่งเครียด เอาจริงเอาจังอยู่ตลอดเวลา Friedman & Rosenman (1985, pp. 69 - 98 อ้างใน นพคุณ ภูมิณี, 2538, หน้า 36 - 37) ได้ค้นพบกลุ่มลักษณะนิสัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และเชื่อว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบ A ซึ่งจะมีลักษณะต่าง ๆ ดังนี้ คือ ชอบการแข่งขัน เอาชนะผู้อื่นอยู่เสมอ ชอบทำอะไรด้วยความรวดเร็วและเร่งรีบอยู่เสมอ ชอบผูกมัดตนเองอยู่กับความรับผิดชอบหลาย ๆ อย่าง มีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดได้มาก ทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูง เนื่องจากความเครียดจะไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้มีการหลั่งอิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไตส่วนใน มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวแรงขึ้น ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดหัวใจหดตัวแคบลง

นอกจากนี้ยังกระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมนอินซูลินและคอร์ติซอลเพิ่มขึ้น มีผลทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในร่างกายเพิ่มสูงขึ้น (คุภชัย ไชยธีระพันธ์, 2530, หน้า 710)

7. ขาดการออกกำลังกาย ทำงานประมาทนั่งโต๊ะ ไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหวของร่างกาย ในผู้ที่เป็นนักกีฬาหรือพวกที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะพบว่า มีอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยลง ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าการออกกำลังกายทำให้ เอช ดี แอลโคเลสเตอรอล เพิ่มขึ้น ไม่ทำให้มีความอ้วน ทำให้การเกาะติดของเกร็ดเลือดลดลง การออกกำลังกายจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง อัตราการเต้นของหัวใจน้อยลง การสูบบุหรี่ลดแต่ครั้งมีปริมาณมากขึ้น และไหลผ่านหลอดเลือดไปสู่เนื้อเยื่อได้ดีขึ้น ดังนั้นผู้ที่ขาดการออกกำลังกายจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มาก (พิริต ภูติจันทร์, 2535, หน้า 215) จากการศึกษาของ Paffenbarger ในปี 1984 และ 1986 พบว่า ในกลุ่มศิษย์เก่าของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดที่ใช้พลังงานในการออกกำลังกาย เช่น เดิน ปีนบันได หรือ เล่นกีฬา จะมีอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคอื่นๆ น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกาย นอกจากนี้พวกเขายังพบว่าโรคนี้มีโรคนี้มากกว่าพวกที่มีโอกาสออกกำลังกาย (พรณี เสถียรโชค และประคิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536, หน้า 432)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่ใช้แนวคิดเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิตที่สามารถส่งผลต่อภาวะของสุขภาพ ผู้วิจัยได้คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาดังนี้

Walker, Volkan, Sechrist & Pender (1988) ได้ศึกษาเปรียบเทียบวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกับผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยกลางคน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ซึ่งถือว่าเป็นลักษณะทางสังคมประชากรที่มีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิต โดยวัด 6 ด้านของวิถีการดำเนินชีวิตโดยใช้ HPLP กลุ่มตัวอย่างจำนวน 452 คน อายุระหว่าง 18 - 88 ปี ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยกลุ่มผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบต่อนตนเอง การเลือกรับประทานอาหารและการจัดการกับความเครียดได้ดีกว่า ซึ่งไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ ผู้วิจัยได้เสนอแนะว่า วิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม ควรนำไปสู่ซึ่งการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน

Pender, Walker, Sechrist & Frank-Stromborg (1990) ได้ทำการศึกษาเพื่อหาข้ออธิบาย และทำนายวิธีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้แบบจำลองหลายตัวแปรในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 589 คน ซึ่งเป็นลูกจ้างในสถานประกอบการที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ตัวแปรที่ใช้คือ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การให้นิยามของคำว่าสุขภาพ การรับรู้สถานะของสุขภาพและการรับรู้ในการควบคุมสุขภาพ ที่ส่งผลต่อแบบแผนของวิธีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ลูกจ้างผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมชีวิตของตน ตามสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ให้ความหมายของสุขภาพในระดับที่สูงกว่าการไม่เจ็บป่วย การปราศจากโรคเท่านั้น ประเมินภาวะสุขภาพของตนในทิศทางบวก และรับรู้ว่ามีสิ่งอื่น ๆ รอบตัว ที่สามารถส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของตน มากกว่าความบังเอิญหรือโชคชะตา และพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มอื่น โดยสรุปแล้วพบว่า ตัวแปรเหล่านี้สามารถทำนายวิธีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้

Lusk, Kerr and Ronis (1995, p. 20 - 24. อ้างใน วิชา สุขชนรงค์ และคณะ, 2541, หน้า 46 - 47) ศึกษาแบบแผนวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพนักงาน 3 ระดับ คือ คนที่ทำงานในระดับบริหาร ระดับพนักงานขาย และระดับคนงาน ตัวอย่าง เป็นคนที่ทำงานในโรงงานผลิตรถยนต์ จำนวน 638 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร และแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 48 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การผันแปรหลายตัว ผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มนั้น พบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุก ๆ ด้าน ยกเว้นด้านการจัดการกับความเครียด และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มแล้ว พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างระดับของการทำงาน ของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง การออกกำลังกาย การช่วยเหลือพึ่งพาซึ่งกัน พบว่า กลุ่มที่ทำงานในระดับบริหารมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มที่ทำงานในระดับคนงานนั้น พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น ๆ การทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อจำแนกตามชาติโดยการเปรียบเทียบกลุ่มทดลองที่เป็นชนผิวขาว และชนผิวดำ พบว่า ชนชาติที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยชนผิวดำจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านนี้ดีกว่าชนผิวขาว นอกจากนี้ยังพบว่า คนที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ด้านการออกกำลังกาย และด้านการช่วยเหลือซึ่งพาระหว่างกันมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ในขณะที่ คนที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการรับประทานอาหารดีกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ และเพศที่ต่างกันทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศชายในด้าน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การช่วยเหลือซึ่งพาระหว่างกัน ด้านการศึกษา พบว่า คนที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่า ส่วนสถานภาพสมรส พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

วาสนา ปุณณณวิวัฒน์ (2532) ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ โดยใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์มาจากการประเมิน แบบแผนชีวิตของ Hettler ซึ่งประเมินแบบแผนชีวิตใน 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านสังคมและ สิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา ด้านการประกอบอาชีพ และด้านศาสนา ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติ มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายและสติปัญญาดีกว่ากลุ่มที่มีความดัน โลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มเพศชายมีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย สติปัญญา การประกอบอาชีพ ดีกว่าเพศหญิง และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 25 - 39 ปี มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายและสติปัญญา ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40 - 60 ปี

สุภารัตน์ ขวัญเงิน (2537) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง กับวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ และหาอำนาจการทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยม ศึกษาปีที่ 4 - 6 ของ 2 โรงเรียนในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 441 คน โดยใช้แบบสอบถามการ รับรู้ความสามารถของตนเองที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัด Self-Efficiency Scale ของ ซีแอร์ เมตคัลซ์ เมอเคนเคนท์ จาคอปีและโรเจอร์ และแบบสอบถามวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ที่ดัดแปลงมาจาก HPLP ของวอร์คเกอร์ ซิคิสต์และเพนเดอร์ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความสามารถของตนเองของวัยรุ่นอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนวิถีทางดำเนิน ชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถทำนายวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นได้ร้อยละ 25.08

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการดำเนินชีวิตในประเทศไทย ยังมีผู้ทำการศึกษาไว้น้อยมาก จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิธีการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้วิจัยมองเห็นความสำคัญของวิธีการดำเนินชีวิตในภาพที่เป็นองค์รวมของพฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ การที่จะแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพใด ๆ จึงน่าจะใช้กลไกของการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมมากกว่าการเลือกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการดำเนินชีวิตเบื้องต้น จะเห็นได้ว่าความแตกต่างในด้านเพศและอายุที่ส่งผลต่อวิธีการดำเนินชีวิต ยังมีข้อขัดแย้งกันอยู่ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยในด้านเพศและอายุ ที่มีผลต่อวิธีการดำเนินชีวิต ที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้วย ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโรคหลอดเลือดหัวใจ มีดังต่อไปนี้

กองสุศึกษา (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานจังหวัดราชบุรี จำนวน 400 คน โดยสำรวจพฤติกรรมใน 5 หมวด คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย พบว่า ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่อยู่ในเกณฑ์ต้องแก้ไข และพอใช้ ร้อยละ 73.8 และ 25.0 ตามลำดับ ส่วนความเชื่อและค่านิยมเกี่ยวกับทั้ง 3 หมวด อยู่ในเกณฑ์พอใช้และดี ร้อยละ 68.8 และ 31.2 ตามลำดับ ในด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจทั้ง 5 หมวด อยู่ในเกณฑ์ต้องแก้ไขถึงร้อยละ 60.5

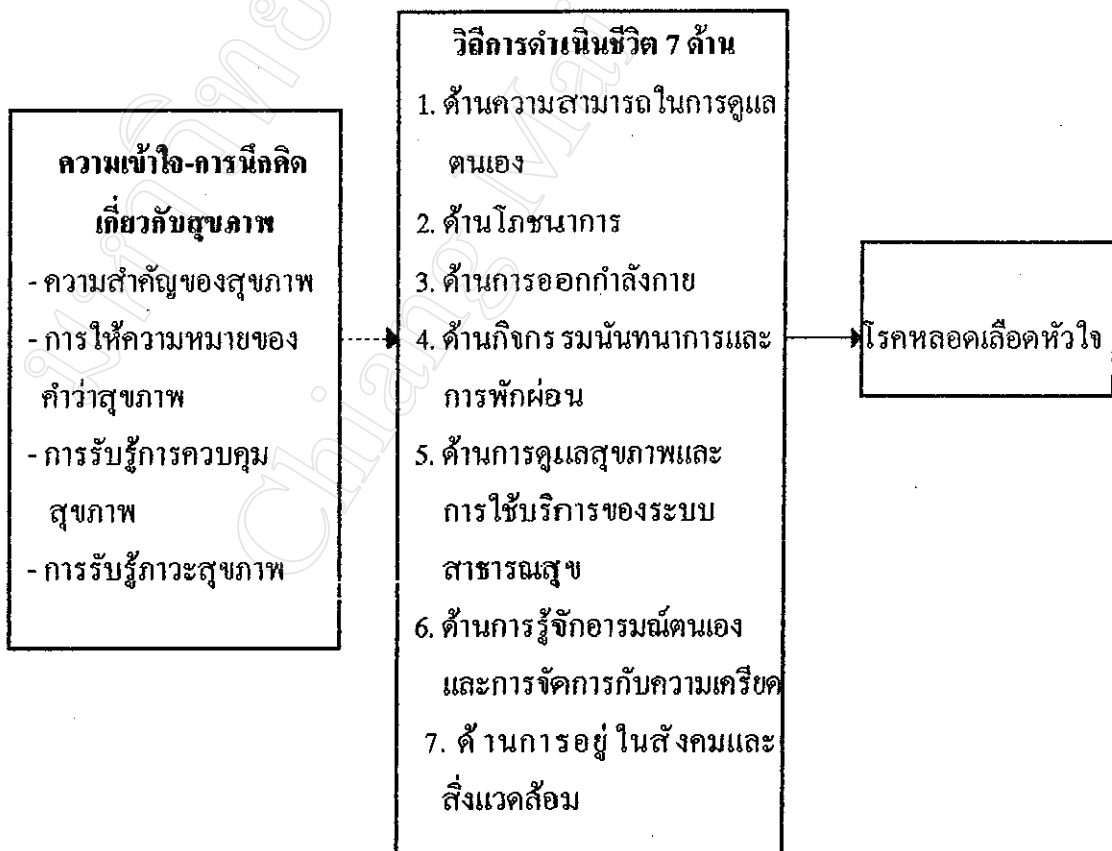
อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร ในผู้ป่วยหญิง 200 ราย ซึ่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาลที่สามได้ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่เหมาะสมที่สุด ควรคงไว้ในปฏิบัติต่อไป การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 48.5 และ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กนกพร วิสุทธิกุล (2540) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 ราย ผลการศึกษาพบว่า เพศชาย มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มที่มีอายุมากมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นรับรู้ว่าตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับน้อย สำหรับ

พฤติกรรมสุขภาพที่มีปัญหามากที่สุดคือ การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง และการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน ซึ่งผลการศึกษาคล้ายกับของ มณฑิชา อนุกุลวุฒิวังศ์ (2540) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเด็กนักเรียนวัยรุ่น จำนวน 601 คน พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่มีปัญหามากที่สุดคือ การขาดการออกกำลังกาย

จากงานวิจัยต่าง ๆ และสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับเรื่องของการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ประยุกต์จาก Health Promotion Model (Pender, N.J., 1987, p. 58)