

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว

**FACTORS AFFECTING PREVENTIVE BEHAVIORS AGAINST ISCHEMIC
HEART DISEASE AMONG HUACHIEW HOSPITAL'S STAFFS**



โดย
นางสาวจิตรา สุตสงวน

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ. 2549

การศึกษาระดับปริญญาโท ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลหัวเฉียว
Factors Affecting Preventive Behaviors Against Ischemic Heart Disease
Among Huachiew Hospital's Staffs

ชื่อนักศึกษา นางสาวจิตรา สุดสงวน
รหัสประจำตัว 474063
สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ
ปีการศึกษา 2549

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้ตรวจสอบและอนุมัติให้
การศึกษาระดับปริญญาโท เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต เมื่อวันที่
4 ตุลาคม พ.ศ. 2549

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรรณราย แสงวิเชียร)

คณะกรรมการสอบการศึกษาระดับปริญญาโท

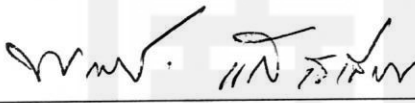
อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ดร.วิรัตน์ ทองรอด)

กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ทองกระจาย)


กรรมการ
(อาจารย์ ดร.นภาพร แก้วนิมิตชัย)


การศึกษาอิสระ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลหัวเฉียว
Factors Affecting Preventive Behaviors Against Ischemic Heart Disease
Among Huachiew Hospital's Staffs
ชื่อนักศึกษา นางสาวจิตรา สูดสงวน
รหัสประจำตัว 474063
สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ
ปีการศึกษา 2549

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้ตรวจสอบและอนุมัติให้
การศึกษาอิสระฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต เมื่อวันที่
4 ตุลาคม พ.ศ. 2549


คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรรณราย แสงวิเชียร)

คณะกรรมการสอบการศึกษาอิสระ


อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ดร.วิรัตน์ ทองรอด)


กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ทองกระจ่าย)


กรรมการ
(อาจารย์ ดร.นภาพร แก้วนิมิตชัย)

การศึกษาอิสระ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลหัวเฉียว
Factors Affecting Preventive Behaviors Against Ischemic Heart Disease
Among Huachiew Hospital's Staffs

ชื่อนักศึกษา นางสาวจิตรา สูดสงวน
รหัสประจำตัว 474063
สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ
ปีการศึกษา 2549

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหัวเฉียว จำนวน 204 คน จากสูตรของ Taro Yamane และสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วนคือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เรื่องโรค 3) การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด 4) ความคาดหวังในความสามารถประสิทธิผลของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด 5) ความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเที่ยงแล้ว สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าไคสแควร์ และการวิเคราะห์สมการถดถอยแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวมี 4 ลำดับ คือ ความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด การออกกำลังกาย รายได้ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และยังพบอีกว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้จริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนในเรื่องความรู้เรื่องโรค เจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน (Non Clinic) มีความรู้น้อยกว่าเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ (Clinic) หากมีการส่งเสริมให้ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดแก่เจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน ส่งเสริมและกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเป็นสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที กระตุ้นให้มีการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้การปฏิบัติเป็นไปตามความตั้งใจใน

การป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้มากยิ่งขึ้น พร้อมกันนี้เสนอให้เพิ่มการตรวจคัดกรองโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเข้าไปในการตรวจสุขภาพประจำปีร่วมด้วยเพื่อค้นหาปัจจัยที่ผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอันเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันความรุนแรงของโรคได้เป็นอย่างดี



Title Factors Affecting Preventive Behaviors Against Ischemic Heart Disease
Among Huachiew Hospital's Staffs

By Miss Jitra Soodsanguan

Identification No. 474063

Degree Master of Science (M.S.)

Major Health System Management

Academic Year 2549

ABSTRACT

The purpose of this study is to identify factors that affect the preventive behavior against ischemic heart disease in Hauchiew hospital's staffs aged 35 years old and over. It's expected that the result of study could be adopted as a guideline for further ischemic heart disease prevention. 204 Hauchiew hospital's staffs are selected by simple random sampling and Taro Yamane method. The validity and reliability test of questionnaires have been approved by experts before data gathering. The questionnaires contain 5 parts; including 1) general information 2) knowledge of disease 3) perception of severity and exposure of ischemia heart disease 4) expectation on self-evaluated capacity in preventing ischemic heart disease, and 5) intention to practices and behavior on ischemic heart disease prevention. The statistics for data analysis are frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square, and hierarchical multi-regression analysis.

The results have shown that four potential factors influencing the preventive behavior of ischemic heart disease in Hauchiew hospital's staffs, ranked as follows; the intention to practices and behavior on ischemic heart disease prevention, physical exercise, income, and expectation on self-evaluated capacity in preventing ischemic heart disease, respectively. It also indicated that the intention to preventive practices and behavior on ischemic heart disease in subjects is greater than actual practices substantially at statistical significance ($p < 0.01$). Regarding knowledge of disease factor, non clinic staffs have lower knowledge of disease than clinical staffs. Given that more dissemination on ischemic heart disease knowledge to non-clinic staffs, elevated regular physical exercise 3 days a week and 30 minutes each, balanced healthy nutrition and promote preventive practices and behavior on ischemic heart disease as intended. It's suggested that additional screening of diseases with risky factors of ischemia heart disease should presented to

annual physical examination to facilitate identifying influential factors to preventive behavior and result in disease severity control.



กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จด้วยความรักและความกรุณาให้ความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่และติดตามด้วยความห่วงใยมาโดยตลอดจากท่านที่ให้คำปรึกษา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. วรรณ ทองรอด อาจารย์ที่ปรึกษา และอาจารย์ ดร.นภาพร แก้วนิมิตชัย อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รวมทั้ง ผศ.พรศิริ พันธสี และ ผศ.ดร.นภาพร เผ่าวัฒนา ที่ได้ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง ตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะปรับปรุง ตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งสำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่าน อาจารย์บัณฑิตวิทยาลัย ตลอดจนคณาจารย์พิเศษทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้อันมีค่า ยิ่งต่อผู้วิจัย

ขอขอบคุณสำหรับความรัก ความห่วงใย ความช่วยเหลือ และความจริงใจที่มอบให้ จาก คุณพวงพลอย หาญวีระ และคุณอุสา เจริญชัย ที่คอยเป็นแรงผลักดัน และเป็นกำลังใจให้กัน ตลอดเวลา

ขอขอบคุณ น้อง ๆ เจ้าหน้าที่แผนกหอผู้ป่วยชั้น 15E เจ้าหน้าที่แผนกธุรการทั่วไป และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวทุกท่าน ที่ได้ช่วยกรุณาตอบแบบสอบถาม

ขอขอบคุณ ค.ช.อิทธิรัฐ สูดสงวน และคุณอรอุมา แสงศรี ที่คอยประคับประคองให้กำลังใจ สนับสนุนด้วยดีมาตลอด ทำให้เกิดความมุ่งมั่นให้ประสบความสำเร็จแก่ผู้วิจัย จึงทำให้สารนิพนธ์นี้ สำเร็จได้ด้วยดี

ผู้วิจัยหวังว่าสารนิพนธ์เล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจด้านการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนผู้ที่ต้องการค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมในเอกสารต่อไป

จิตรา สูดสงวน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	(1)
Abstract.....	(3)
กิตติกรรมประกาศ.....	(5)
สารบัญ.....	(6)
สารบัญตาราง.....	(8)
สารบัญแผนภูมิ.....	(10)
บทที่	
1. บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
1.4 สมมติฐานการวิจัย.....	4
1.5 ขอบเขตของการศึกษา.....	4
1.6 คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษาวิจัย.....	4
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด.....	7
2.2 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค.....	20
2.3 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ.....	24
2.4 ทฤษฎีการดูแลตนเอง.....	36
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	40
3. วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 การวิจัยเชิงสำรวจ.....	47
3.2 การพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่.....	51

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4. ผลการวิจัย	
4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	52
4.2 ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด.....	56
4.3 การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด..	57
4.4 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผล ต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด.....	62
4.5 ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและพฤติกรรม การป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด.....	66
4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิด โรคหัวใจขาดเลือด.....	71
4.7 การนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้เชี่ยวชาญนำเสนอเป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและนำสู่ผู้ปฏิบัติ.....	73
4.8 ผลการพิสูจน์สมมติฐาน.....	77
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	79
5.2 อภิปรายผล.....	79
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	82
5.4 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป.....	83
บรรณานุกรม.....	84
ภาคผนวก	
ผนวก ก. แบบสอบถามการวิจัย.....	87
ผนวก ข. รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ.....	94
ผนวก ค. รายนามผู้เชี่ยวชาญ.....	95
ผนวก ง. รายนามตัวแทนผู้ปฏิบัติ.....	96
ประวัติผู้เขียน.....	97

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	
2.1	ดัชนีมวลกายและเกณฑ์การตัดสินใจในการประเมินภาวะทุพโภชนาการ.....	15
2.2	กิจกรรมในชีวิตประจำวันกับปริมาณพลังงานที่ถูกเผาผลาญ.....	17
3.1	ข้อคำถามความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดทั้งเชิงบวกและเชิงลบ.....	49
4.1	จำนวน (ร้อยละ) ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	54
4.2	จำนวน (ร้อยละ) และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด เป็นรายข้อ.....	56
4.3	จำนวน (ร้อยละ) ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด.....	58
4.4	ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน.....	59
4.5	จำนวน (ร้อยละ) และค่าเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ขาดเลือด.....	60
4.6	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดกับกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน.....	61
4.7	จำนวน (ร้อยละ) และค่าเฉลี่ยของความคาดหวังในความสามารถ ของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด.....	62
4.8	คะแนนเฉลี่ยของความหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการ การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และฝ่ายสนับสนุน.....	64
4.9	จำนวน (ร้อยละ) และค่าเฉลี่ยของความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการป้องกันการ การเกิดโรคหัวใจขาดเลือด.....	65
4.10	คะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการป้องกันการเกิด โรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์กับฝ่ายสนับสนุน.....	66
4.11	จำนวน (ร้อยละ) และคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคหัวใจขาดเลือด.....	67
4.12	ค่าคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ ขาดเลือดระหว่างเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์กับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน.....	68
4.13	จำนวน (ร้อยละ) ของพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด.....	69
4.14	ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดระหว่าง เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์กับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน.....	70
4.15	คะแนนเฉลี่ยของทั้งหมด.....	71

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
2.1 รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค.....	21
2.2 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคที่ได้รับการพัฒนา.....	23
2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง.....	37
2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	46



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคไม่ติดต่อ จัดอยู่ในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease) ที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ซึ่งมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้นทุกปี นำมาซึ่งภาระแก่ผู้เกี่ยวข้องมากมาย เนื่องจากโรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่มีระยะเวลาของการดำเนินของโรคนานกว่าจะรู้ตัวมักปรากฏอาการมาแล้ว จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1996 (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2541) พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลกถึงเกือบครึ่งของการเสียชีวิตทั้งหมด (ประมาณ 52 ล้านคนต่อปี) โดยมากกว่า 15 ล้านคนเสียชีวิตจากกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคมะเร็งปอด และในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดส่งผลกระทบต่อตนเองในด้านความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค และมีผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวในการรับภาระในการดูแลผู้ที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ถ้าประชากรดังกล่าวมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้วยังไม่ได้รับการป้องกันแก้ไขปัญหาจก่อดำรงเพิ่มมากขึ้น จากรายงานพบว่าการตายส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นระหว่างอายุ 40 ปี จนถึงวัยก่อน 70 ปี เป็นการตายก่อนวัยอันควร นับว่าเป็นที่น่าเสียดายอย่างยิ่ง เพราะโรคดังกล่าวเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมซึ่งสามารถป้องกันได้

การระบาดของโรคหัวใจขาดเลือดพบในประเทศกำลังพัฒนาและกลุ่มประชากรด้อยโอกาสมากขึ้น ในประเทศไทยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นหนึ่งในสามอันดับแรกของการตายมานานกว่าสี่สิบปี โดยมีโรคหลอดเลือดในสมองหรืออัมพาตเป็นสาเหตุการตายอันดับแรก รองลงมาได้แก่โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจขาดเลือด องค์การอนามัยโลกประมาณการไว้ว่าในปี 2563 จะมีกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่สำคัญเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึง 7 ใน 10 อันดับแรกของประเทศกำลังพัฒนา เมื่อเปรียบเทียบกับใน พ.ศ. 2534 ที่มีการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อมากกว่าครึ่งของการเสียชีวิตทั้งหมด กลุ่มโรคเหล่านี้เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรามากเกินไป การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสัดส่วนและในปริมาณที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วน ความเครียด การใช้น้ำและสารเสพติด

จากฐานข้อมูลสถิติการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 2545-2546 ได้จำแนกอัตราการตายตามสาเหตุของโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญในภาพรวมของประเทศ พบว่า 3 อันดับแรกคือ โรคมะเร็งทุกชนิด อุบัติเหตุ และโรคหัวใจ ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราการตายเท่ากับ 63.7 ต่อ

แสนประชากร นอกจากจะทำให้สูญเสียชีวิตแล้ว ลักษณะความเรื้อรังของโรคยังทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่อย่างทนทุกข์ทรมานจากภาวะโรค ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องและใช้เวลานานจนเกิดผลกระทบ ต่อจิตใจและสถานะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และของประเทศชาติ เป็นลำดับ

สำหรับปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจมีหลายประการ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดคือกรรมพันธุ์ รองลงมาคือการบริโภคอาหารไขมันสูง การสูบบุหรี่ และโรคความดันโลหิตสูง ตามลำดับ ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน การมีน้ำหนักตัวมากเกินไป ไม่ได้ออกกำลังกาย และความเครียด ส่วนสมาชิกในครอบครัวที่มักมีนิสัยการบริโภคที่คล้ายคลึงกัน เช่น ชอบรับประทานอาหารไขมันสูงก็อาจทำให้เป็นโรคทางกรรมพันธุ์เหมือน ๆ กัน

รูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในอดีตที่ผ่านมาดำเนินการในรูปแบบตั้งรับ ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ในปัจจุบันจึงควรดำเนินการเป็นระบบสุขภาพเชิงรุก มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนมากกว่ารูปแบบตั้งรับ เป็นกระบวนการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิดปัญหา สาธารณสุขในขณะที่ยังไม่เกิดปัญหาหรือเกิดปัญหาแล้วเพื่อดำเนินงานเชิงรุก เป็นการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ได้อย่างมีระบบ อีกทั้งการมีแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด มีผลให้ความรุนแรงของโรคลดน้อยลง เพื่อให้เกิดการมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน การป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจึงมีความสำคัญต่อสภาพสังคมปัจจุบันมากกว่าการดูแลรักษาเมื่อเกิดโรคขึ้นแล้ว

โรคหัวใจขาดเลือด ส่วนใหญ่เกิดกับประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป เนื่องจากร่างกายคนเราเริ่มเสื่อมตามธรรมชาติตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลหัวเฉียวมีบุคลากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปอยู่จำนวน 378 คน หากกลุ่มนี้เจ็บป่วยเป็นโรคขึ้นจะทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ต้องเข้ารับการ รักษา ต้องสูญเสียงบประมาณ ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานลดลง การที่โรงพยาบาลจะพัฒนาและมีคุณภาพบริการที่ดีบุคลากรมีส่วนสำคัญที่จะต้องมีความรู้ มีสุขภาพดี สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งโรงพยาบาลหัวเฉียวได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเมื่อ 14 มีนาคม 2549 ภาระที่ต้องดำเนินการต่อไปอีกขั้นคือ การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของผลที่จะเกิดขึ้นกับบุคลากรกลุ่มเสี่ยงของโรงพยาบาล และเพื่อตอบสนองเป้าหมายในการพัฒนาบุคลากรขององค์กรเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) และนโยบายรัฐบาลในการเน้นถึงการป้องกันส่งเสริมสุขภาพของประชาชนมากกว่าการรักษาโรค เช่นเดียวกันเมื่อบุคลากรในโรงพยาบาลหัวเฉียวมีภาวะสุขภาพดีทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพส่งผลต่อการพัฒนางาน โดยเฉพาะคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากการเจ็บป่วยจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนำมาซึ่งโรคที่รุนแรงได้ ดังเช่นโรคหัวใจขาดเลือด องค์กรต้องสูญเสียงบประมาณในส่วนของสวัสดิการการรักษาสูงเพื่อสุขภาพที่

ดีของบุคลากร และเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลหัวเฉียวที่มีอายุตั้งแต่ 35-60 ปี เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวทางการปฏิบัติตนด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง และเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดกลวิธีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพให้กับเจ้าหน้าที่ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป

1.2 คำถามการวิจัย

ปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว

1.1 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

1.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

1.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

1.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

1.5 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

1.6 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในประสิทธิผลการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

1.7 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

2. เพื่อพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติตนด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ การออกกำลังกาย และ โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
2. ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
3. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
5. ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
6. ความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
7. ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.5 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะเจ้าหน้าที่กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 35-60 ปี ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลหัวเฉียว จำนวนทั้งสิ้น 204 คน

1.6 คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษาวิจัย (Operational Definition)

1. โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease) หมายถึงภาวะของการขาดออกซิเจนเพื่อที่จะไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ อาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น จากพยาธิสภาพในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงหัวใจเกิดอุดตันหรือตีบตัน หลอดเลือดแดงหดเกร็ง เป็นต้น ทำให้เซลล์หัวใจขาดออกซิเจนขาดความสมดุลในการทำหน้าที่อาจจะมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้ ภาวะที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดที่พบบ่อย คือ ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง โรคนี้อาจจะมาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือตายโดยทันทีจากโรคหัวใจ

2. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึงปฏิบัติการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ทุกประเภท อันเกี่ยวข้องกับสุขภาพที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวกระทำทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดและบอกได้ว่าดีหรือไม่ดี เช่น ความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อ การปฏิบัติ เป็นต้น โดยพฤติกรรมของบุคคลมีความแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม และอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลอื่น สภาพการณ์ขณะนั้นและประสบการณ์ในอดีต (ประภาเพ็ญ และสวิง. 2537; อังอิงใน Twaddle. 1981)

3. การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึงผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษา และการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Supports) ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวเพื่อให้เกิดผลทางการกระทำ/ปฏิบัติ (Action) และสภาพการณ์ (Conditions) ของการดำรงชีวิตที่จะก่อให้เกิดสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ การกระทำ/ปฏิบัติเหล่านั้นอาจจะเป็นของบุคคล ชุมชน ผู้กำหนดนโยบาย นายจ้าง ครู หรือกลุ่มบุคคลอื่น ๆ ซึ่งกระทำ/ปฏิบัติเหล่านั้นมีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล ชุมชน และสังคมส่วนรวม (Green and Kreuter. 1991)

4. แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึงกระบวนการหรือสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในอินทรีย์นั้น ๆ ซึ่งทำให้อินทรีย์นั้นเริ่มก่อให้เกิดกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง การที่เราจะทำอะไรอย่างหนึ่งจะต้องมีแรงผลักดันที่เป็นตัวการให้เราทำอย่างนั้น สิ่งชักนำให้เราแสดงออกนั้นเรามองไม่เห็น แต่เราทราบได้ว่ามีหรือไม่มี โดยการดูพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาปรากฏให้เห็นได้ แรงผลักดันก่อให้เกิดพลังงานแล้วนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เรียกว่า การจูงใจ (เฉลิมพล ต้นสกุล. 2541)

5. เจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง หมายถึงเจ้าหน้าที่ที่มีอายุระหว่าง 35-60 ปี ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหัวเฉียวซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดแบ่งเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ (Clinic) และเจ้าหน้าที่ด้านสนับสนุน (Non Clinic)

6. ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงความสามารถที่จะอธิบายของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการตรวจสุขภาพประจำปี

7. การพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติตนด้านการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงการดำเนินการหาวิธีการเพื่อให้ได้มาซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ชักนำให้เจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลหัวเฉียวรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับโรค เป็นความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพเพื่อให้มีพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม

8. การป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึงการกระทำเพื่อให้เกิดการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในทุก ๆ ด้านของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงปัจจัยและพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว
2. ได้แนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลหัวเฉียวเพื่อลดอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหัวเฉียว
3. งานวิจัยนี้นำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพในเจ้าหน้าที่ขององค์กร



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นหัวข้อโดยลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด
2. ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันการโรค
3. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior)
4. ทฤษฎีการดูแลตนเอง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด

2.1.1 สาเหตุของหัวใจขาดเลือด

โรคหัวใจขาดเลือดเกิดขึ้นเนื่องจากความไม่สมดุลของจำนวนเลือดที่ขึ้นไปเลี้ยงหัวใจกับความต้องการเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้เกิดภาวะขาดเลือดหรือขาดออกซิเจน มักเกิดจากผนังเส้นเลือดหัวใจหนาและขนาดหลอดเลือดตีบเล็กลง อาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ความอ้วน การสูบบุหรี่ ความเครียด และการไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะทำให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบแคบหรืออุดตันมากกว่าปกติจึงเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดขึ้น นอกจากนี้ผู้ชายอายุ 40 ปีขึ้นไป หรือหญิงอายุ 50 ปีขึ้นไปหรือวัยหลังหมดประจำเดือน และผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดเช่นกัน

2.1.2 อาการของโรคหัวใจขาดเลือด

1. เมื่อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน เกิดเนื่องจากเส้นเลือดโคโรนารีอุดตันหรือเกือบอุดตัน เพราะมีลิ่มเลือดมาอุดตรงที่ตีบด้วย ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน อาจมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น คลื่นไส้ อาเจียน และเป็นลมหมดสติร่วมด้วย บางรายผู้ป่วยอาจเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้

2. เมื่อหัวใจขาดเลือดอย่างรวดเร็ว อาการเจ็บหน้าอกอาจไม่รุนแรงมากและเจ็บหน้าอกครั้งละ 2-3 นาที ส่วนมากจะมีอาการในขณะที่ออกกำลังกาย อาการเจ็บหน้าอกจะหายไปเมื่อหยุดพัก อย่างไรก็ตามผู้ป่วยไม่ควรนิ่งนอนใจควรรีบปรึกษาแพทย์

2.1.3 การวินิจฉัย

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) และการตรวจเลือด ในกรณีที่ไม่ชัดเจนหรือแพทย์ต้องการทราบถึงความรุนแรงของโรค แพทย์อาจแนะนำให้ตรวจเพิ่ม คือ การเดินสายพานเพื่อทดสอบสมรรถภาพของหัวใจ การตรวจอัลตราซาวด์หัวใจและการฉีดสีดูหลอดเลือดหัวใจ

2.1.4 การรักษา

มี 2 วิธี มีความสำคัญเท่าเทียมกันและต้องรักษาควบคู่กันไป คือ

1. การรับประทานยา เพื่อ

1.1 ควบคุมและรักษาอาการเจ็บแน่นหน้าอก

1.2 เพื่อรักษาและควบคุมโรคอื่น ๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตีบ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง

1.3 เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน

ดังนั้นผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ถ้าสงสัยหรือรับประทานยาแล้วมีอาการอื่น ๆ ที่ไม่พึงประสงค์ ต้องรีบปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรและพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

2. การเปลี่ยนแปลงกิจวัตร

2.1 งดสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด เพราะบุหรี่ทำให้หลอดเลือดตีบลงและปริมาณออกซิเจนในเลือดลดลงทำให้อาการเจ็บหน้าอกเลวลง การงดสูบบุหรี่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจตั้งแต่แรก และภายใน 5 ปี อัตราเสี่ยงจะลดลงมากกว่าการไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อน

2.2 ลดปริมาณไขมันในอาหารและควบคุมน้ำหนัก น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นทำให้หัวใจทำงานมากขึ้นเต้นเร็วขึ้น ต้องการเลือดและออกซิเจนมาเลี้ยงเพิ่มมากขึ้น การลดน้ำหนักจะต้องลดอย่างต่อเนื่องโดยการหลีกเลี่ยงไขมันจากสัตว์ ลดน้ำตาลจากขนมหวาน ไอศกรีม น้ำอัดลม นอกจากนี้ยังต้องออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 3-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์

2.3 ลดความเครียด เมื่อเกิดภาวะเครียดจะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและทำงานหนักขึ้น ต้องการเลือดและออกซิเจนเพิ่มขึ้น อาจเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกได้ ต้องพยายามระงับอารมณ์ ทำจิตใจให้สงบ นึกคิดถึงสิ่งต่าง ๆ ในทางที่ดี หมั่นออกกำลังกายสม่ำเสมอ

2.1.5 การป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

การค้นพบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด เช่น อาหารที่มีคอเลสเตอรอลหรือไขมันอิ่มตัวสูง ความดันโลหิต การสูบบุหรี่ เป็นต้น การป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

1. การป้องกันขั้นแรก (Primary Prevention) เป็นการป้องกันในขณะที่โรคยังไม่เกิดอาการของโรค
2. การป้องกันขั้นที่สอง (Secondary Prevention) เป็นการป้องกันเมื่อโรคเกิดขึ้นแล้ว

2.1.6 แนวคิดด้านพฤติกรรมบริโภคกับโรคหัวใจขาดเลือด

ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการบริโภคไขมันและแคลอรีเกินความต้องการของร่างกาย กนกพร หมู่พยัคฆ์ (2539) รายงานว่าจากการศึกษาของคูชิ (Kushi, 1985) เฮียร์แมน (Hjermand, 1981) เซอเกล (Shekelle, 1981) และบริเวอร์ (Brewer, 1975) ในชุมชนเกี่ยวกับผลของการรับประทานอาหารประเภทไขมันต่อระดับคอเลสเตอรอลในเลือดและอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าชุมชนที่บริโภคอาหารไขมันต่ำมีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดและอุบัติการณ์เกิดโรคหัวใจขาดเลือดต่ำกว่าชุมชนที่บริโภคไขมันสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของธูเซน และเฮนริกเซน (Thuesen & Henriksen, 1986) ในผู้ป่วยที่มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง โดยให้รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำเป็นระยะเวลา 3 เดือน ถึง 1 ปี พบว่าระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยเหล่านั้นลดลง ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าการบริโภคอาหารที่ไขมันต่ำจะทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดต่ำด้วย และสำหรับเรื่องของคอเลสเตอรอลในอาหาร ฟิชเชอร์ (Fisher, 1986) เชฟเฟิร์ด (Shephred, 1980) อาเรน (Ahrens, 1957) กล่าวว่าปริมาณไขมันและคอเลสเตอรอลตลอดจนอาหารมันต่าง ๆ มีผลต่อระดับคอเลสเตอรอลในเลือด

เฮกสเต็ด และคณะ (Hegsted, et al. 1986) ได้รวบรวมและสรุปค่าปริมาณคอเลสเตอรอลที่บริโภค พบว่าการบริโภคคอเลสเตอรอลเพิ่ม 1 และ 100 มิลลิกรัมในอาหาร 1,000 และ 2,500 แคลอรี จะมีผลทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น 0.1 และ 4 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ จึงกล่าวได้ว่าการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงจะทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้นด้วย

นอกจากนี้ยังพบว่ากรดไขมันชนิดอิ่มตัว (Saturated Fatty Acid) ซึ่งพบมากในไขมันจากสัตว์ เช่น เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ไข่ หนังของสัตว์ต่าง ๆ อาหารทะเล และไขมันจากพืชบางชนิด เช่น มะพร้าว ปาล์ม ไขมันชนิดอิ่มตัวเหล่านี้ มีผลต่อการเพิ่มระดับคอเลสเตอรอลในเลือดด้วยเช่นกัน

อาหารคาร์โบไฮเดรต การบริโภคน้ำตาลมากเกินไปก่อให้เกิดการสร้างไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลเสียต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและอาจส่งผลให้เกิดการเพิ่มของไขมันโคเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (Low Density Lipoprotein : LDL) และการลดไขมันโคเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นสูง (High Density Lipoprotein : HDL) ซึ่งเป็นตัวป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงได้มีการเสนอแนะให้มีการบริโภคสารคาร์โบไฮเดรตในรูปของน้ำตาลแต่เพียงเล็กน้อย แต่ให้เปลี่ยนไปบริโภคข้าวและแป้ง ซึ่งเป็นส่วนประกอบของโมเลกุลซับซ้อนให้มากขึ้น

อาหารโปรตีน ได้มีการศึกษาทดลองในสัตว์ทดลองพบว่า การให้โปรตีนจากพืช เช่น ถั่วเหลือง สามารถลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ เมื่อเทียบกับการให้โปรตีนจากสัตว์และสำหรับการศึกษาในมนุษย์พบว่า ถ้าได้รับโปรตีนจากถั่วเหลืองแทนโปรตีนจากสัตว์จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลดลงประมาณร้อยละ 5

ปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อระดับโคเลสเตอรอล ถ้าร่างกายได้รับพลังงานมากกว่าความต้องการ พลังงานส่วนนี้จะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันไปสะสมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และถ้าเป็นไขมันชนิดอิ่มตัวจะมีผลทำให้ระดับโคเลสเตอรอลสูงขึ้น และจากการศึกษาพบว่าอาหารฟาสต์ฟู้ดของชาวตะวันตกและอาหารไทยกับปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อระดับโคเลสเตอรอลพบว่าอาหารจานเดียว เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ข้าวผัด และก๋วยเตี๋ยวผัดชนิดต่าง ๆ เป็นอาหารที่ให้พลังงานและไขมันสูง ส่วนอาหารฟาสต์ฟู้ดของชาวตะวันตก เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ ไก่ทอด แซนวิช ซึ่งจะให้พลังงาน 900-1,800 แคลอรีต่อมื้อ ขณะที่ร่างกายต้องการพลังงานเพียง 2,000-2,800 แคลอรีต่อวันเท่านั้น (กนกพร หมูพัยค์. 2539)

จะเห็นได้ว่าการรับประทานอาหารไขมัน คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และอาหารที่มีแคลอรีสูง จะทำให้ร่างกายมีระดับโคเลสเตอรอลสูงขึ้นได้ด้วย การที่ระดับโคเลสเตอรอลสูงจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงเกิดการแข็งตัวซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญในการนำไปสู่โรคหัวใจขาดเลือดได้

2.1.7 แนวคิดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่กับโรคหัวใจขาดเลือด

ผู้ที่สูบบุหรี่มากและเป็นประจำมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่จัดถึงวันละ 20 มวน มีสถิติการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึง 4 เท่า ทั้งนี้เพราะการสูบบุหรี่มีผลร้ายต่อร่างกาย เนื่องจากการสูบบุหรี่มีผลทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง จากปัจจัยสองประการคือ

1. นิโคติน (Nicotine) ซึ่งเป็นสารที่มีอยู่ในตัวบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่ที่สูดอัดควันบุหรี่เข้าสู่ปอด นิโคตินจะออกฤทธิ์กระตุ้นให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมนแคทีโคลามีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและระดับความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจจึงต้องทำงานหนักขึ้น

2. คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon Monoxide) เป็นก๊าซซึ่งเกิดขึ้นจากการเผาไหม้บูหรี่เมื่อผู้สูบบุหรี่สูดเอาก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์เข้าสู่ร่างกาย คาร์บอนมอนอกไซด์จะแย่งที่ออกซิเจนในการจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงถึงร้อยละ 20.0 ทำให้การขนถ่ายออกซิเจนโดยฮีโมโกลบินสู่อวัยวะต่าง ๆ รวมทั้งหัวใจลดลง ดังได้กล่าวแล้วในเรื่องนี้ โคนิดินว่าหัวใจเต้นเร็วขึ้น และระดับความดันโลหิตสูงขึ้นด้วย ภาวะดังกล่าวนี้ทำให้หัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น แต่ผลจากคาร์บอนมอนอกไซด์ไปแย่งที่ออกซิเจนในการจับกับฮีโมโกลบินนี้เองทำให้หัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

ผลของการสูบบุหรี่ทำให้ระดับไขมันในเลือดของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีระดับ LDL ในเลือดสูงขึ้น ส่วนระดับ HDL ในเลือดจะลดต่ำลง การเปลี่ยนแปลงนี้จึงมีส่วนทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้

Pooling Project Research Group ได้ทำการศึกษาประชากรจำนวน 7,000 คน เป็นเวลา 8.6 ปี พบว่าประชาชนที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน (1 ซอง) เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็น 3 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

ผู้ที่สูบบุหรี่หรือไปป์ที่มีวิธีการสูบ คือ ฟันควันออกทางปาก ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่ากลุ่มสูบบุหรี่ ซึ่งมีวิธีการสูบโดยสูดควันเข้าปอด และถึงแม้ว่าผู้สูบบุหรี่จะเปลี่ยนไปสูบบุหรี่หรือไปป์แทน แต่ยังไม่สามารถเปลี่ยนวิธีการสูบ ซึ่งบุคคลที่สูดควันบุหรี่เข้าสู่ปอดยังคงเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่ากับผู้สูบบุหรี่เช่นเดิม (นภาพร แก้วนิมิตชัย, 2539)

ตั้งแต่ปี 2526 ปรธานศัลยแพทย์ของสหรัฐอเมริกาสรุปว่า “การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทั้งชายและหญิงอเมริกัน” จากรายงานการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าในกลุ่มผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสหรือมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูบบุหรี่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือมีไขมันในเลือดสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอีก 1.5 เท่า แต่หากผู้สูบบุหรี่นั้นเป็นทั้งความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงจะเสี่ยงต่อโรคหัวใจถึง 8 เท่าของคนทั่วไป โดยเฉลี่ยแล้วผู้ติดบุหรี่จะพบว่าเส้นเลือดเสื่อมและเกิดความตีบตันเร็วกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 10-15 ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า 1 ใน 4 หรือร้อยละ 25.0 ของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นผลจากการสูบบุหรี่

ในสตรีสูบบุหรี่ที่ได้รับประทานยาคุมกำเนิดจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบมากกว่าสตรีทั่วไปถึงเกือบ 40 เท่า และยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดสมองตีบและเกิดโรคระบบหลอดเลือดสูงกว่าสตรีทั่วไปด้วย นอกจากนี้ผู้สูบบุหรี่ยังมีความเสี่ยงจากการเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 10 เท่า โดยความเสี่ยงจะเพิ่มจากจำนวนบุหรี่ที่สูบและในกลุ่มผู้ที่เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันนั้น ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) จะเสียชีวิตในที่เกิดเหตุเลย และอีก ร้อยละ 25.0 จะไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาล (เอกสารเผยแพร่ สถาบันบริโภคนิยาศาสตร์ : กระทรวงสาธารณสุข)

2.1.8 แนวคิดด้านความเครียดกับโรคหัวใจขาดเลือด

ความเครียดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต แต่ถ้ามีความเครียดมากเกินไปก็เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (Crider and Others. 1983) ทุกคนย่อมมีประสบการณ์กับความเครียดโดยเฉพาะอย่างยิ่งความเครียดที่เกิดจากการทำงานเพราะเวลาส่วนใหญ่ของมนุษย์ถูกใช้ไปในการทำงาน(มณฑาทิพย์. 2538) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเครียด สรุปได้ว่าความเครียดมีอิทธิพลที่สำคัญ 2 ประการ คือ อิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมและภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจ และอิทธิพลต่อการทำงานและองค์กร

อิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมและภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจเป็นอิทธิพลของความเครียดที่ก่อให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์เริ่มจากความไม่สบายใจ หงุดหงิด ว้าวุ่นใจ จนกระทั่งนำไปสู่พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ เช่น นอนไม่หลับ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ไม่มีสมาธิ ขาดวิจารณญาณในการตัดสินใจ ตัดสินใจ เหี้ยมโหด ในที่สุดจะเกิดภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ และอาจถึงแก่ชีวิตในที่สุด ถ้าความเครียดเรื้อรังเกิดควบคู่ไปกับเจ็บป่วยเรื้อรัง (Quick and Other. 1992)

ความเครียดเป็นประสบการณ์ชีวิตที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เพราะความเครียดเป็นผลมาจากการที่มนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (Kneisl and Others. 1992) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่กระตุ้นและตอบสนองซึ่งกันและกัน เมื่อขาดความสมดุลจะทำให้เกิดความเครียดซึ่งส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ขบวนการคิด สุขภาพ และศักยภาพในการปฏิบัติงาน มณฑาทิพย์ (2538) ได้อธิบายความหมายของความเครียดในการทำงานไว้ว่าความเครียดในการทำงาน หมายถึงภาวะในการทำงานที่ส่งผลให้พนักงานเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ เกิดการเสียสมดุลของร่างกายซึ่งมีผลทั้งทางบวกและทางลบ

ความเครียดจากการทำงาน หมายถึงภาวะการคุกคามจากปัจจัยที่เกี่ยวกับงาน เช่น งานมากเกินไป ความสับสนในบทบาท ความขัดแย้งในบทบาท งานที่ต้องรับผิดชอบสูง สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในการทำงานไม่ดี และสภาพการทำงานที่ไม่ดี ได้แบ่งระดับความเครียดตามผลกระทบของความเครียดต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของบุคคลไว้เป็น 4 ระดับ ดังนี้ (มณฑาทิพย์. 2538)

1. ความเครียดระดับที่ 1 (Level 1) เป็นความเครียดชั่วคราว เป็นผลให้เกิดการเพิ่มของอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และมีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญ (Metabolism) ในร่างกาย

2. ความเครียดระดับที่ 2 (Level 2) เป็นความเครียดที่เพิ่มความรุนแรงขึ้น มีผลกระทบต่อสุขภาพจิต คือ มีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ วิตกกังวล ตกใจง่าย มีอาการของความเครียดระดับที่ 1 เป็นเวลานาน

3. ความเครียดระดับที่ 3 (Level 3) เป็นความเครียดที่รุนแรงขึ้นทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ อาหารไม่ย่อย เจ็บหน้าอก ต้องปรึกษาแพทย์เพื่อบรรเทาอาการ

4. ความเครียดระดับที่ 4 (Level 4) เป็นความเครียดระดับรุนแรงที่สุด ทำให้เกิดอาการเป็นแผลในกระเพาะอาหาร เป็นลมบ่อย ตึคสุรา ตึคยาคลายเครียดหรือยาระงับประสาท มีอาการทางจิตประสาทที่บ่งชี้ความรุนแรงของความเครียด และอาจรุนแรงถึงหัวใจหยุดเต้นได้

เมื่อคนเราเกิดความเครียดก็จะเกิดปฏิกิริยาเคมีในร่างกายโดยไฟฟ้าในสมองจะทำให้ต่อมไฮโปธาลามัสสร้างร่างกายให้ต่อมพิทูอิทารีหลั่งฮอร์โมน Adrenocorticotropic (ACTH) ACTH จะเข้าไปในกระแสเลือดส่งผลไปถึงไตทำให้ต่อมหมวกไตหลั่งคอร์ติโซลและอิพิเนพรีนซึ่งมีผลกระทบต่ออวัยวะทุกส่วน ขณะที่ฮอร์โมนอิพิเนพรีนทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น กระเพาะอาหารหลั่งกรดที่ทำการเผาผลาญอาหารเร็วขึ้นทำให้โปรตีนแตกตัวเร็วขึ้นทั่วร่างกาย กระทบบเจริญพันธุ์และเสียสมดุลฮอร์โมนเพศหญิง ส่วนไตหลั่ง Renin ทำให้หลอดเลือดบีบตัว ระดับคอร์ติโซลที่สูงขึ้นทำอันตรายต่อการผลิตเม็ดเลือดขาว ม้าม และไขมัน อาจกดตัวทำให้ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง

ความเครียดจึงมีส่วนกระตุ้นให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และการหลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลีน คอร์ติซอลเพิ่มขึ้นทำให้ร่างกายมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น นำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้เช่นกัน (ศุภชัย, 2520)

ผู้ที่มีความตึงเครียดทางจิตใจอยู่เสมอ มีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนที่จิตใจสงบ จากรายงานพบว่าคนจีโมโห หงุดหงิด ก้าวร้าว ชอบแข่งขัน แข่งกับเวลา รีบร้อน พยายามทำงานมาก ๆ ในเวลาที่น้อยที่สุด พยายามทำงานหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน เป็นคนไม่อดทนทำอะไรต้องการผลรวดเร็ว ใจร้อน เป็นกลุ่มที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย และการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ (วีรุฒิ เอกกมลกุล, 2541)

2.1.9 แนวคิดเกี่ยวกับการขาดการออกกำลังกาย กับโรคหัวใจขาดเลือด

การออกกำลังกายมีส่วนทำให้มีการใช้แรงกล้ามเนื้อและร่างกายได้เคลื่อนไหว โดยทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นประจำสม่ำเสมอ มีผลต่อสุขภาพทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงสามารถป้องกันโรค (วิภา และคณะ, 2541) ทั้งนี้ได้กล่าวถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการออกกำลังกายไว้ 3 ประการหลัก ๆ คือ

1. มีสมรรถภาพทางกายที่ดี ส่วนประกอบของสมรรถภาพทางกายมีหลายชนิด อาทิ สมรรถภาพทางกายในด้านความยืดหยุ่นอ่อนตัวของร่างกาย (Flexibility) ความแข็งแรง (Strength) หรือความทนทาน (Endurance or Stamina) เป็นต้น แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดของการออกกำลังกาย คือ สมรรถภาพที่เกี่ยวข้องกับการไหลเวียนของโลหิต (Cardio Vascular Circular Fitness) เพราะ

สมรรถภาพทางกายในลักษณะนี้สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจนถึงผลการเปลี่ยนแปลงจากการออกกำลังกาย การออกกำลังกายสามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานโดยปราศจากความเหนื่อย บุคคลที่มีสมรรถภาพทางกายดีขึ้นจะมีร่างกายที่ทนทาน เพราะการออกกำลังกายเช่นนี้ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น จึงส่งผลทำให้บุคคลที่มีสมรรถภาพทางกายดีมีความรู้สึกลึกซึ้งนอนหลับง่าย ตลอดจนช่วยให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบการย่อยอาหารทำงานได้เป็นปกติ เป็นต้น

2. ลดอัตราการเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ในประเทศที่ประชาชนมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ประกอบด้วยไขมันพบว่าจะมีอัตราเสี่ยงต่อโรคหัวใจต่ำ นอกจากนั้นแม้แต่ผู้ป่วยโรคหัวใจถ้าได้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับสภาพของหัวใจของตน ก็จะทำให้สภาพของหัวใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพดีขึ้น มีผลทำให้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดหัวใจวายน้อยลง ลดอัตราการเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจได้ โดยการออกกำลังกายทำให้ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจต่ำลงหัวใจจึงใช้ออกซิเจนน้อยลง ระดับของไขมันในเส้นเลือดก็จะต่ำลง ทั้งนี้เนื่องจากการออกกำลังกายสามารถละลายไขมันที่มีอยู่ในเส้นเลือด หัวใจก็จะมีสมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น

3. การควบคุมน้ำหนักและสัดส่วนของร่างกาย การออกกำลังกายโดยรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง มีประโยชน์ไม่มากต่อการควบคุมและลดน้ำหนัก การออกกำลังกายจะเกิดประโยชน์อย่างแท้จริงก็ต่อเมื่อรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ซึ่งต้องปฏิบัติควบคู่กันไปเพื่อให้ได้ผลที่แน่นอนในการลดน้ำหนัก นั่นคือความอ้วนลดลงและสัดส่วนร่างกายจะเปลี่ยนไปซึ่งเกณฑ์ในการประเมินภาวะโภชนาการ โดยคณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลกได้พิจารณากำหนดเกณฑ์การตัดสินใจของค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งหมายถึงระดับของการมีน้ำหนักตัวเกินออกเป็น 3 ระดับ คือ 25, 30 และ 40 กก./ม.² ค่าดัชนีมวลกายปกติจะอยู่ในช่วง 18.5–24.9 กก./ม.² และระดับที่เป็นภาวะขาดสารอาหารจะมีค่าดัชนีมวลกายที่ต่ำกว่า 18.5 กก./ม.² อีก 3 ระดับ ซึ่งดัชนีมวลกายเป็นการประเมินภาวะโภชนาการของร่างกายว่าอยู่ในภาวะอ้วน ปกติ หรือขาดสารอาหาร เป็นค่าที่ได้จากการคำนวณโดยใช้น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูง (เมตร)² เขียนเป็นสูตรได้ดังนี้

$$\text{ดัชนีความหนาของร่างกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กก.)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

ดังแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1

ดัชนีมวลกายและเกณฑ์การตัดสินในการประเมินภาวะทุพโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ	ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)
อ้วน (Obesity)	
Grade 1	25 – 29.99
Grade 2	30 – 39.33
Grade 3	≥ 40
ปกติ (Normal)	18.5 – 24.99
ขาดอาหาร (Protein Energy Malnutrition)	
Grade 1 Mild Thinness	17.0 – 18.49
Grade 2 Moderate	16.0 – 16.99
Grade 3 Severe	< 16.0

ที่มา : ประณีต ผ่องแผ้ว. 2539

การออกกำลังกายมีส่วนช่วยในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดโดยการลดปริมาณโคเลสเตอรอลและ LDL และเพิ่มปริมาณ HDL ซึ่งเท่ากับเป็นการลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ในสหรัฐอเมริกาจากการศึกษาระบาดวิทยาพบว่าคนที่ออกกำลังกายแบบเบา ๆ หรือใช้พลังงานน้อยกว่า 2,000 แคลอรีต่อวัน กับคนที่ไม่ได้ออกกำลังกายเลย มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (Heart Attack) เท่ากัน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 65 ของคนที่ใช้พลังงานมากกว่าวันละ 2,000 แคลอรี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แพฟเฟินบาร์เกอร์ และคณะ (Paffenbarger, et al. 1978) ที่พบว่าผู้ที่ออกกำลังกายทุกวัน มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดต่ำกว่าคนที่ไม่ออกกำลังกาย และในกลุ่มคนที่เคยออกกำลังกายมาก่อนแต่ต่อมาหยุดการออกกำลังกาย พบว่าไม่มีผลต่อการลดอุบัติการณ์เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเช่นเดียวกับคนที่ไม่ได้ออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) เพื่อเสริมสร้างความอดทนของการทำงานของปอดและหัวใจ มีผลทำให้อัตราชีพจรขณะพักต่ำลง ความดันโลหิตลดลง ช่วยลดไขมันที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เป็นผลทำให้ปอดและหัวใจตลอดจนระบบไหลเวียนเส้นเลือดแข็งแรง ตัวอย่างเช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน กระโดดเชือกและว่ายน้ำ และต้องประกอบด้วยหลัก 3 ประการ คือ หนักพอ นานพอ และบ่อยพอ โดยการออกกำลังกายที่ใช้แรงน้อยแต่กระทำติดต่อกันเป็นระยะเวลาานานพอที่จะมีผลทำให้เกิดความอดทนของปอดและหัวใจ (ศิริรัตน์ หิรัญรัตน์. 2539)

การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ต้องใช้ออกซิเจนในการเคลื่อนไหวนส่วนต่าง ๆ ของร่างกายด้วยความเร็วในจังหวะสม่ำเสมอ ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นการทำงานของปอดและหัวใจอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจจะต้องเพิ่มขึ้นจนถึงอัตราที่เป็นเป้าหมายคือ ร้อยละ 65.0–80.0 ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ โดยคำนวณได้จากสูตร

$$\text{อัตราการเต้นของหัวใจ} = 220 - \text{อายุ}$$

การออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะต้องเป็นการออกกำลังกายที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลาประมาณ 20–40 นาที เป็นประจำทุกวันหรืออย่างน้อย 3–4 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งร่างกายจะมีการปรับตัวโดยการหายใจแรงและเร็วขึ้นเพื่อนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายให้เพียงพอกับการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอด หัวใจเต้นเร็ว และแรงมากขึ้น เพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายและหลอดเลือดขยายตัว เพื่อนำเลือดไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งการออกกำลังกายแบบแอโรบิกแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มเบา เป็นการออกกำลังกายอย่างเต็มที่ภายในระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที หรือใช้กำลังเพียงบางส่วนและมีช่วงพักนานจนเกือบหายใจเหนื่อยหรือหายใจเหนื่อย และมีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาที ซึ่งใช้พลังงาน 2–3 แคลอรีต่อนาที (เสาวนีย์, 2532) ได้แก่ ยิงปืน กรีฑา ลาน เปตอง (ศิริรัตน์ หิรัญรัตน์, 2539)

2. กลุ่มปานกลาง เป็นการออกกำลังกายแรงปานกลางติดต่อกันไม่เกิน 30 นาทีหรือน้อยกว่า 1 ชั่วโมง และมีช่วงพักจนเกือบหายใจเหนื่อยหรือหายใจเหนื่อย และมีอัตราการเต้นของหัวใจประมาณ 100–124 ครั้งต่อนาที ใช้พลังงาน 4–5 แคลอรีต่อนาที (เสาวนีย์, 2532) ได้แก่ ปิงปอง ยูโด ว่ายน้ำ การวิ่งเอาระยะทาง เดินเร็ว ตะกร้อ เต้นแอโรบิก รำมวยจีน กายบริหาร สเต็ป เป็นต้น (ศิริรัตน์ หิรัญรัตน์, 2539)

3. กลุ่มหนัก เป็นการออกกำลังกายในระดับปานกลางติดต่อกันเป็นเวลานานเกินกว่า 1 ชั่วโมง และมีอัตราการเต้นของหัวใจประมาณ 125 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป ใช้พลังงาน 8 แคลอรีต่อนาที (เสาวนีย์, 2532) ได้แก่ เทนนิส แบดมินตัน วอลเลย์บอล บาสเกตบอล รักบี้ ฟุตบอล ชกมวย กระเชียงเรือ เป็นต้น (ศิริรัตน์ หิรัญรัตน์, 2539)

โดยปกติทั่วไปร่างกายต้องใช้พลังงานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ซึ่งมีรายละเอียดของปริมาณพลังงานที่ถูกนำมาเผาผลาญในกิจกรรมต่าง ๆ (ตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.2

กิจกรรมในชีวิตประจำวันกับปริมาณพลังงานที่ถูกเผาผลาญ

กิจกรรม	แคลอรี/กก./ชม.	กิจกรรม	แคลอรี/กก./ชม.
เดินขึ้น – ลงบันได 14 ขั้น	0.012	เดินรำจังหวะพอกว	3.8
นั่ง	0.4	เล่นปิงปอง	4.4
ยืนทำงาน ยืนตามสบาย	0.6	เล่นเทนนิส	5.0
ขับรถยนต์	0.9	เดินแอโรบิก	7.0
รีดผ้า ล้างชาม	1.0	วิ่ง	7.0
ล้างพื้นห้อง	1.2	ขี่จักรยานเร็วมาก	7.6
ซักผ้า	1.3	ว่ายน้ำ (ช้า โมงละ 2 ไมล์)	7.9
กวาดพื้น	1.4	เดินเร็วมาก (ช้า โมงละ 5.3 ไมล์)	8.3
เล่นกอล์ฟ	1.5	เล่นสกี	10.3
เดินช้า ๆ (ช้า โมงละ 3 ไมล์)	2.0	ตอยมวย	11.4
ขี่จักรยานความเร็วพอกว	2.5	กระเชียงเรือแข่ง	16.0
เดินเร็ว (ช้า โมงละ 4 ไมล์)	3.4		

ที่มา : เสาวนีย์. 2532

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการขาดการออกกำลังกายที่สม่ำเสมออาจนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจชนิดหัวใจขาดเลือด ซึ่งสอดคล้องกับการขาดการออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2541) ด้วยเหตุนี้เพื่อป้องกันและลดอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดจึงควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีระยะเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 20 นาที ซึ่งการออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดและหัวใจ

จากการสำรวจพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อของคนไทยโดยสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ 2539 พบว่าผู้ที่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 35–69 ปี ออกกำลังกายเพียงร้อยละ 32.1 และผู้ที่อยู่ในวัย 15–34 ปี ออกกำลังกายร้อยละ 50.7 และยังพบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีการออกกำลังกายน้อยกว่าผู้าศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตกรุงเทพมหานคร (ภักดี. 2542)

2.1.10 ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของการเพิ่มโอกาสที่จะเจ็บป่วยจากโรคการเสื่อมสุขภาพหรือการได้รับบาดเจ็บมากขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสการทำลายสุขภาพหลอดเลือดของคนในสังคมไทย ปัจจุบันที่ทุกคนควรทราบเรียงตามลำดับความสำคัญได้ดังนี้ คือ ภาวะความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ภาวะไขมันผิดปกติ การรับประทานอาหารไม่ได้สัดส่วน และรับประทานเกินความต้องการของร่างกาย ขาดการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายไม่เพียงพอ โรคเบาหวาน ความอ้วน และการดื่มแอลกอฮอล์

เป็นปริมาณมาก ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ เป็นสิ่งที่สามารถหลีกเลี่ยงและป้องกันได้ อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ อีกหลายปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ อายุ เพศ และพันธุกรรม เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดอาจแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย. 2537) มีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (สุนทรี ภาณุทัต และคณะ. 2533) ประกอบด้วย

1.1 อายุ ภาวะหลอดเลือดหัวใจแข็งมักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลอายุมากขึ้นจึงเชื่อว่าเป็นกระบวนการเสื่อมสลายของหลอดเลือด ผู้ที่มีอายุมากจึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคมกกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

1.2 เพศ ภาวะหลอดเลือดหัวใจแข็งพบบ่อยในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เฉพาะก่อนวัย 45 ปี ในหญิงที่หมดประจำเดือนแล้ว จะพบได้บ่อยจนใกล้เคียงกับเพศชาย เชื่อกันว่าฮอร์โมนเอสโตรเจนของเพศหญิงมีฤทธิ์ป้องกันการเกิดภาวะนี้ โดยมีการเพิ่ม HDL ส่วนฮอร์โมนเพศชายมีฤทธิ์ส่งเสริมการเกิดภาวะดังกล่าว

1.3 พันธุกรรม ในครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคหัวใจหรือไขมันในเลือดสูงจะทำให้คนในครอบครัวมีความเสี่ยงสูงต่อโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้มากกว่าผู้ที่ไม่มียีนผิดปกติ (พรรณิ เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. 2536)

1.4 เชื้อชาติคนผิวดำมีโอกาสเป็นมากกว่าคนผิวขาว

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้หรือสามารถหลีกเลี่ยงได้ ได้แก่

2.1 ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เชื่อกันว่าในภาวะความดันโลหิตสูงจะเกี่ยวข้องกับการมีปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac Output) เพิ่มขึ้น ผนังหลอดเลือดจะบีบตัวแรงเนื่องจากต่อต้านกับแรงดันของหลอดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้นจนทำให้การไหลเวียนของเลือดไปยังอวัยวะและเนื้อเยื่อต่าง ๆ เป็นไปอย่างไม่สะดวก แรงกระแทกนี้เป็นอันตรายซึ่งจะทำลายผนังหลอดเลือดให้เป็นผล ร่างกายจึงเกิดกลไกทางชีวเคมีในขั้นตอนของการเกิดโลหิตแข็งตัวเพื่อซ่อมแซม โดยมีเกร็ดเลือดไปเกาะจับบริเวณที่พยาธิสภาพนั้นทำให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดเกิดการขยายตัวและสูญเสียความยืดหยุ่น แรงดันโลหิตที่สูงอยู่นาน ๆ จะทำให้มีสารพวกที่เป็นไขมันไปเกาะติดได้ง่าย ซึ่งเป็นตัวเร่งให้หลอดเลือดเกิดการตีบ ตัน หรือแตกได้เร็วขึ้น (พรรณิ เสถียรโชค. 2536 อ้างอิงใน อภิชาติ ไตรแสง. 2540)

2.2 การสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจ โดยทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น และพบว่าร้อยละ 70 ของผู้ที่มีอายุ 60 ปีเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมีสาเหตุมาจากบุหรี่ (Burns. 2000) เนื่องจากในบุหรี่จะมีสารพิษหลายชนิดที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเมื่อสูบบองโดยตรงหรือสูดควันเข้าไปจากการอยู่ใกล้ผู้คนที่กำลังสูบบุหรี่ (Secondary Smoking) เป็นเวลา

ติดต่อกันนาน ๆ ทำให้สามารถทำลายผนังส่วนในของหลอดเลือดได้ นอกจากนั้นในหนูหรือยังมีสารนิโคตินที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ Catecholamine ซึ่งปล่อยออกมาจากการตกตะกอนของเกร็ดเลือด (Platelet Aggregation) เพิ่มมากขึ้นและเกิดการเปลี่ยนแปลงของไขมันต่าง ๆ นิโคตินจะลดอัตราส่วนของ HDL ต่อ LDL โดยทำให้ไขมันคอเลสเตอรอลชนิดที่เป็นประโยชน์ (HDL) ลดลงได้มากถึงร้อยละ 15.0 ทำให้คราบไขมันมาพอกได้สะดวกขึ้น ซึ่งเสริมให้ภาวะหลอดเลือดตีบแข็งมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (พรณี เสธิยโชค. 2536)

2.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง ได้มีการพิสูจน์แล้วว่าระดับไขมันสูงในเลือดโดยเฉพาะโคเลสเตอรอล (Total Cholesterol) และโคเลสเตอรอลชนิดที่ไปโปรตีน Low Density Lipoprotein (LDL) เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเส้นเลือดแดงตีบตัน การลดไขมันโคเลสเตอรอล และ LDL จะทำให้สภาวะหลอดเลือดแดงตีบตันดีขึ้น และลดอัตราการตายของโรคเส้นเลือดแดงของหัวใจตีบตันได้ High Density Lipoprotein (HDL) เป็นไขมันที่ดีที่นำไขมันตัวอื่น ๆ ออกจากเซลล์ ฉะนั้นผู้ที่มี HDL สูงจะเป็นตัวป้องกันไม่ให้เส้นเลือดแข็งตัว ส่วนไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ถ้าสูงขึ้นก็จะทำให้สภาวะเส้นเลือดแข็งตัวได้ง่าย โดยเฉพาะที่ร่วมกับโคเลสเตอรอลสูง หรือ HDL ต่ำ ควรจะรักษาระดับโคเลสเตอรอลให้ต่ำกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

2.4 โรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็โรคเบาหวานนาน ๆ จะมีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนปกติโดยมีโอกาเกิดในชาย 2 เท่า และในหญิง 5 เท่า (ถาวรสุทธิไชยกุล. 2539) การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน คือ ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเมื่ออดอาหารและน้ำเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose/Fasting Blood Sugar : FBS) ตั้งแต่ 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตรขึ้นไปเป็นผู้ป่วยเบาหวาน และระดับ 70-110 มิลลิกรัม/เดซิลิตรเป็นระดับน้ำตาลปกติ และระดับน้ำตาลที่เกิน 110 แต่ไม่ถึง 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ถือว่าเป็นระดับก้ำกึ่ง การมีน้ำตาลในเลือดสูงทำให้หลอดเลือดแข็งตัวและเกิดความผิดปกติของการเกาะตัวของเกร็ดเลือดทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ (สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยและกระทรวงสาธารณสุข. 2537)

2.5 ความเครียดและความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความดันโลหิต การมีความเครียดที่มากเกินไปเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (อมรากลุ อิน โอลานนท์. 2534) เนื่องจากความเครียดจะไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้มีการหลั่งสารอิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไต ทำให้หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวแรงขึ้น การที่หลอดเลือดหัวใจหดตัวนั้นส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด กลไกที่แท้จริงไม่ทราบ แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทซิมพาเทติกและแคททีโคลามีนที่สูงขึ้น ซึ่งอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของการยึดหยุ่นของหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง นอกจากนี้ภาวะเครียดยังอาจสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหลอดเลือดอุดตันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของเกร็ดเลือดทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้

2.6 การออกกำลังกายและลักษณะการใช้ชีวิต การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ทำให้กล้ามเนื้อและหัวใจแข็งแรงมากขึ้น ระบบไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงหัวใจดีขึ้น และช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (Richardson. 2000) การออกกำลังกายแบบแอโรบิคติดต่อกันประมาณ 30 นาที สามารถช่วยลดไขมันในเลือดได้นานถึง 48 ชั่วโมง หรือ 2 วัน เพิ่มการเผาผลาญไขมันและโปรตีนในเลือดได้ และพบว่าคนที่ทำงานที่ต้องออกแรงมาก ๆ จะเกิดโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่าคนที่ทำงานนั่งโต๊ะ (เสก อักษรานุเคราะห์. 2524) คนที่นั่ง ๆ นอน ๆ ทั้งวัน โดยที่ไม่ออกกำลังกายหรือไม่ชอบเคลื่อนไหวร่างกายจะทำให้ระดับไขมัน HDL ลดลงวงการแพทย์วิจัยพบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิคเพิ่มไขมันแบบ HDL ได้

2.7 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มคาเฟอีน แอลกอฮอล์เป็นสารกระตุ้นหัวใจให้เต้นเร็วผิดปกติและสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจปริมาณมาก ทำให้ความดันโลหิตที่สูงขึ้นไป กระแทกหลอดเลือดทั่วร่างกายมีผลทำให้หลอดเลือดแข็งและตีบ นอกจากนี้พบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมาก ๆ และดื่มเป็นประจำจะตรวจพบว่ามีไขมันในเลือดสูง (สุเอ็ด คชเสนี. 2531) และในบุคคลปกติ หญิงไม่ควรดื่มเกินวันละ 2 แก้วต่อวัน ชายไม่ควรเกินวันละ 3 แก้วต่อวัน เพราะจะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (กรมการแพทย์. ม.ป.ป.) ส่วนเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนที่เป็นสารกระตุ้นประสาทพบได้ในชาและกาแฟเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ยังพบว่ามีในช็อกโกแลตและเครื่องดื่มประเภทโคล่า ในผู้ที่ปกติการดื่มกาแฟเกินวันละ 2 ถ้วย ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นเล็กน้อยและมีความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น ถ้าดื่มมากกว่าวันละ 5-6 ถ้วย จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจเพิ่มมากขึ้น (เกษม วัฒนชัย. 2532)

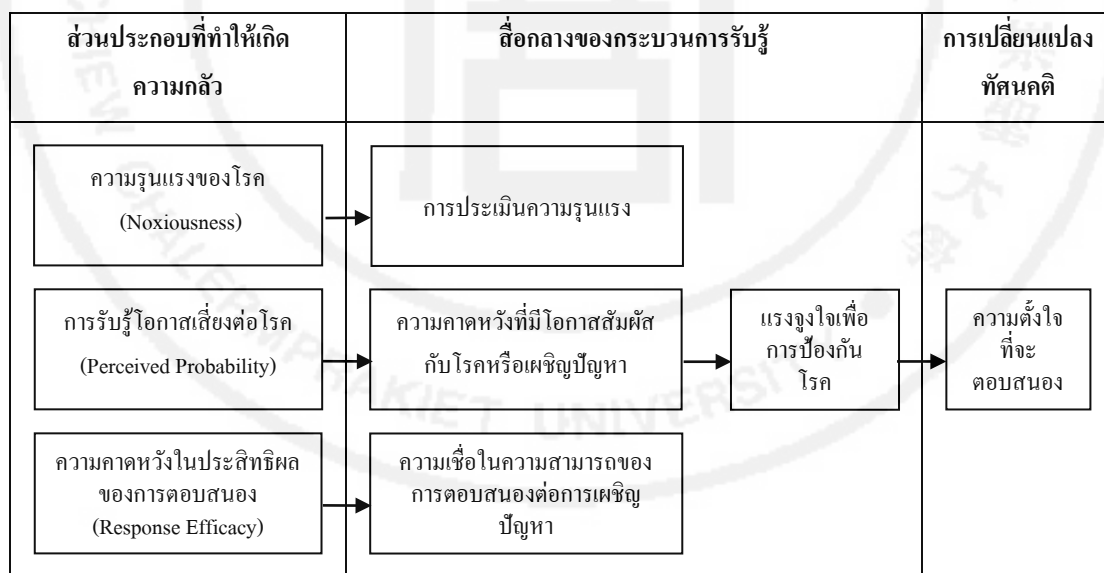
2.8 ความอ้วน คนที่อ้วนมักจะพบว่ามีโรคหลอดเลือดแข็งได้บ่อยแต่อาจจะเป็นเพราะว่าคนอ้วนมักจะมีโรคอื่น ๆ แทรกด้วย เช่น ความดันเลือดสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะ LDL และพบว่ามี HDL ต่ำ และคนอ้วนที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวก็อาจพบหลอดเลือดแข็งได้แต่ไม่มากนัก (สุนทรี ภาณุทัต และคณะ. 2533)

2.2 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค

แรงจูงใจ หมายถึงกระบวนการหรือสภาพการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในอินทรีย์นั้น ๆ ซึ่งทำให้อินทรีย์นั้นเริ่มก่อให้เกิดกิจกรรมบางอย่างใดอย่างหนึ่ง การที่เราจะทำอะไรอย่างหนึ่งจะต้องมีแรงผลักดันที่เป็นตัวการชักนำให้เราทำอย่างนั้น สิ่งชักนำให้เราแสดงออกนั้นเรามองไม่เห็น แต่เราทราบได้ว่ามีหรือไม่มีก็ดูที่พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาปรากฏให้เห็นได้ แรงผลักดันก่อให้เกิดพลังงานแล้วนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เรียกว่า การจูงใจ (เฉลิมพล ตันสกุล. 2541)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory) เกิดขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1975 (Rogers & Mackay. 1992) ต่อมาได้มีการปรับปรุงใหม่นำมาใช้ในปี ค.ศ. 1983 เริ่มจากการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) คือการรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคลซึ่งการรับรู้จะเป็นตัวเชื่อมโยงนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคนั้นเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่สื่อสาร การรับรู้ที่เกิดจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัวขึ้นอยู่กับจำนวนของสื่อที่มากระตุ้นและในการตรวจสอบการประเมินการรับรู้ (Mackay & Bruce C. 1992) ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) ดังแผนภูมิที่ 2.1

แผนภูมิที่ 2.1
รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค



ที่มา : Ronald W. Rogers. Journal of Psychology. 1975 : 99

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness หรือ Perceived Severity) ได้มาจากการชั่งน้ำหนักบุคคลจะได้รับผลร้ายแรงจากการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง โดยใช้สื่อในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่คุกคามสุขภาพ ลักษณะของข้อความ เช่น มีอันตรายต่อชีวิตหรืออาจบรรยายว่าไม่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรง เช่น ระบายเคืองเล็กน้อย โดยทั่วไปข้อมูลที่ทำให้เกิด

ความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้มากกว่าข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวเพียงเล็กน้อย (Mackay & Bruce C. 1992) อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงอาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรง หากใช้การกระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับการชูอาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะโดดเด่นขึ้น กระบวนการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรคริดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค (Perceived Probability) ใช้การสื่อสารโดยการชูที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรครู้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้นจะทำให้ตนมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ การตรวจสอบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสามารถทำได้เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยใช้แบบสอบถามให้คำตอบ ในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงและกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่ำ การจะให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำอาจใช้เงื่อนไขความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงร่วมกับผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่เงื่อนไขดังกล่าวยังเป็นสิ่งที่ต้องค้นหาคำตอบกันอีกต่อไปว่าความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงจะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงนั้นหรือไม่

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) เป็นการนำเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพปกติจะเสนอในรูปแบบการปรับหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าเพิ่มความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Mackay & Bruce C. 1992) ในกรณีที่บุคคลรู้ว่าตนกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่เมื่อบุคคลนั้นถูกคุกคามอย่างรุนแรงและไม่มีวิธีใดที่จะลดความคุกคามนั้นลงได้อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่ง การสอนที่มีความจำเพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจังและการสอนที่มีความจำเพาะเจาะจงมีรายละเอียดเพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึกหรือการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองให้ปฏิบัติตามมากขึ้น

ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy) ซึ่งแมคคูกซ์และโรเจอร์ได้เพิ่มเป็นตัวแปรอีกตัวหนึ่งตัว จะเห็นได้ว่าทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรครมีพื้นฐานมากจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองของแบนดুর่า (Bandura. 1977) ซึ่งแบนดুর่าเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความคาดหวังหรือความสามารถของตนเองกระทำได้หลายวิธี เช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้ หรือการสอนด้วยการพูดความสามารถของตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับสูงและเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตามอย่างแท้จริง ในการตรวจสอบองค์ประกอบความคาดหวังในความสามารถของตนเองของโรเจอร์และแมคคูกซ์ พบว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นตัวทำนายที่มี

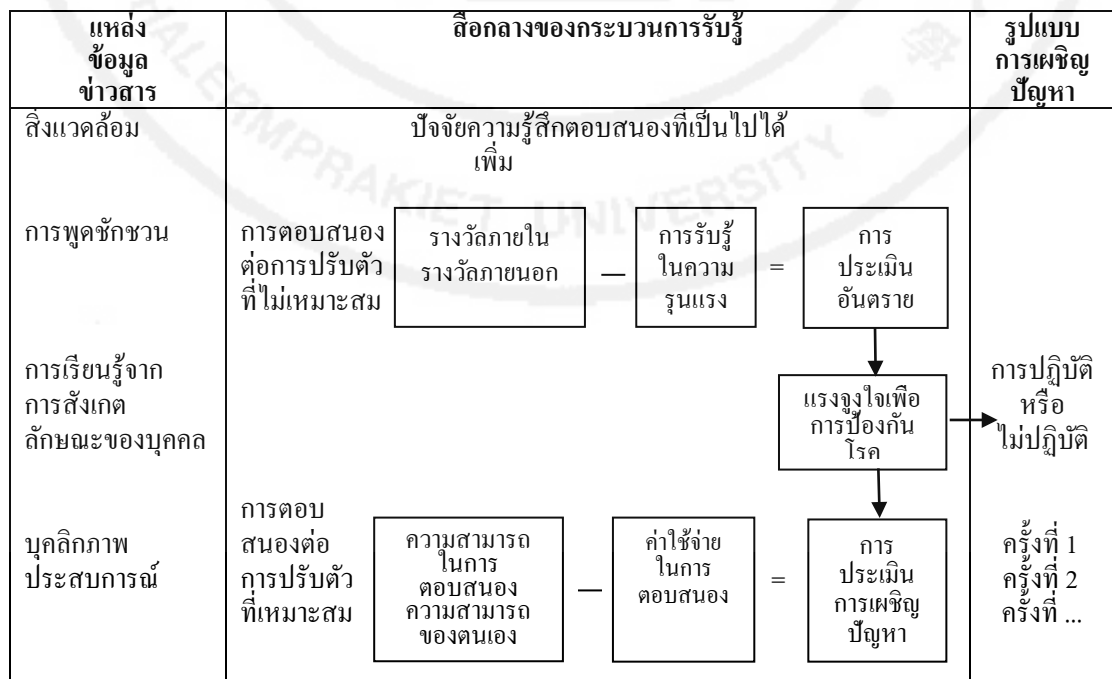
ผลสูงสุดต่อความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การทำให้บุคคลเชื่อว่าถ้าเขามีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่เขาก็สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ง่าย ความคาดหวังในความสามารถในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติตาม จึงมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง

จากวิวัฒนาการของทฤษฎีแรงจูงใจของ Rogers (สำรวจ คุณวุฒิ. 2540) ได้พยายามปรับปรุงโดยนำตัวแปรทั้ง 4 ตัว คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มาสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วย
 - 1.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness)
 - 1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability)
2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วย
 - 2.1 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy)
 - 2.2 ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy)

กระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวเกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การพูดคุยชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพหรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ ดังแผนภูมิที่ 2.2

แผนภูมิที่ 2.2
ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคที่ได้รับการพัฒนา



ที่มา : Ronald W. Rogers. Health Education Research Volume no.3 1986 : 155

จากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยสรุปได้ว่า แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของ Ronald W. Rogers หมายถึงการรวมปัจจัยที่ก่อให้เกิดการรับรู้ ซึ่งจะเชื่อมโยงทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนด้านพฤติกรรม เน้นการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะเป็นสื่อกลางทำให้เกิดความกลัว โดยพัฒนามาจากรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองประกอบด้วยการประเมิน 2 ลักษณะ คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และการประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคมีความเชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคนั้นจะทำได้ดีที่สุดเมื่อ

1. บุคคลเห็นอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
2. บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงหรือเสี่ยงอันตรายนั้น
3. เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น
4. บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปรับตัวตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์
5. ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวแบบที่ไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย
6. อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

จากการศึกษาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของโรเจอร์ได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความเชื่อในผลลัพธ์ของพฤติกรรมและความสามารถของตนเองที่จะมีพฤติกรรมเฉพาะอย่าง การวิจัยครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เจ้าหน้าที่กลุ่มอายุ 35-60 ปี ให้มีการรับรู้ความรุนแรงต่อโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ความคาดหวังในประสิทธิผลตอบสนองต่อการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลหัวเฉียวให้ดีขึ้นได้

2.3 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

2.3.1 พฤติกรรม (Behavior)

หมายถึงปฏิบัติการหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมของบุคคลจึงหมายถึงปฏิบัติการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ทุกประเภทที่บุคคลกระทำทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดและบอกได้ว่าดีหรือไม่ดี เช่น ความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อ

เป็นต้น โดยพฤติกรรมของบุคคลมีความแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม และอิทธิพลจากความหวังของบุคคลอื่น สภาพการณ์ขณะนั้นและประสบการณ์ในอดีต (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. 2534; อ้างอิงใน Twaddle. 1981)

พฤติกรรมของบุคคลเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่งซึ่งสามารถทำความเข้าใจได้โดยอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคมขณะเกิดการเรียนรู้ นั้น ๆ พฤติกรรมของบุคคลจึงอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. 2534) คือพฤติกรรมภายในหมายถึงปฏิกิริยาหรือกิจกรรมภายในตัวบุคคลซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวม สะสม และสั่งการ มีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การสูบน้ำจิตโลหิตของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ และความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม พฤติกรรมภายในนี้บุคคลอื่นไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้ นอกจากนี้ใช้เครื่องมือบางอย่างในการวัดหรือสัมผัส ส่วนพฤติกรรมภายนอกหมายถึงปฏิกิริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น การเดิน การนั่ง การยืน การเขียนหนังสือ เป็นต้น

พฤติกรรมมนุษย์เป็นเสมือนพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับการกระทำเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่เป็นไปตามรูปแบบแผนการรักษา เป็นการผสมผสานระหว่างทฤษฎีทางกายภาพ ชีวภาพ จิตวิทยาและสังคม ตลอดจนสถานะเศรษฐกิจของแต่ละบุคคล นั่นคือ ไม่เพียงแต่ลักษณะบุคลิกภาพ ความเชื่อภายในตัวบุคคลเท่านั้น หากแต่ธรรมชาติของกลุ่มสังคมและสภาพแวดล้อมก็มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถนำมาอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ได้ทั้งสิ้น (Pender. 1987)

สุขภาพ (Health) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลกหมายถึงภาวะความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจรวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยดี ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น Blum ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่าเป็นความสามารถของบุคคลจะทำหน้าที่ต่าง ๆ อย่างเต็มความสามารถ ดำรงรักษาความสมดุลระหว่างความต้องการทางสังคม ปลอดภัยจากความไม่พึงพอใจ ไม่สบายใจ โรคภัยไข้เจ็บ หรือความพิการ และมีพฤติกรรมในแบบที่ส่งเสริมให้ตนอยู่รอดปลอดภัย มีความสุข และมีความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สุขภาพ เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่เป็นสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นที่สังเกตได้หรือการที่บุคคลรายงานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพการรับรู้และความคิดเห็นของตนตามเป้าหมายของพฤติกรรมของแต่ละคน เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (จินตนา ยูนิพันธ์. 2532)

2.3.2 พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ หมายถึง กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเป็นประจำและสม่ำเสมอเพื่อการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพตามความเชื่อของตนเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีและเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ (Harris และ Guten. 1979) ในขณะที่ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพมีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่วไป แต่มุ่งเฉพาะในเรื่อง

เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกาย ได้แก่ การแปรงฟัน การสระผม การอาบน้ำ เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2534) ซึ่งสิ่งแสดงออกดังกล่าวสามารถมองเห็นหรือสังเกตได้ว่าบุคคลได้กระทำหรือปฏิบัติและในการที่จะศึกษาและให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์นั้นจะมีแนวคิดเกี่ยวกับโรคและการเกิดโรคหรือสภาวะที่ไม่สมบูรณ์ของสุขภาพเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เพราะกระบวนการของการเกิดโรคหรือเกิดสภาวะที่ไม่สมบูรณ์ของร่างกายนั้นจะมีสาเหตุจากตัวบุคคล สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย และตัวเชื้อโรค ซึ่งการที่บุคคลจะเกิดโรคได้นั้นขึ้นอยู่กับปฏิบัติตัวของบุคคลนั้นเป็นสำคัญและเมื่อเป็นโรคแล้วจะให้หายจากโรค บุคคลนั้นก็จะต้องปฏิบัติตัวอย่างใดอย่างหนึ่งจึงจะทำให้หายจากโรคนั้น ๆ จะเห็นว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตนมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในสภาวะก่อนเกิดโรค ขณะเกิดโรค หรือขณะเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังมีการสรุปพฤติกรรมสุขภาพว่าหมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ และการแสดงออกหรือการกระทำหรือกิจกรรมของบุคคลที่แสดงถึงการป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วย การดำรงรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การฟื้นฟู และการส่งเสริมสุขภาพหรือทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นปกติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและเป็นกิจกรรมที่สามารถวัดได้ระบุได้และทดสอบได้มีทั้งถูกสุขลักษณะและไม่ถูกสุขลักษณะทั้งนี้ขึ้นอยู่กับค่านิยม ความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจ ความต้องการ และแรงจูงใจ (สุคา, 2536)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี โดยส่วนรวมและศักยภาพที่ถูกต้อง สมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (Pender, 1987)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บุคคลกระทำในภาวะที่ตนมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์โดยมุ่งหวังให้ตนมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (Hartwag, 1989)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีและความมีศักยภาพสูงสุดทั้งในบุคคล ครอบครัว ชุมชน ตลอดจนสังคม โดยมุ่งหวังให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน มีค่านิยมทางบวกกับสุขภาพ (Murray and Zentner, 1993)

จากความหมายดังกล่าว จึงสรุปได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด หมายถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอหรือลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันจะนำไปสู่ความปกติสุขของชีวิตและศักยภาพสูงสุดของตนเอง

2.3.3 ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

ความรู้เป็นความสามารถในการจำหรือระลึกได้ซึ่งมากด้วยประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เคยได้รับรู้มา (ประภาเพ็ญ และสวิง, 2532) และสิ่งสำคัญที่เป็นตัวจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรม คือ ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ (สมจิตต์ หนูเจริญกุล, 2526) ดังนั้นปัจจัยทางด้านความรู้จึงเป็นปัจจัยที่

สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด ถ้าหากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพก็จะสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมและป้องกันผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้อันจะนำไปสู่ความผาสุกของชีวิต ซึ่งความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพมี 5 ด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General Competence in Self-care) หมายถึงลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดที่ประเมินได้เกี่ยวกับการปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแสดงออกถึงการสังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutritional Practices) หมายถึงลักษณะในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ประเมินได้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้ได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบทั้ง 5 หมู่ และงดการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ได้แก่ อาหารที่มีรสเค็ม มีไขมันสูง เครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ หรือคาเฟอีน เป็นต้น รวมทั้งการควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ

3. การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or Recreational Activity) หมายถึงลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ประเมินได้เกี่ยวกับวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย ความสนใจ และการเข้าร่วมกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการผ่อนคลายการเพิ่มสมรรถภาพทางกายรวมไปถึงการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายขณะนั่งหรือยืน

4. การจัดการความเครียด (Stress Management) หมายถึงลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ประเมินได้เกี่ยวกับกิจกรรมที่กระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

5. การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Relationship with Others) หมายถึงลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ประเมินได้เกี่ยวกับความสามารถและวิธีการในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น ช่วยในการแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ

2.3.4 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ

การรับรู้ หมายถึง กระบวนการภายในของบุคคลที่สามารถตระหนักได้เป็นการรับรู้ความรู้สึก และให้ความหมายโดยประมวลเข้ากับเหตุการณ์ในอดีต ซึ่งต้องอาศัยการวินิจฉัยเป็นความสามารถของมนุษย์ในการพิจารณาพิเคราะห์สิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบและเป็นการรู้แจ้งโดยสัญชาตญาณหรือความเชื่อในสิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นทันทีทันใดมาประเมินร่วมกัน (Bunting, 1988)

การรับรู้ว่า หมายถึง กระบวนการที่สมองตีความหรือแปลข้อความที่ได้จากสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นสิ่งเร้าโดยผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของร่างกายทำให้เราทราบว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นอะไร มีความหมายและลักษณะอย่างไร ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์ของเราเป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความ (Carison and Magoon. 1972)

การรับรู้ (Perception) หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งอาจเป็นความนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงเป็นแนวคิดหรือความประทับใจก็ได้ รวมทั้งเป็นการแสดงออกถึงความสามารถของสมองที่จะแปลความหมายหรือความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุสิ่งของต่าง ๆ (Webster. 1980) การรับรู้เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานที่สำคัญของบุคคลเพราะถ้าปราศจากการรับรู้แล้วบุคคลไม่สามารถมี “ความจำ” หรือ “การเรียนรู้” ได้เลย ในทางทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้นั้นถือว่าการรับรู้เป็นสภาพทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาสังคมและพฤติกรรม ซึ่งนักวิชาการและนักจิตวิทยาท่านอื่น ๆ กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นสภาพทางจิตวิทยา ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลเป็นความเอาใจใส่ของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ภายในสิ่งแวดล้อมเป็นพื้นฐานในการที่จะนำข้อมูลต่าง ๆ ของสิ่งเร้านั้นเข้าสู่กระบวนการรับรู้ โดยผ่านทางประสาทสัมผัสของร่างกาย เมื่อข้อมูลต่าง ๆ ถูกป้อนเข้าสู่ระบบความคิดแล้ว บุคคลจะเลือกจัดระบบข้อมูลและมีกระบวนการจดจำและการแปลความหมายของข้อมูลเกิดขึ้น โดยอาศัยคุณสมบัติภายในตัวบุคคลเป็นตัวกลางในการกลั่นกรองการแปลความหมายนั้น ซึ่งจะทำให้บุคคลตัดสินใจและประเมินคุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดังกล่าวและมีพฤติกรรมแสดงออกตามคุณค่าที่ตนเองตัดสินใจและผลจากการแสดงออกมานี้ก็จะป้อนกลับ (Feedback) สู่วิธีการรับรู้ต่อไปอีก นั่นคือกระบวนการรับรู้ของบุคคลเป็นกระบวนการของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่บุคคลเอาใจใส่อย่างไม่หยุดนิ่งสัมพันธ์กับความต่อเนื่องของกาลเวลาและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล (Space-time Continuum) (McGhie. 1986 & Pereault. 1985) ด้วยเหตุนี้การรับรู้ของแต่ละบุคคลจึงเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งสามารถวัดการรับรู้ได้จากการให้บุคคลเลือกลักษณะที่คิดว่าเป็นจริงหรือสอดคล้องสำหรับสิ่งที่ถูกรับรู้ตามความคิดเห็นของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล

การรับรู้ของบุคคลขึ้นอยู่กับภูมิหลังทางสังคมของบุคคล ได้สรุปถึงปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลไว้ 2 ประการ (จำเนียร. 2528) คือ

1. บทบาทของปัจจัยภายใน ได้แก่ คุณสมบัติภายในของผู้รับรู้ เช่น ความต้องการหรือแรงขับ คุณค่า ความสนใจ และประสบการณ์เดิม
2. บทบาทของปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความยึดมั่น ความเชื่อถือ คำบอกเล่า คำแนะนำ คำสอนที่ได้รับต่อ ๆ กันมา มีอิทธิพลทำให้มีการรับรู้ต่อเรื่องราว เหตุการณ์ และสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ แตกต่างกัน

นอกจากปัจจัยสำคัญดังกล่าวยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้อีก ได้แก่ สมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัส ความสามารถของสมอง และประสาทสัมผัสที่รับรู้การเลือกจัดหมวดหมู่และการตอบสนองรวมทั้งลักษณะ ขนาด และชนิดของสิ่งเร้าอีกด้วย กล่าวคือบุคคลจะรับรู้สิ่งเร้าได้ดีและรวดเร็วถ้าสิ่งเร้านั้นมีความเข้มมาก ขนาดใหญ่ สะดุดตา โดยเฉพาะสิ่งเร้าใหม่ ๆ ที่ไม่คุ้นเคยบุคคลจะใส่ใจและเกิดการรับรู้ หากพบว่ามีความแตกต่างของสิ่งเร้าเกิดขึ้นและหากสิ่งเร้านั้นเกิดขึ้นซ้ำ ๆ และมีการเคลื่อนไหวบุคคลจะรับรู้ต่อสิ่งเร้านั้นได้ดีและรวดเร็ว อย่างไรก็ตามในการรับรู้ของบุคคลนั้นนอกจากการเอาใจใส่ที่เลือกในการรับรู้สิ่งเร้าใด ๆ แล้ว เรื่องของแรงจูงใจ (Motive) และการคาดหวัง (Expectation) ยังเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีความสำคัญ โดยแรงจูงใจจะเป็นสิ่งชักนำให้บุคคลเกิดความสนใจและใส่ใจ ส่วนการคาดหวังหรือการคิดไว้ก่อนในใจนั้นจะมีอิทธิพลต่อการตีความสิ่งเร้าเพราะเป็นสิ่งที่บอกทิศทางเกี่ยวกับประสบการณ์ในการรับรู้ของบุคคล (เดโช . 2528) และจัดเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล

2.3.5 การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status)

เนื่องจากภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นประกอบด้วยภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกันหรือต่อเนื่องกันไป และเป็นประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Bumner และ Suddarth, 1988) ซึ่งระดับของภาวะสุขภาพนั้นดำเนินไปบนแกนของความต่อเนื่อง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ของความเจ็บป่วย โดยเฉพาะประสบการณ์ของความเจ็บป่วยที่ฉับพลัน (Acute Illness) ความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic Illness) ความพิการทุพพลภาพ (Disability) หรือแม้กระทั่งความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (Terminal Illness) (Pender, 1987 & Backer, 1994) จากประสบการณ์ของเจ็บป่วยนี้เองที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองแตกต่างกัน กล่าวคือบุคคลที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อยและไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันตามการรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการและความเจริญเติบโตของบุคคล ในขณะที่บุคคลบางคนอาจรู้สึกว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งรบกวนและคุกคามต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของเขาเป็นอย่างมาก เพราะเขาต้องสูญเสียความเป็นบุคคลไปผลที่ตามมาคือความกลัวความท้อแท้ทุกครั้งที่เกิดเจ็บป่วย (กอบกุล, 2528) ได้กล่าวว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันของบุคคลนี้มีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน

นอกจากประสบการณ์ของความเจ็บป่วยที่มีผลทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพแตกต่างกันดังกล่าวแล้ว (Sonja, 1981) ยังกล่าวถึงปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพแตกต่างกันคือการให้ความหมายของภาวะสุขภาพดี โดยกล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้ว่าเป็น

สุขภาพของตนดีนั้น ไม่ได้หมายความว่าไม่มีโรคหรืออาการจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเขา ดังนั้นแม้ว่าขณะที่บุคคลมีความเจ็บป่วยเขาก็อาจประเมินภาวะสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ดีได้ หากเขามีการรับรู้เช่นนั้น โดยทั่วไปความหมายของภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของบุคคลส่วนใหญ่ มักจะหมายถึงความสามารถด้านร่างกายของบุคคลในการดำรงไว้ซึ่งทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามบทบาท โดยเฉพาะความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living) การดูแลตนเอง การเดินหรือการเคลื่อนไหวของร่างกายรวมทั้ง การมีกิจกรรมร่วมกับสังคมของตน แนวคิดของที่กล่าวว่ตราบไคที่บุคคลยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เขาจะรู้สึกว่ตนเองยังมีคุณค่าจึงทำให้บุคคลเชื่อมั่นในความแข็งแรงของร่างกายและเกิดการรับรู้ว่ตนเองยังมีสุขภาพดีพอสำหรับการดำเนินชีวิต (Travelbee. 1971)

2.3.6 การประเมินการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ

จากความหมายของการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่หมายถึงความรู้สึก ความคิดเห็น หรือ การแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตน และเนื่องจากการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมในการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี จึงได้มีการศึกษาถึงแนวทางหรือวิธีการในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในทศนะต่าง ๆ มากมาย แนวทางหนึ่งที่ได้รับว่สนใจเป็นอย่างมากคือ การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง (Self Assessment of Health) เป็นการสังเกตตนเองในการรับรู้ต่ออาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงการตัดสินใจว่ความรุนแรงของอาการเหล่านี้ว่ส่งผลกระทบต่อและก่อให้เกิดความกดดันแก่ตนเอง มากน้อยเพียงไค อย่างไรก็ตามการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (Gulick. 1986) การรับรู้ต่ออาการต่าง ๆ ทางกายของบุคคลนั้นมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (Engel. 1984) แบบวัดการประเมินภาวะสุขภาพโดยตนเองนั้นพัฒนามาจากมโนทัศน์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health – illness Concept) ซึ่งเนื้อหาในการวัดจะประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อันเป็นลักษณะองค์รวมของบุคคล แต่เครื่องมือดังกล่าวมุ่งเน้นที่จะวัดในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งบนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health – illness Continuum) เท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาเพื่อพัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา จึงได้มีการเสนอเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปซึ่งได้พัฒนาเป็นแบบวัดการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) ประกอบไปด้วยประเด็นในการวัด 6 ด้าน (Brook. 1979) ดังรายละเอียด ดังนี้

2.3.6.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต (Prior Health)

เป็นการประเมินความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความเชื่อ เจตคติ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา เช่น บุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีความเจ็บป่วยในอดีตที่ยาวนาน ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดีเกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตทางลบ เมื่อประมวลเข้ากับการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดวิตกกังวลมาก จนส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันรุนแรงหรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริงได้ แต่ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตทางบวกมีประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่ดีเคยสมหวังในอดีต เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์เจ็บป่วยในปัจจุบันก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความเครียดในระดับที่เหมาะสมทำให้มีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาในปัจจุบันได้ดี

2.3.6.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current Health)

เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองที่เป็นจริงและครบถ้วนในแต่ละวันหรืออาจบ่อยครั้งกว่านั้นก็ได้ ด้วยความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย การประเมินของแต่ละบุคคลเป็นความคิดของบุคคลที่จะให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ในขณะนั้น ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของแต่ละบุคคลนี้จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพในอดีต การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของตนจาก แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลอื่น ๆ รวมทั้งอาการทางกายที่ปรากฏ เป็นต้น การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นหรือมีอาการหรืออาการแสดงของความเจ็บป่วยเกิดขึ้น แต่บุคคลนั้นก็ประเมินภาวะสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ดีได้หากบุคคลมีการรับรู้เช่นนั้น แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับและการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจขัดกับความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตได้ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตนเอง

2.3.6.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต (Health Outlook)

เมื่อบุคคลเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยของตนเองย่อมส่งผลเสียต่อ โครงสร้างและการทำงานของร่างกายอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการของร่างกายได้ในอนาคต ซึ่งบุคคลสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเองทั้งจากการคาดเดา การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบัน และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากผู้อื่นซึ่งจะส่งผลถึงความหวังหรือความหมอดหวังของบุคคลนั้นได้ กล่าวคือถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตในทางบวก คือมีความหวังได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความตั้งใจมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อจะดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นขาดการสนับสนุน

ช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เลวร้ายทั้งในอดีตและปัจจุบัน ก็จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตทางลบ รู้สึกหมดหวัง หมดกำลังใจ ไม่มีแรงจูงใจ ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อจะดำรงภาวะสุขภาพ

2.3.6.4 การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Resistance and Susceptibility to Illness)

เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่าร่างกายสามารถต้านทานหรือเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเกิดโรคซ้ำได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และสามารถปรับเปลี่ยนได้ ขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นในการวินิจฉัยและการรักษาจากแพทย์ รวมทั้งการคาดคะเนของบุคคลนั้นว่าตนเองอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วยหรือมีโอกาที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำได้หรือไม่ถ้าบุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยมาก่อน การคาดคะเนก็จะมีความถูกต้องสูง ซึ่งการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่ถูกต้องจะทำให้บุคคลนั้นมีความสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองดีตามมา

2.3.6.5 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Worry and Concern)

เป็นการประเมินถึงความวิตกกังวลจากการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองเมื่อเกิดความเจ็บป่วยว่าอาจทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายหรือทำให้กระทบกระเทือนต่อฐานะและบทบาททางสังคมของตนเอง ถ้ามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากเกินไปอาจส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้ อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดกลไกทางจิต โดยการปรับอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดดีขึ้น และมีการประเมินภาวะสุขภาพใหม่ว่าจะไม่มีความผิดปกติใด ๆ จึงเบี่ยงเบนความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพไปแสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่นแทนซึ่งไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ ผู้ป่วยควรปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะต่อสุขภาพให้มองและประเมินเหตุการณ์ให้ตรงตามความเป็นจริงสร้างความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมชีวิตตนเองได้นั้นคือสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี หมดกำลังใจ และให้ความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมส่งผลให้เกิดมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการควบคุมความรุนแรงของโรคและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

2.3.6.6 ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Sickness – orientation)

เป็นการประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลว่าจะต้องประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกันไป เป็นประสบการณ์ตลอดช่วงชีวิตของมนุษย์และการที่บุคคลยอมรับว่าตนเองมีความเจ็บป่วยและเรียนรู้ทำความเข้าใจถึงขั้นตอนการดำเนินของโรคแนวโน้มการเกิดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีการเตรียมพร้อมในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาที่มีการแสวงหาความช่วยเหลือและรับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง

นอกจากนี้การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพยังเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่จะโน้มน้าวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบเอาใจใส่ในการปฏิบัติดูแลตนเอง เพื่อที่จะให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้นอีกด้วย (Pender, 1987) กล่าวคือการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในทางลบก่อให้เกิดความรู้สึกว่าภาวะสุขภาพของตนเองถูกคุกคามเกิดความเครียดวิตกกังวลและถ้าระดับความวิตกกังวลมีมากเกินไปก็จะส่งผลถึงความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การประเมินตัดสินใจเหตุการณ์หรือตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สมควรกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นก็อาจผิดพลาดไป ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในทางบวกก็จะส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกพึงพอใจหรือเกิดความรู้สึกเครียดในระดับที่เหมาะสมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความเชื่อ ทศนคติ เกิดแรงกระตุ้นแรงจูงใจในการพัฒนาและปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดี อีกทั้งส่งผลเกี่ยวข้องกับความถี่และการเพิ่มความจริงจังของพฤติกรรมดูแลตนเองอีกด้วย

โรคหัวใจขาดเลือด เป็น โรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนการรักษา การต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับภาวะการเจ็บป่วยและในทางตรงกันข้ามถ้าเกิดอาการจากภาวะแทรกซ้อนและรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นคุกคามต่อชีวิตและจิตใจของตนอย่างรุนแรงอาจเกินไปจากความเป็นจริงจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน เสรีา โศก ท้อแท้ และไม่สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้ แต่ถ้าผู้ป่วยรับรู้ต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริงตระหนักถึงอันตรายและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่มีต่อตนเองเห็นประโยชน์และคุณค่าของการรักษาและเข้าใจถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาถึงแม้จะรู้สึกว่าจะต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคขัดขวางอยู่บ้างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้แบบแผนการดำเนินชีวิตสอดคล้องกับภาวะสุขภาพของตน ผู้ป่วยก็จะพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้โดยไม่เกิดความรู้สึกคับข้องใจหรือยุ่งยากลำบากจนเกินไปซึ่งการที่ผู้ป่วยจะสามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมนั้นจำเป็นต้องอาศัยการรับรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ โดยเฉพาะการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่จะโน้มน้าวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบและเอาใจใส่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก (Positive Health Behaviors) เพื่อที่จะให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น (Pender, 1987) กล่าวคือการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพทางบวกจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจหรือเกิดความเครียดในระดับที่เหมาะสมเกิดแรงกระตุ้นหรือแรงจูงใจในการพัฒนาและการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดีทำให้เกิดการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในทางลบก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าภาวะสุขภาพของตนถูกคุกคาม

อย่างมากเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และถ้าระดับความวิตกกังวลมีมากเกินไปก็จะส่งผลถึงการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพเพราะจะไม่เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ นอกจากนี้ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลยังมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและปัจจัยที่จะโน้มน้าวให้เกิดความเอาใจใส่และความจริงจังของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย (Pender, 1987) ซึ่งอาจกล่าวถึงรายละเอียดได้ดังนี้ คือ

1. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต

จากประสบการณ์ของความเจ็บป่วยที่ผ่านมาทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนแตกต่างกันในผู้ป่วยที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพทางบวก ผู้ป่วยจะเกิดการเรียนรู้หรือมองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่ในทางตรงกันข้ามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในทางลบจะทำให้ผู้ป่วยขาดการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และเป็นปัจจัยที่จะโน้มน้าวให้เกิดความเอาใจใส่และความจริงจังในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยความต่อเนื่อง เช่น จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทุกรายที่รายงานอาการและความไม่สุขสบายต่าง ๆ ในอดีตมาก ๆ จะมีส่วนร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกายในด้านความถี่และความจริงจังน้อยกว่าผู้ป่วยที่รายงานอาการไม่สุขสบายในอดีตน้อยถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะไม่พบการเจ็บป่วยแล้วก็ตาม เป็นต้น (Sidney and Shephard, 1987)

2. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบันนี้เป็นเสมือนแนวทางที่บุคคลให้ความหมายกับสถานการณ์ทางสุขภาพในแต่ละวันหรืออาจบ่งบอกว่านั้นขึ้นอยู่กับทำให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลซึ่งจะเป็นแรงเสริมให้เกิดพฤติกรรมขึ้น กล่าวคือถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในทางบวก เช่น “ความรู้สึกสบายดี” จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำให้มีความพร้อมและหันมาปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Dishman, 1987) การให้ผู้ป่วยเข้าไปมีส่วนร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกายพบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในทางที่ดีมักมีส่วนเกี่ยวข้องในการเพิ่มความเป็นไปได้ของพฤติกรรม การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง มีการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่จำนวน 378 รายพบว่าบุคคลที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองในขณะนั้นดีจะมีความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนไม่ดี (Christiensen, 1987)

3. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต

เป็นผลสืบเนื่องมาจากการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง กำลังใจ และความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการที่จะให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพตลอดไปนั้นจะต้องให้แต่ละบุคคลได้รับประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตมีความผาสุกอย่างรวดเร็วและสังเกตได้ชัดในปัจจุบัน (Kaplan และ Cowles. 1987) ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้จะช่วยส่งเสริมการเห็นคุณค่าของสุขภาพที่ดีและส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงแบบแผนที่มีความยากลำบากให้ต่อเนื่องและกว้างออกไป

4. การรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย

การรับรู้ต่อสุขภาพว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยการเกิดโรคซ้ำและภาวะแทรกซ้อนสูงนั้นจะทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยเอาใจใส่ต่อสุขภาพและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมมากขึ้น จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นิตยา. 2529) และจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (สมใจ. 2531)

5. ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ

จากประสบการณ์ของความเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ความยากลำบากในการไปใช้บริการทางการแพทย์ ความไม่สุขสบาย และความไม่สะดวกในการปฏิบัติตามแผนการรักษา สิ่งเหล่านี้อาจทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลอย่างมากและเกิดความขัดแย้งในจิตใจ ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัยและการให้ความร่วมมือในการรักษาแต่ถ้าบุคคลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพในระดับที่เหมาะสมจะทำให้สามารถเรียนรู้รับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายนอกและภายในตระหนักถึงอันตรายและติดตามผลของความเจ็บป่วย และสามารถประเมินปัญหาของตนเองได้ตามความเป็นจริง ทำให้สามารถตัดสินใจจัดระบบเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพได้เป็นอย่างดี ซึ่งความสามารถเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมชีวิตได้เกิดกำลังใจเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี ให้ความสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพและมีความตั้งใจสูงในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Pender. 1987)

6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพที่ว่าภาวะสุขภาพจะต้องประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ดีและภาวะที่เจ็บป่วยสลับกันไปตลอดช่วงชีวิตของมนุษย์ ดังนั้นเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะสามารถยอมรับสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้และสามารถรับรู้เหตุการณ์เกี่ยวกับสุขภาพได้ถูกต้องตามความเป็นจริง เกิดความเข้าใจภาวะของโรคและเข้าใจว่าการป้องกันมิให้ภาวะของโรครุนแรงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้นั้นจะต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาที่วางไว้ ซึ่งความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษาจะทำให้บุคคลนั้นเตรียมพร้อม

ที่จะเผชิญความเจ็บป่วยและให้ความร่วมมือในการรักษาแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล เช่น การสอบถามถึงปัญหาข้อสงสัยเกี่ยวกับภาวะของโรค การรับประทานยา และการปฏิบัติตน เป็นต้น และกิจกรรมเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถตัดสินใจเลือกหรือปรับเปลี่ยนแปลงทางปฏิบัติที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเองได้ ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดพบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามากกว่าจะสามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาน้อยกว่า ดังนั้นประโยชน์ของการรักษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นิตยา ภาสุนันท์. 2529)

2.4 ทฤษฎีการดูแลตนเอง

2.4.1 แนวคิดการดูแลตนเอง (Self Care)

การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่ง que พัฒนามาตลอดตั้งแต่วัยเด็กจนกระทั่งเติบโตเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ (อารีย์ เขียรประมุข. 2534) ประชาชนมักจะเริ่มที่การรักษาพยาบาลโรคภัยไข้เจ็บหรือปัญหาที่มีอยู่ด้วยตนเอง ตามความเชื่อในความผูกพันกับธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมโดยอาศัยความรู้ที่สั่งสมจากการปลูกฝังและถ่ายทอดจากคนรุ่นก่อน ๆ และจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง (ระเด่น หัสดี. 2536) การดูแลสุขภาพตนเองของคนไทยเกิดคู่กับสังคมไทยตั้งแต่อดีตและได้รับความสนใจมากขึ้น เมื่อแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลไกในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของคนไทย

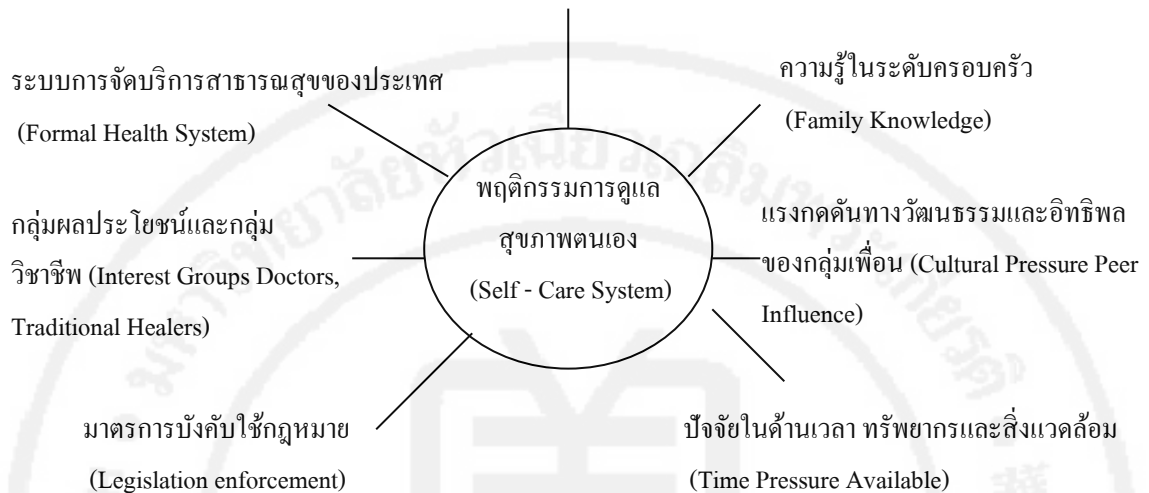
องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าหมายถึงการดำเนินกิจการทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมความถึงการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค รวมทั้งการใช้ยาและการปฏิบัติตนหลังรับบริการ (WHO. 1991) ในการดำเนินการหรือกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสมเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือการส่งเสริมสนับสนุนพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่เหมาะสมนั้นจำเป็นต้องเข้าใจภูมิหลัง สาเหตุปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและเอื้ออำนวยสนับสนุนพฤติกรรมนั้น ๆ (นิรัตน์ อิมานี. 2534) หากพิจารณาตามกรอบแนวความคิดของ Michael Gurney โดยการประยุกต์ให้เข้ากับลักษณะสังคมไทย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเองมีหลายประการ ได้แก่ องค์ประกอบที่เกี่ยวกับความรู้ของชุมชนทั้งในแง่ความรู้สมัยใหม่และแบบดั้งเดิมความรู้ในระดับครอบครัว ระบบการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศ แรงกดดันทางวัฒนธรรมและอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน มาตรการบังคับใช้กฎหมาย กลุ่มประโยชน์และกลุ่มวิชาชีพเวลา ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ดังแผนภูมิที่ 2.3 (WHO. 1991)

แผนภูมิที่ 2.3

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

ความรู้ของชุมชนในแง่ความรู้สมัยใหม่และดั้งเดิม

(Education Modern / Traditional)



2.4.2 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-care Theory)

โอเร็ม (Orem, 1985) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์ในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นและการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

1. ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด หมายถึง กิจกรรมความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่งเพื่อตอบสนองต่อความต้องการความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care Requisites) โดยใช้วิธีที่ถูกต้องเหมาะสมการดูแลตนเองที่จำเป็นในความหมายของโอเร็ม คือ เป้าประสงค์ของการดูแลตนเองที่แสดงออกในรูปของการกระทำการดูแลตนเองที่จำเป็น แบ่งออกเป็น 3 อย่าง ตามภาวะและสุขภาพและระยะของการพัฒนาการคือ

1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ได้แก่ การมี

อากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ การขับถ่ายปกติ ความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง

1.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health Developmental Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย เช่น มีภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิต ผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องปรับความรู้สึกรู้สึกคิดและการปฏิบัติต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับภาวะของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ การดูแลที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 ด้าน คือ

1.2.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีพยาธิสภาพหรือได้รับสิ่งที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพ

1.2.2 ตระหนักถึงผลและติดตามผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น

1.2.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

1.2.5 ปรับอ้อมโนทัศน์และภาพลักษณ์ให้เหมาะสม โดยยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและความจำเป็นในการดูแลตนเองตามแบบแผนการรักษาเฉพาะ

1.2.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาเพื่อให้สามารถพัฒนาตนเองต่อไปได้อย่างต่อเนื่องตามความสามารถที่มีอยู่

โอเร็ม (Orem, 1985) ได้เน้นว่าความต้องการในการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมในการดูแลตนเองที่ต้องกระทำในช่วงระยะหนึ่งอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพหรือมีข้อจำกัดในการกระทำการดูแลตนเอง เนื่องจากแผนการรักษามุคนั้นจะต้องมีการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (จิรภา หงษ์ตระกูล, 2538) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) หมายถึงพลังความสามารถหรือศักยภาพในตัวบุคคลที่ช่วยให้บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ (N.D.C.C. 1979) โอเร็มและเทเลอร์ (Orem and Taylor, 1986) มองพลังความสามารถนี้ในลักษณะของตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ที่กระทำอย่างตั้งใจเพื่อการดูแลตนเองพลังความสามารถมี 10 ประการ ได้แก่

1) สนใจและดูแลเอาใจใส่ตนเอง ตลอดทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกที่มีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง

- 2) มีความสามารถในการควบคุมการใช้พลังงานในการดูแลตนเองได้เพียงพอ
- 3) มีความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหว
- 4) สามารถให้เหตุผลในการดูแลตนเองได้
- 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง
- 6) มีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
- 7) สามารถแสวงหาความรู้ต่าง ๆ ที่จะนำมาใช้ในการดูแลตนเอง
- 8) มีทักษะในด้านความนึกคิด การรับรู้ การกระทำ การติดต่อและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

- 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
 - 10) มีความสามารถในการสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน
2. วิธีการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลในแนวทางของโอเร็ม

วิธีการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลในแนวทางของโอเร็ม สามารถใช้ได้กับทุกวิชาชีพ เช่น ครู ผู้นำชุมชน เป็นต้น ไม่ได้เฉพาะเจาะจงสำหรับพยาบาล วิธีการให้ความช่วยเหลือมี 5 วิธี (สมจิต หนูเจริญกุล. 2534) คือ

2.1 การกระทำให้หรือกระทำแทน (Acting for or Doing for) เป็นวิธีที่ผู้ช่วยเหลือใช้ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองซึ่งเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยที่สูญเสียความสามารถทางด้านร่างกายและสติปัญญา แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือมีความพร้อมที่จะดูแลตนเองก็ควรให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยวิธีการอื่น ๆ ต่อไป

2.2 การชี้แนะ (Guiding Another) การชี้แนะเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองภายใต้การแนะนำและการตรวจตราพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้รับการช่วยเหลือจะต้องติดต่อซึ่งกันและกันส่วนใหญ่มีการใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับวิธีการสนับสนุน

2.3 การสนับสนุน (Support Another) เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ อาจให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยในด้านร่างกาย เช่น การช่วยให้ผู้ป่วยลุกเดินและด้านจิตใจ การพูดให้กำลังใจหรือชมเชยการสนับสนุนยังรวมถึงการให้วัตถุสิ่งของด้วยการสนับสนุนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้แก่ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถที่จะดูแลตนเองได้

2.4 การสอน (Teaching) วิธีการเหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการที่สำคัญมาก วิธีการหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง หลักในการสอนผู้ป่วยมีดังนี้

2.4.1 สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้

2.4.2 เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมความรู้เดิม

2.4.3 ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้

2.4.4 การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติของผู้ป่วยหรือ

ผู้รับบริการ

2.4.5 การประเมินโดยการให้ข้อมูลป้อนกลับจะช่วยในการเรียนรู้และปรับ

พฤติกรรม

2.4.6 เนื้อหาและวิธีการสอนจะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งแตกต่างกัน

2.4.7 จัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมการเรียนรู้

2.4.8 สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้ป่วยจะช่วยเพิ่ม

ประสิทธิภาพในการเรียนการสอน

2.4.9 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้

2.5 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางเป้าหมายที่เหมาะสมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ติดต่อกับตนเองและกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะให้คำแนะนำสนับสนุนและใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ เช่น การสอน เป็นต้น

การนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากทฤษฎีนี้ได้เน้นถึงการให้บุคคลได้ริเริ่มและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีแนวคิด การปฏิบัติให้สอดคล้องกับสถานะของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยกระทำในสิ่งที่ตนเองเลือกหรือตัดสินใจและคิดว่ามีประโยชน์หรือเหมาะสมกับตนเอง พร้อมทั้งถ้าได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสมจากบุคคลในทีมสุขภาพและจากญาติผู้ป่วย ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องตลอดไป

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.5.1 งานวิจัยในประเทศ

ลิริลักษณ์ ต้นชัยสวัสดิ์ (2535) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย

สงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่าง 191 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความเครียดในระดับปานกลางร้อยละ 66.7 บุคลิกภาพส่วนใหญ่มีแนวโน้มแบบ B ร้อยละ 85.0 มีปัจจัยทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ทำงาน เมื่อนำประสบการณ์การทำงานมารวมกับปัจจัยด้านทำงานและบทบาทหน้าที่ที่สามารถทำนายความเครียดของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 26.8

กนกพร หมู่พยัคฆ์ และคณะ (2536) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยกลางคน อายุ 40-59 ปี จำนวน 212 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสำรวจและอุปกรณ์วัดความดันโลหิต พบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านบริโภคนิสัยที่ยังไม่ถูกต้องคือไม่ควบคุมอาหารที่รับประทาน ออกกำลังกายน้อย ข้อมูลส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสุขภาพ อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ที่แตกต่างกันจะทำให้ความดันโลหิตช่วงบนและล่างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ พฤติกรรมออกกำลังกายสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยในปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คะแนนการบริโภคนิสัยที่ต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความดันโลหิตทั้งช่วงบนและช่วงล่างมีความสัมพันธ์ในทางลบกับคะแนนบริโภคนิสัย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผ่องผิว สีสระวัฒน์ (การประชุมวิชาการ โรคไม่ติดต่อครั้งที่ 1. 2537) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับภาวะสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ พบว่า

1. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้น้ำหนักเกิน ความอ้วน การบริโภคอาหาร เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ
2. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การดื่มสุรา ความอ้วน การบริโภคอาหารรสจัด อายุ การศึกษา อาชีพ
3. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสูบบุหรี่ การใช้น้ำหนักเกิน เพศ และอายุ

กนกพร วิสุทธิกุล (2540) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และหัวใจขาดเลือดของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 384 ราย พบว่าการรับรู้ตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดโดยรวมอยู่ในระดับน้อย พฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูงอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกายในระดับมาก กลุ่มที่มีอายุมากมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหามากที่สุดคือการขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูงและการดื่มคาเฟอีน

ชนาพร หวียม (2540) ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการออกกำลังกายเพื่อลดระดับความดันโลหิตสูงและระดับโคเลสเตอรอลของหญิงสูงอายุ 60-70 ปี จำนวน 30 คน แบ่ง 2 กลุ่ม ผลการวิจัยพบว่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง 8 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โคเลสเตอรอลของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง 8-12 สัปดาห์ ลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ถนอมขวัญ คำปาน (2539) ได้ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อลดภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและหัวใจขาดเลือดในสตรีอายุระหว่าง 35-54 ปี เขตเทศบาลเมือง จังหวัดระยอง ทำการวิจัยถึงทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน ภายหลังจากการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความตั้งใจ และการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพบว่าภายหลังจากการทดลองน้ำหนักตัวและระดับโคเลสเตอรอลในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ความคาดหวังในความสามารถของตนและประสบการณ์เคยออกกำลังกายมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหัวใจขาดเลือด

เพ็ญศรี ระเบียบ และคณะ (2538) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพยาบาล โดยศึกษาจากคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของพยาบาลด้านร่างกายและจิตใจ และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพยาบาลที่มีความแตกต่างในอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ลักษณะงาน ประสบการณ์การทำงาน และการประเมินสุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เข้าประชุมวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างวันที่ 2-4 เมษายน 2534 จำนวน 248 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยอาศัยแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองของเลวิน (Levine) และแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem) แบ่งแบบสอบถามเป็น 3 ตอน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว แบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพยาบาลด้านร่างกาย แบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านจิตใจ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ดี เมื่อจำแนกเป็นคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านร่างกายพบว่าคะแนนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอยู่ในเกณฑ์ดี การวินิจฉัยและบำบัดรักษาอยู่ในเกณฑ์พอใช้ คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านจิตใจอยู่ในเกณฑ์ดี และเมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านร่างกายเป็นรายข้อ (เพ็ญศรี ระเบียบ และคณะ, 2534 : 368) พบว่าพฤติกรรมพยาบาลที่ยังปฏิบัติไม่ดี ได้แก่ การออกกำลังกาย การตรวจร่างกายประจำปีอย่างน้อยปีละครั้ง ต้องตรวจกันอย่างน้อยทุก 6 เดือน การตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยปีละครั้ง การตรวจเต้านมด้วยตนเองและเมื่อเจ็บป่วยใช้สมุนไพร

ลินจง โปธิบาล (2538) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของปัจจัยเสี่ยง ภาวะเสี่ยง และการรับรู้ ภาวะเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจชนิดหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุไทย โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ 200 คน เป็นชาย 101 คน หญิง 99 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจหากรดไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดพบว่าความชุกของภาวะการขาดการออกกำลังกาย ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ภาวะโคเลสเตอรอล ความอ้วน และภาวะเบาหวาน เท่ากับร้อยละ 81.5, 30.8, 25.5, 15.0, 4.0 และ 2.0 ตามลำดับ จากการเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจชนิดหัวใจขาดเลือด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง และสูงมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา และการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ศุภา วิไลเลิศ (2538) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุโดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 170 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ และแบบวัดภาวะสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และพบว่าพฤติกรรมสุขภาพในด้านการนอนหลับ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ร่วมทำนายภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 26.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001, 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ

ยุริพรรณ ชัยได้สุข (2539) ได้ศึกษาผลการออกกำลังกายกับระดับไขมันในเลือดของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงที่มีอายุ 60-72 ปี กลุ่มแรกมีการออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 120 นาทีต่อสัปดาห์ จำนวน 30 คน กลุ่มที่ 2 ที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 120 นาทีต่อสัปดาห์ จำนวน 27 คน ผลการศึกษาพบว่าระดับโคเลสเตอรอลของกลุ่มที่ออกกำลังกายลดลง ส่วนกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายจะมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญ ระดับไตรกลีเซอไรด์และ LDL ของกลุ่มที่ออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายจะมีค่าสูงขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ LDL ของกลุ่มที่ออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายจะมีแนวโน้มที่จะมีระดับไขมันเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย

สมจิตรา เห่งเกษ (2539) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 321 คน โดยใช้แบบสอบถามพบว่าวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 53.9 ระดับดี 46.1 ส่วนรายด้านพบว่าด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 38.0 พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับดี 55.8 ระดับปานกลาง 44.2 พบว่าปัจจัยการรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์สูงสุดกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ อายุ สถานภาพ

สมรส ความเพียงพอรายได้มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพที่ระดับ 0.05 ประสพการณ์ มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพที่ระดับ 0.01

ศุกลักษณ์ บุญความดี (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสุขภาพของผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างอายุ 15-59 ปี จำนวน 210 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ พบว่าผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นหญิง 120 คน ชาย 90 คน อยู่ในวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 40.4 การศึกษาระดับประถมร้อยละ 28.1 อาชีพรับจ้างร้อยละ 26.7 และร้อยละ 63.8 รับประทานอาหารระดับประถมร้อยละ 59.4 มีสาเหตุมาจากบริโภคเนื้อสัตว์ ร้อยละ 89.0 มีผลทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ร้อยละ 81.0 ใช้วิธีลดน้ำหนักโดยควบคุมอาหารและออกกำลังกาย ร้อยละ 25.7 พบว่าส่วนใหญ่รับประทาน อาหารที่มีไขมันสูงและคาร์โบไฮเดรตสูงไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 70 และไม่ลดน้ำหนัก ร้อยละ 68.1 พบปัญหาสุขภาพทางกายร้อยละ 41.9

2.5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

แคลเนลและคนอื่น ๆ (Kannel, et. al. 197) ศึกษาประชากรที่ปราศจากภาวะโรคหัวใจ ในขณะที่เริ่มต้นการศึกษาทั้งชายและหญิง อายุ 30-62 ปี จำนวน 5,127 คน ที่มีระดับโคเลสเตอรอล เริ่มต้นปกติติดตามไปเป็นระยะเวลา 14 ปี แล้วแบ่งกลุ่มตามระดับ โคเลสเตอรอลในเลือดพบว่า กลุ่มที่มีระดับ โคเลสเตอรอลในเลือดสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับ โคเลสเตอรอลในเลือดปกติ

แคนเนลและคนอื่น ๆ (Kannel, et. al. 1982) ทำการทดลองหาปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจ ขาดเลือด โดยติดตามคนผิวขาวเพศชายในประเทศสหรัฐอเมริกา อายุ 35-37 ปี จำนวน 325,384 คน เป็นเวลา 6 ปี พบความสัมพันธ์ทางบวกแบบเส้นตรงระหว่างระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเมื่อ เริ่มต้นการรักษากับการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด คือ กลุ่มที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงจะมี อัตราตายจากภาวะหัวใจขาดเลือดสูงกว่ากลุ่มผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดปกติ

ทัฟเฟินบาร์เกอร์ และคณะ (Paffenbarger, et. al. 1978) ศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรค หลอดเลือดหัวใจ พบว่าคนที่ออกกำลังกายทุกวันมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่าคนที่ไม่ออกกำลังกายถึง 2 เท่า

ครอมเอาท และคนอื่น ๆ (Kronhout, et. al. 1984) ศึกษาความสัมพันธ์ของอาหารและการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจในชายอายุ 40-59 ปี จำนวน 871 คน โดยติดตามไปเป็นเวลา 10 ปี เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจกับผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ที่ตายจากหลอดเลือดหัวใจรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลมากกว่าและรับประทาน โปรตีนจากพืช น้ำตาลเชิงซ้อน และเส้นใยอาหารน้อยกว่า สรุปว่าอาหารที่มีโคเลสเตอรอลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนอาหารประเภทโปรตีนจากพืช น้ำตาลเชิงซ้อน และเส้นใยอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

วูดส์ (Woods, 1985) ได้วัดระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปและแบบแผนการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยในหญิงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 20–40 ปี พบว่าเมื่อมีการสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างจริงจังจะสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น การป้องกันอาการต่าง ๆ โดยไม่ต้องรับประทานยา ได้แก่ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

ดัฟฟี (Duffy, 1988) ได้ศึกษารูปแบบต่าง ๆ ของการส่งเสริมสุขภาพในหญิงวัยกลางคนอายุระหว่าง 35–65 ปี ที่ทำงานอยู่ในมหาวิทยาลัย จำนวน 262 คน โดยใช้แบบสอบถามเครื่องมือวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าการถูกบังคับให้ปฏิบัติตามของสถานบริการสุขภาพ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพปัจจุบัน ความวิตกกังวล และตระหนักในเรื่องสุขภาพ ระดับการศึกษาที่สูงกว่ามัธยม กฎข้อบังคับของหน่วยงานด้านสุขภาพ สามารถอธิบายผลของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในชีวิตประจำวันได้ร้อยละ 25.0 ตัวแปรที่เป็นกฎระเบียบ 2 ตัวอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 72.8 การสนับสนุนระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย อายุ กฎเกณฑ์ของหน่วยงาน คำนวณความวิตกกังวลและตระหนักในสุขภาพ อธิบายความแปรปรวนในด้านพฤติกรรมทางสุขภาพ คุณค่าในตัวเอง ภาวะสุขภาพปัจจุบัน และภาวะสุขภาพในอนาคตได้ร้อยละ 36.3 ความรับผิดชอบทางสุขภาพ การได้รับสารอาหาร ความเครียดในหน้าที่อธิบายความแปรปรวนของสถานะทางสุขภาพที่ไม่ดีได้ร้อยละ 36.3

เบนฟาน (Benfant R., et. al. 1991) ศึกษาผลของการนำพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องต่อการเกิดโรค พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องในระยะเวลาอันสั้นจะไม่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างทันทีทันใดแต่จะต้องกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นระยะเวลายาวนานจึงพบโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้บ่อยในวัยสูงอายุและวัยผู้ใหญ่

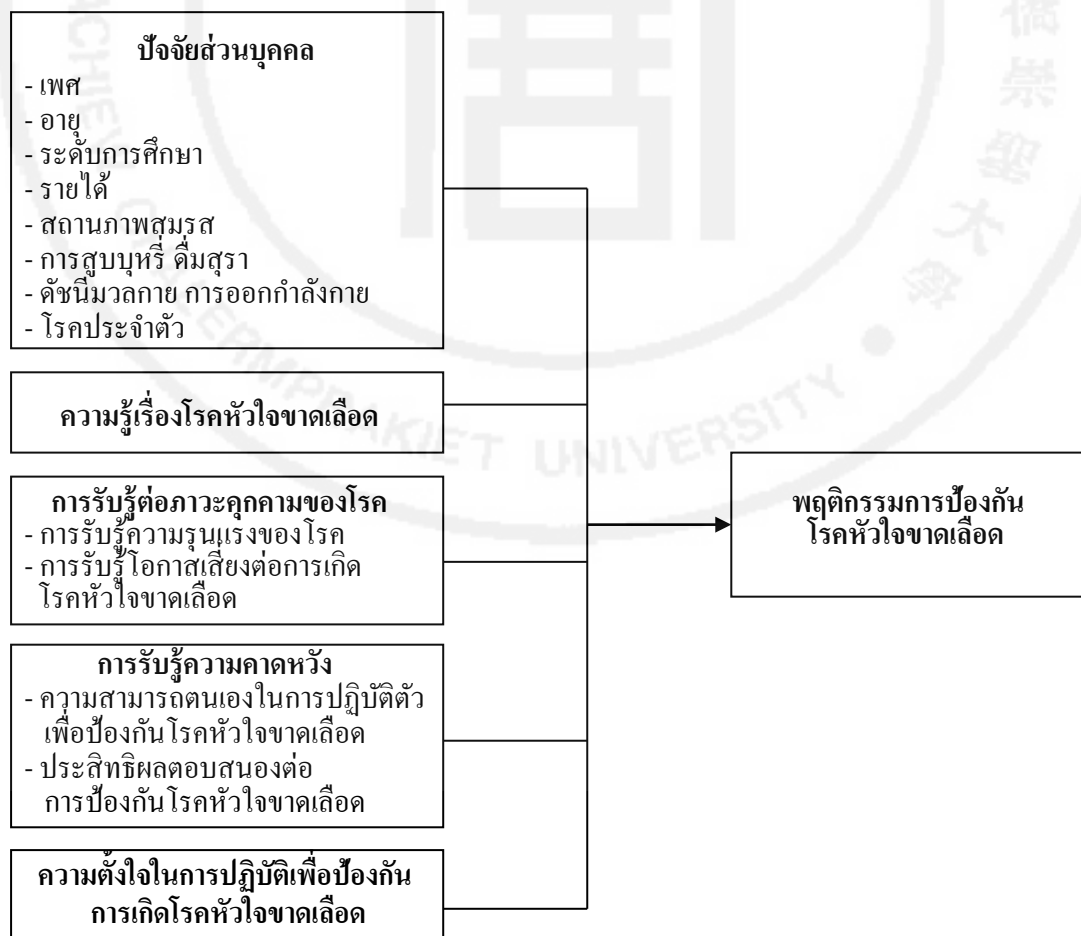
ดอนนา (Donna, 1992) ได้ศึกษาสถานะทางการประกอบอาชีพและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจในหญิงวัยกลางคน อายุ 40–59 ปี จำนวน 242 คน โดยตรวจน้ำตาลในเลือดและวัดความดันโลหิต ภาวะทางหัวใจและโรคเรื้อรัง และตามไปเยี่ยมต่อที่คลินิกรักษาโรค พบว่าร้อยละ 4.67 เป็นหญิงที่ทำงานนอกบ้าน ตำแหน่งผู้บริหารระดับต้น พฤติกรรมสุขภาพพบว่าผู้หญิงที่ทำงาน สูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าและออกกำลังกายมากกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้ประกอบอาชีพแต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าหญิงที่มีอาชีพมีระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดต่ำกว่าหญิงที่ไม่ได้ประกอบอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยสรุปว่าหญิงวัยกลางคนที่มีอาชีพในตำแหน่งบริหารจัดการมีสุขภาพดีกว่าหญิงที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

จากการทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในเรื่องนี้ สามารถสรุปได้ว่าการป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดนั้นมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันอยู่หลายประการ โดยที่ปัจจัยบางประการสามารถเป็นตัวทำนายหรือตัวกำหนดที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือ

อาจเรียกอีกอย่างหนึ่งได้ว่าเป็น “ปัจจัยเสี่ยง” ซึ่งเป็นที่ประจักษ์ชัดว่ายังมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้นเพียงใด โอกาสหรือภาวะเสี่ยงต่อการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดยิ่งสูงขึ้นเพียงนั้น ดังนั้นในแง่ของการควบคุมป้องกันโรคเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค โดยหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคนำมาวิเคราะห์หาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวอายุ 35–60 ปี

จากการศึกษาผลการวิจัยทั้งในและต่างประเทศ สรุปได้ว่าปัจจัยต่าง ๆ ของการดูแลสุขภาพตนเองหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งการขาดคำแนะนำในด้านความรู้เรื่องโรคจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีผลต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ในวัยที่มีอายุ 35–60 ปีได้ ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมจึงได้กรอบแนวคิดดังแผนภูมิต่อไปนี้

แผนภูมิที่ 2.4
กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว

ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนการพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว

3.1 การวิจัยเชิงสำรวจ

ในขั้นตอนนี้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว ซึ่งประกอบด้วย

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1.1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว

3.1.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่ทั้งหญิงและชายที่มีอายุระหว่าง 35–60 ปี ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหัวเฉียว รวมทั้งสิ้น 378 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยใช้แนวคิดกำหนดขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane ซึ่งกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.05 โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลาก

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

n คือ ขนาดตัวอย่าง
 N คือ จำนวนประชากร 378 คน
 e คือ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง = 0.05

จากการคำนวณ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 195 คน ทั้งเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน

3.1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด PRECEDE (Green and Kreuter, 1991) ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ส่วนที่ 5 ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ในการพัฒนาเครื่องมือและการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสาร ตำรา ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบสอบถาม
2. ศึกษาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค แนวคิดในการดูแลตนเอง และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ที่เกี่ยวข้อง
3. นำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษามาสร้างแบบสอบถาม โดยมีข้อคำถามทั้งปลายปิดและปลายเปิด และมีเนื้อหาสาระครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย
4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นฉบับร่าง นำไปเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาเนื้อหาแบบสอบถามทั้งหมดและปรับปรุงตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
5. นำแบบสอบถามไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว ที่ไม่ได้ถูกคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างจริงในการเก็บข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ และให้ผลค่า

ความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม ตอนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดโดยใช้สูตร K-R 20 (Kuder–Richardson) มีค่าเท่ากับ 0.9012 ส่วนค่าของความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และส่วนที่ 5 ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.8502, 0.8461 และ 0.8140 ตามลำดับ

1. นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปใช้ในการเก็บข้อมูล

แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์มีความครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ น้ำหนักส่วนสูง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วย

- ความเข้าใจในสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 2 ข้อ
- อาการของโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 1 ข้อ
- ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 4 ข้อ
- การป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 2 ข้อ

โดยมีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1

ข้อคำถามความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

คำถาม	จำนวน (ข้อ)	ลำดับข้อคำถามเชิงบวก	ลำดับข้อคำถามเชิงลบ
ความเข้าใจในสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	2	1	2
อาการของโรคหัวใจขาดเลือด	1	3	
ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	4	7, 8, 9	4
การป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	2	6	5

และมีเกณฑ์การให้คะแนนในส่วนนี้ มีดังนี้

คำถามเชิงบวก	ตอบว่า	ใช่	ให้คะแนน	1	คะแนน
คำถามเชิงบวก	ตอบว่า	ไม่ใช่	ให้คะแนน	0	คะแนน
คำถามเชิงลบ	ตอบว่า	ใช่	ให้คะแนน	0	คะแนน
คำถามเชิงลบ	ตอบว่า	ไม่ใช่	ให้คะแนน	1	คะแนน

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ในส่วนที่ 3 แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	5	คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1	คะแนน

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ในส่วนที่ 4 แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด มีตัวเลือกและให้คะแนนเช่นเดียวกับส่วนที่ 3

ส่วนที่ 5 ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ตามการปฏิบัติกิจกรรมเริ่มตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ ซึ่งให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน	5	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้คะแนน	4	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้คะแนน	3	คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ	ให้คะแนน	1	คะแนน

3.1.4 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยได้ติดต่อประสานงานเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวเฉียว เพื่อขออนุญาตขอแจกแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานเหล่านั้น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ทราบ
3. ผู้วิจัยเข้าแจกแบบสอบถามด้วยตัวเองต่อกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแจ้งระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม และขอเก็บรวบรวมข้อมูลกลับภายในเวลาประมาณ 7 วัน ซึ่งในการศึกษาจริงได้

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายออกมาจำนวน 200 คน ส่งแบบสอบถามออกไป 220 ชุด โดยมีผู้ตอบแบบสอบถามครบจำนวนและตอบโดยสมบูรณ์จำนวน 204 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับครบสมบูรณ์เท่ากับร้อยละ 92.72

4. วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถาม

3.1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล วิเคราะห์และสรุปผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Statistical Package for the Social Science (SPSS FOR WINDOW) โดยกำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 และมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ความสามารถในประสิทธิผลตอบสนองต่อการป้องกันโรค ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด วิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics) โดยนำตัวแปรข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ประสิทธิภาพตอบสนองต่อการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเป็นตัวแปรต้นไปหาความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุตามแบบขั้นตอน (Multiple Regression, Stepwise Method)

3.2 การพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่

หลังจากดำเนินการในขั้นตอนที่ 3.1 แล้ว จึงนำผลการสำรวจนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ (Experts) 3 ท่านเพื่อตรวจสอบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และเสนอเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในเชิงทฤษฎีตามมุมมองของผู้ให้บริการและนำเสนอแนวทางปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญนี้ให้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง (Stakeholders) เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติ หลังจากนั้นรวบรวมแนวทางของผู้เชี่ยวชาญและข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติเพื่อปรับเป็นแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (Practical Guidelines)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวใจเฉียบที่มีอายุตั้งแต่ 35-60 ปี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ทฤษฎีการดูแลตนเอง และแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดให้แก่เจ้าหน้าที่กลุ่มอายุ 35-60 ปี และสามารถนำมาใช้ประโยชน์กับเจ้าหน้าที่ทั่วไปได้ด้วย ทั้งนี้ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามในเดือนสิงหาคม 2549 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 200 คน โดยแจกแบบสอบถาม 220 ชุด ได้รับการตอบกลับที่สมบูรณ์ 204 ชุด เป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ 120 คน และเจ้าหน้าที่หน่วยงานสนับสนุน 84 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็นรายละเอียด 5 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด
3. การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด
4. ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด
5. ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด
6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด
7. การนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้เชี่ยวชาญ (Experts) นำเสนอเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และนำผู้ปฏิบัติ (Stakeholder)
8. ผลการพิสูจน์สมมติฐาน

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป (ดังแสดงในตารางที่ 4.1)

ด้านเพศ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.8 ส่วนที่เหลือเป็นเพศชายร้อยละ 16.2

ด้านอายุ

อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 44.25 ± 6.76 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุระหว่าง 35-40 ปี ร้อยละ 36.8 รองลงมาคืออายุระหว่าง 46-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.9 กลุ่มอายุ 41-45 ปี และ 51-55 ปี มีจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 14.2 และกลุ่มอายุ 56-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.9

ด้านสถานภาพสมรส

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 51.5 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานะ โสดคิดเป็นร้อยละ 39.7 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหม้าย/หย่า/แยกมีเพียงร้อยละ 8.8

ด้านการศึกษา

ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีร้อยละ 73.0 รองลงมาคือมัธยมศึกษาร้อยละ 21.6 ตามด้วยระดับปริญญาโทขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 3.9 และ ประถมศึกษาอีกร้อยละ 1.5

ด้านรายได้ต่อเดือน

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ $19,438.15 \pm 9,466.10$ บาท ส่วนใหญ่รายได้ อยู่ระหว่าง 10,001–20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 46.5) รองลงมาคือช่วงรายได้ 20,001–30,000 บาท ต่อเดือน รายได้ 50,000–10,000 บาทต่อเดือน และมากกว่า 30,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 31.4, 16.7 และ 5.4 ตามลำดับ

ด้านดัชนีมวลกาย (BMI)

BMI เฉลี่ยอยู่ที่ 23.01 ± 3.80 กก./ม² กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติคิดเป็น ร้อยละ 66.6 ถัดมาคือกลุ่มตัวอย่างที่มีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 21.6 ตาม ด้วยเกณฑ์อ้วนระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 3.9 อยู่ในเกณฑ์อ้วนมากคิดเป็นร้อยละ 0.5 และที่เหลืออยู่ใน เกณฑ์ต่ำกว่ามาตรฐานคิดเป็นร้อยละ 7.4

ด้านการสูบบุหรี่

ผู้ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 97.5 และมีเพียงร้อยละ 2.5 ของ กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่

ด้านการดื่มสุรา

ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างจะไม่ดื่มคิดเป็นร้อยละ 82.4 มีร้อยละ 2.5 ที่ตอบว่าดื่มนาน ๆ ครั้ง และไม่มีผู้ใดเลยที่มีการดื่มเป็นประจำ

ด้านการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายตั้งแต่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 13.2 และกลุ่มที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 86.8

โรคประจำตัว

ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างจะไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 69.2) และกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 30.8 โดยเป็นโรคประจำตัว 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 24.4 ประกอบด้วยโรคไขมันในเลือดสูงคิดเป็นร้อยละ 22.6 ความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 0.9 และเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 0.9

กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 6.4 ประกอบด้วยโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงคิดเป็นร้อยละ 5.4 โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูงคิดเป็นร้อยละ 0.5 ส่วนโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 0.5

ตารางที่ 4.1

จำนวน (ร้อยละ) ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N = 204	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	33	16.2
หญิง	171	83.8
อายุ (ปี) ($X \pm SD = 44.25 \pm 6.76$ ปี)		
35-40	75	36.8
41-45	29	14.2
46-50	63	30.9
51-55	29	14.2
56-60	8	2.9
สถานภาพสมรส		
โสด	81	39.7
สมรส	105	51.5
หม้าย / หย่า / แยก	18	8.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	3	1.5
มัธยมศึกษา	44	21.6
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	149	73.0
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	8	3.9

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)
จำนวน (ร้อยละ) ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N = 204	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน (X ± SD = 19,438.15 ± 9,466.10 บาท)		
5,000–10,000 บาท	34	16.7
10,001–20,000 บาท	95	46.5
20,001–30,000 บาท	64	31.4
> 30,000 บาท	11	5.4
ดัชนีมวลกาย (BMI) (X + SD = 23.01 ± 3.80 กก./ม.2)		
น้อยกว่า 18.49 กก./ม.2	15	7.4
ปกติ (18.50-24.99 กก./ม.2)	136	66.6
ปานกลางหรืออ้วนระดับ 1 (25.00-29.99 กก./ม.2)	44	21.6
อ้วนระดับ 2 (30.00-39.99 กก./ม.2)	8	3.9
มากหรืออ้วนระดับ 3 (= หรือมากกว่า 40.00 กก./ม.2)	1	0.5
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	199	97.5
สูบ	5	2.5
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	168	82.4
ดื่มบางครั้ง	36	17.6
ดื่มเป็นประจำ	0	0.0
การออกกำลังกาย		
ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง / สัปดาห์	177	86.8
ออกกำลังกายตั้งแต่ 3 ครั้ง / สัปดาห์	27	13.2
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	141	69.2
มีโรคประจำตัว		
- ไขมันในเลือดสูง	46	22.6
- ความดันโลหิตสูง	2	0.9
- เบาหวาน	2	0.9
- ไขมันในเลือดสูง + ความดันโลหิตสูง	11	5.4
- ไขมันในเลือดสูง + เบาหวาน	1	0.5
- ไขมันในเลือดสูง + ความดันโลหิตสูง + เบาหวาน	1	0.5

4.2 ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด โดยข้อที่ผู้ตอบถูกต้องได้คะแนนมากที่สุดคือ ข้อ 6 “การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้” ซึ่งมีผู้ตอบได้ถูกต้อง 193 คน คิดเป็นร้อยละ 94.6 รองลงมาคือ ข้อ 5 “โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้” (เป็นคำถามเชิงลบ) และข้อ 4 “คนพอมเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนอ้วน” (เป็นคำถามเชิงลบ) ซึ่งตอบได้ถูกต้อง 191 คน และ 183 คน คิดเป็นร้อยละ 93.6 และ 89.7 ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 4.2)

ในทางตรงกันข้าม ข้อที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบได้ถูกต้องมีจำนวนน้อยที่สุดคือ ข้อ 8 “การดื่มสุราปริมาณมาก ๆ ติดต่อกันนาน ๆ ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้” มีจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 10.8

ตารางที่ 4.2

จำนวน (ร้อยละ) และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดเป็นรายข้อ

ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด	Total (N=204)	Clinic (N=120)	Non Clinic (N=84)
1. การที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจแข็งตัว เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด	175 (85.8)	107 (89.2)	68 (81.0)
2. การรับประทานอาหารรสเค็มทำให้ความดันโลหิตลดลงส่งผลให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้	174 (85.3)	116 (96.7)	58 (69.0)
3. อาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการของโรคหัวใจขาดเลือด	160 (78.4)	101 (84.2)	59 (70.2)
4. คนพอมเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนอ้วน	183 (89.7)	114 (95.0)	69 (82.1)
5. โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้	191 (93.6)	118 (98.3)	73 (86.9)
6. การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้	193 (94.6)	115 (95.8)	78 (92.9)
7. ผู้ที่สูบบุหรี่จัดมีโอกาสดเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้	182 (89.2)	114 (95.0)	68 (81.0)
8. การดื่มสุราปริมาณมาก ๆ ติดต่อกันนาน ๆ ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้	157 (77.0)	99 (82.5)	58 (69.0)
9. ความเครียดมีผลทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้	177 (86.8)	109 (90.8)	68 (81.0)
คะแนนเฉลี่ยทั้ง 9 ข้อ (X ± SD)	7.80±1.67	8.27±0.98	7.13±2.17
		p = 0.004	

ในด้านผู้ตอบแบบสอบถามพบว่าโดยเฉลี่ยมีคะแนนเท่ากับ 7.80 ± 1.67 คะแนน และพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มีคะแนนเฉลี่ย 8.27 ± 0.98 คะแนน ในขณะที่เจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนมีคะแนนเฉลี่ย 7.13 ± 2.17 คะแนน ซึ่งเจ้าหน้าที่ฝ่ายการแพทย์และฝ่ายสนับสนุนมีความแตกต่างกันในเรื่องความรู้ในเรื่องโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) และผลรวมจำนวนข้อที่ตอบถูกต้องของผู้ตอบแบบสอบถามมีดังนี้

ผู้ตอบแบบสอบถามที่ตอบถูกต้องทั้งหมด 9 ข้อ มีจำนวน 93 คน (ฝ่ายทางการแพทย์ = 68 คน ฝ่ายสนับสนุน = 25 คน)

ผู้ตอบแบบสอบถามที่ตอบถูกต้อง 8 ข้อ มีจำนวน 55 คน (ฝ่ายทางการแพทย์ = 33 คน ฝ่ายสนับสนุน = 22 คน)

ผู้ตอบแบบสอบถามที่ตอบถูกต้อง 7 ข้อ มีจำนวน 25 คน (ฝ่ายทางการแพทย์ = 13 คน ฝ่ายสนับสนุน = 12 คน)

ผู้ตอบแบบสอบถามที่ตอบถูกต้อง 6 ข้อ มีจำนวน 11 คน (ฝ่ายทางการแพทย์ = 3 คน ฝ่ายสนับสนุน = 8 คน)

ผู้ตอบแบบสอบถามที่ตอบถูกต้อง 5 ข้อ มีจำนวน 10 คน (ฝ่ายทางการแพทย์ = 3 คน ฝ่ายสนับสนุน = 7 คน)

ผู้ตอบแบบสอบถามที่ตอบถูกต้องน้อยกว่า 5 ข้อ มีจำนวน 9 คน (ฝ่ายทางการแพทย์ = 0 ฝ่ายสนับสนุน = 9 คน)

ผู้ตอบแบบสอบถามที่ตอบผิดทั้งหมด 9 ข้อ มีจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นฝ่ายสนับสนุน

4.3 การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ในเรื่องการรับรู้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

4.3.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด

ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดนั้น ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงความสำคัญของความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดนั้นมีความสำคัญในระดับเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกันอยู่ระหว่างร้อยละ 70.6-98.0 โดยข้อที่ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยอย่างยิ่งสูงสุดคือ ข้อ 2 “โรคหัวใจขาดเลือดสามารถป้องกันได้” เท่ากับร้อยละ 48.0 (คะแนนเฉลี่ย 4.46) และข้อที่ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยอย่างยิ่งต่ำสุดคือ ข้อ 5 “ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่จะเสียชีวิตทันทีก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล” เท่ากับร้อยละ 17.2 (คะแนนเฉลี่ย 3.40)

โดยภาพรวมของการรับรู้ถึงความสำคัญของความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดจะได้ค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดทั้ง 7 ข้อ เท่ากับ 3.93 ± 0.52 ซึ่งอยู่ในช่วงเห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (ดังแสดงในตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3

จำนวน (ร้อยละ) ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	$\bar{x} \pm SD$
1. โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่มีความรุนแรง เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 และไม่สามารถหายเป็นปกติได้	44 (21.6)	83 (40.7)	37 (18.1)	36 (17.6)	4 (2.0)	3.62 ± 1.07
2. โรคหัวใจขาดเลือดสามารถป้องกันได้	98 (48.0)	102 (50.0)	3 (1.5)	1 (0.5)	0 (-)	4.46 ± 0.56
3. โรคหัวใจขาดเลือดจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เจ็บแปลบที่ลำคอ หรือตันแขน ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต	73 (35.8)	91 (44.6)	32 (15.7)	4 (2.0)	4 (2.0)	4.10 ± 0.87
4. โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่ต้องรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องทำให้เสียเวลาและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	73 (35.8)	87 (42.6)	13 (6.4)	25 (12.3)	6 (2.9)	3.96 ± 1.09
5. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่จะเสียชีวิตทันทีก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	35 (17.2)	65 (31.9)	55 (27.0)	45 (22.1)	4 (2.0)	3.40 ± 1.07
6. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจะเหนื่อยง่าย ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง	71 (34.8)	113 (55.4)	15 (7.4)	5 (2.5)	0 (-)	4.32 ± 0.69
7. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมักเป็นภาระต่อการดำเนินชีวิตของท่านและครอบครัว	53 (26.0)	91 (44.6)	22 (10.8)	35 (17.2)	3 (1.5)	3.76 ± 1.07
คะแนนเฉลี่ย						3.93 ± 0.52

จากตารางที่ 4.4 พบว่าทั้งฝ่ายทางการแพทย์และฝ่ายสนับสนุนไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องการรับรู้ถึงความสำคัญของความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.150$)

ตารางที่ 4.4

ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	X ± SD		
	Total	Clinic	Non Clinic
1. โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่มีความรุนแรงเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 และไม่สามารถหายเป็นปกติได้	3.62±1.07	3.66±1.07	3.57±1.07
2. โรคหัวใจขาดเลือดสามารถป้องกันได้	4.46±0.56	4.49±0.53	4.40±0.58
3. โรคหัวใจขาดเลือดจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเจ็บแปลบที่ลำคอหรือต้นแขน ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต	4.10±0.87	4.13±0.93	4.07±0.79
4. โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่ต้องรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องทำให้เสียเวลาและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	3.96±1.09	4.02±1.14	3.88±1.01
5. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่จะเสียชีวิตทันทีก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	3.40±1.07	3.50±1.04	3.26±1.11
6. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจะเหนื่อยง่ายทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง	4.32±0.69	4.29±0.63	4.13±0.76
7. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมักเป็นภาระต่อการดำเนินชีวิตของท่านและครอบครัว	3.76±1.07	3.84±1.04	3.65±1.10
คะแนนเฉลี่ยของทั้ง 7 ข้อ (X ± SD)	3.93±0.52	3.98±0.53	3.85±0.50
		$p = 0.150$	

4.3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ดังแสดงในตารางที่ 4.5 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ให้ความสำคัญด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกันอยู่ระหว่างร้อยละ 81.3–98.6 โดยข้อที่ได้คะแนนเห็นด้วยอย่างยิ่งสูงสุดคือ ข้อ 10 “การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก เช่น กะทิ ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ไข่แดง อาหารทอดน้ำมัน เป็นประจำจะทำให้มีโคเลสเตอรอลในเลือดสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด” คิดเป็นร้อยละ 66.2 และเมื่อพิจารณาโดยภาพรวมค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้ง 9 ข้อ เท่ากับ 4.25 ± 0.47

ตารางที่ 4.5

จำนวน (ร้อยละ) และค่าเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	$\bar{x} \pm SD$
8. คนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากขึ้น	47 (23.0)	119 (58.3)	29 (14.2)	8 (3.9)	1 (0.5)	4.00±0.76
9. ผู้ที่มีความเครียดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่มีความเครียดน้อยหรือไม่มีเลย	75 (36.8)	107 (52.5)	17 (8.3)	4 (2.0)	1 (0.5)	4.23±0.72
10. การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก เช่น กะทิ ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ไข่แดง อาหารทอดน้ำมันเป็นประจำจะทำให้มีโคเลสเตอรอลในเลือดสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	135 (66.2)	66 (32.4)	2 (1.0)	1 (0.5)	0 (-)	4.64±0.53
11. ผู้ที่เป็นเบาหวานที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องมักเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	77 (37.7)	94 (46.1)	28 (13.7)	5 (2.5)	0 (-)	4.19±0.76
12. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	93 (45.6)	85 (41.7)	19 (9.3)	7 (3.4)	0 (-)	4.29±0.78
13. การขาดการออกกำลังกายเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	68 (33.3)	114 (55.9)	12 (5.9)	7 (3.4)	3 (1.5)	4.16±0.80
14. คนอ้วนเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ง่ายกว่าคนผอม	77 (37.7)	98 (48.0)	22 (10.8)	7 (3.4)	0 (-)	4.20±0.76
15. การสูบบุหรี่มากเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	95 (46.6)	92 (45.1)	13 (6.4)	4 (2.0)	0 (-)	4.36±0.69
16. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นอันตรายต่อหัวใจและเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	74 (36.3)	101 (49.5)	26 (12.7)	3 (1.5)	0 (-)	4.21±0.71
คะแนนเฉลี่ย						4.25±0.47

ดังแสดงในตารางที่ 4.6 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเท่ากับ 4.31 ± 0.44 ในขณะที่ฝ่ายสนับสนุนมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.16 ± 0.51 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p - value = 0.030)

ตารางที่ 4.6

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
กับกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค	x ± SD		
	Total	Clinic	Non Clinic
8. คนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากขึ้น	4.00±0.76	3.99±0.73	4.00±0.81
9. ผู้ที่มีความเครียดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่มีความเครียดน้อยหรือไม่มีเลย	4.23±0.72	4.32 ±0.65	4.00±0.81
10. การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก เช่น กะทิ ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ไข่แดง อาหารทอดน้ำมัน เป็นประจำจะทำให้มีโคเลสเตอรอลในเลือดสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	4.64±0.53	4.68±0.47	4.64±0.53
11. ผู้ที่เป็นเบาหวานที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องมักเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	4.19±0.76	4.28±0.69	4.19±0.76
12. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	4.29±0.78	4.38±0.75	4.29±0.78
13. การขาดการออกกำลังกายเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	4.16±0.80	4.23±0.74	4.16±0.80
14. คนอ้วนเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ง่ายกว่าคนผอม	4.20±0.76	4.26±0.70	4.20±0.76
15. การสูบบุหรี่มากเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	4.36±0.69	4.43±0.64	4.36±0.69
16. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นอันตรายต่อหัวใจและเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	4.21±0.71	4.31±0.62	4.06±0.81
คะแนนเฉลี่ย ทั้ง 9 ข้อ	4.25±0.47	4.31±0.44	4.16±0.51
		<i>p = 0.030</i>	

4.4 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผล

ต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ในด้านความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดแบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

4.4.1 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

จากตารางที่ 4.7 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในระดับเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งรวมกันสูงสุดคิดเป็นร้อยละระหว่าง 92.7 คือ ข้อ 9 “ท่านคิดว่าท่านสามารถไปรับการตรวจร่างกายประจำปีเพื่อตรวจหาภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานได้” รองลงมาคือ ข้อ 5 “ท่านคิดว่าท่านสามารถงดสูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่จากผู้อื่นได้” ร้อยละ 88.7

เมื่อพิจารณาในภาพรวมของความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดแล้วจะได้ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดทั้ง 9 ข้อมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 ± 0.37

ตารางที่ 4.7

จำนวน (ร้อยละ) และค่าเฉลี่ยของความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	$x \pm SD$
1. ท่านคิดว่าท่านสามารถลดการรับประทานอาหารประเภทไขมัน ไข่กะทิ หรือไขมันมากได้	62 (30.4)	113 (55.4)	24 (11.8)	4 (2.0)	1 (0.5)	4.13 ± 0.73
2. ท่านคิดว่าท่านสามารถเลือกซื้ออาหารเพื่อการควบคุมระดับไขมันในเลือดได้	47 (23.0)	115 (56.4)	35 (17.2)	6 (2.9)	1 (0.5)	3.99 ± 0.75
3. ท่านคิดว่าท่านสามารถงดการดื่มชา กาแฟได้	43 (21.1)	54 (26.5)	85 (41.7)	19 (9.3)	3 (1.5)	3.56 ± 0.97

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)
จำนวน (ร้อยละ) และค่าเฉลี่ยของความคาดหวังในความสามารถของตนเอง
ต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อ การป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	$\bar{x} \pm SD$
4. ท่านคิดว่าท่านสามารถดัดเครื่องดัดที่มี แอลกอฮอล์ได้	126 (61.8)	60 (29.4)	14 (6.9)	2 (1.0)	2 (1.0)	4.50 ± 0.75
5. ท่านคิดว่าท่านสามารถดซับบุหรี่หรือ เลียยสูดควันบุหรี่จากผู้อื่นได้	110 (53.9)	71 (34.8)	18 (8.8)	2 (1.0)	3 (1.5)	4.39 ± 0.81
6. ท่านคิดว่าท่านสามารถควบคุมน้ำหนักตัว ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้	35 (17.2)	98 (48.0)	65 (31.9)	4 (2.0)	2 (1.0)	3.78 ± 0.78
7. ท่านคิดว่าสามารถออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นานครั้งละ 30 นาทีได้	14 (6.9)	47 (23.0)	120 (58.8)	23 (11.3)	0 (-)	3.25 ± 0.75
8. ท่านคิดว่าท่านสามารถหาวิธีลด ความเครียดและความวิตกกังวลลงได้	24 (11.8)	120 (58.8)	51 (25.0)	8 (3.9)	1 (0.5)	3.77 ± 0.72
9. ท่านคิดว่าท่านสามารถไปรับการตรวจ ร่างกายประจำปีเพื่อตรวจหาภาวะความดัน โลหิตสูงและเบาหวานได้	86 (42.2)	113 (55.4)	5 (2.5)	0 (-)	0 (-)	4.40 ± 0.54
คะแนนเฉลี่ย						3.97 ± 0.37

จากตารางที่ 4.8 พบว่าค่าเฉลี่ยของความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของฝ่ายทางการแพทย์และฝ่ายสนับสนุนมีค่าเท่ากับ 3.99 ± 0.35 และ 3.95 ± 0.40 ตามลำดับ แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.460$)

ตารางที่ 4.8

คะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และฝ่ายสนับสนุน

ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	x ± SD		
	Total	Clinic	Non Clinic
1. ท่านคิดว่าท่านสามารถลดการรับประทานอาหารประเภทติดมัน ใส่น้ำตาล หรือไขมันมากได้	4.13±0.73	4.16±0.70	4.10±0.77
2. ท่านคิดว่าท่านสามารถเลือกซื้ออาหารเพื่อการควบคุมระดับไขมันในเลือดได้	3.99±0.75	3.94±0.75	4.05±0.76
3. ท่านคิดว่าท่านสามารถงดการดื่มชา กาแฟ ได้	3.56±0.97	3.48±1.00	3.68±0.93
4. ท่านคิดว่าท่านสามารถงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้	4.50±0.75	4.63±0.64	4.32±0.87
5. ท่านคิดว่าท่านสามารถงดสูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่จากผู้อื่นได้	4.39±0.81	4.37±0.73	4.42±0.91
6. ท่านคิดว่าท่านสามารถควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้	3.78±0.78	3.83±0.75	3.73±0.83
7. ท่านคิดว่าท่านสามารถออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นานครั้งละ 30 นาทีได้	3.25±0.75	3.24±0.77	3.27±0.72
8. ท่านคิดว่าท่านสามารถหาวิธีลดความเครียดและความวิตกกังวลลงได้	3.77±0.72	3.87±0.67	3.64±0.77
9. ท่านคิดว่าท่านสามารถไปรับการตรวจร่างกายประจำปีเพื่อตรวจหาภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานได้	4.40±0.54	4.50±0.54	4.36±0.59
ค่าเฉลี่ยทั้ง 9 ข้อ	3.97±0.37	3.99±0.35	3.95±0.40
		<i>p = 0.460</i>	

4.4.2 ความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

จากตารางที่ 4.9 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วยรวมกันอยู่ระหว่างร้อยละ 79.4-95.1 โดยข้อที่ได้คะแนน “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” สูงสุดคือ ข้อ 11 “ท่านคาดหวังการควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด” คิดเป็นร้อยละ 48.5 และข้อที่ได้คะแนน “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” น้อยที่สุดคือ ข้อ 12 “ท่านคาดหวังการรับประทานขนมหวานให้น้อยลงทำให้น้ำหนักลดลงได้” คิดเป็นร้อยละ 30.9

เมื่อพิจารณาในภาพรวมของความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดแล้ว จะได้ค่าคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดทั้ง 7 ข้อ เท่ากับ 4.25 ± 0.48

ตารางที่ 4.9

จำนวน (ร้อยละ) และค่าเฉลี่ยของความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ความคาดหวังในประสิทธิผลการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	$\bar{x} \pm SD$
10. ท่านคาดว่าจะการหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมัน (กะทิ ไข่แดง ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่) ช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	98 (48.0)	95 (46.6)	7 (3.4)	4 (2.0)	0 (-)	4.41 ± 0.76
11. ท่านคาดว่าจะการควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติ ช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	99 (48.5)	95 (46.6)	7 (3.4)	4 (2.0)	0 (-)	4.44 ± 0.59
12. ท่านคาดว่าจะการรับประทานขนมหวานให้น้อยลงทำให้น้ำหนักลดลงได้	63 (30.9)	105 (51.5)	28 (13.7)	8 (3.9)	0 (-)	4.09 ± 0.77
13. ท่านคาดว่าจะการออกกำลังกายแต่ละครั้งนาน 30 นาที ติดต่อกัน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	73 (35.8)	112 (54.9)	19 (9.3)	0 (-)	0 (-)	4.26 ± 0.62
14. ท่านคาดว่าจะการควบคุมระดับความดันโลหิตและควบคุมภาวะเบาหวานให้อยู่ในระดับปกติป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้	77 (37.7)	113 (55.4)	14 (6.9)	0 (-)	0 (-)	4.31 ± 0.59
15. ท่านคาดว่าจะการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้	71 (34.8)	101 (49.5)	27 (13.2)	4 (2.0)	1 (0.5)	4.16 ± 0.76
16. ท่านคาดว่าจะ การเลี่ยง ควันพิษจากบุหรี่เป็นการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้	71 (34.8)	91 (44.6)	35 (17.2)	6 (2.9)	1 (0.5)	4.10 ± 0.82
คะแนนเฉลี่ย						4.25 ± 0.48

จากตารางที่ 4.10 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์กับฝ่ายสนับสนุน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.135$)

ตารางที่ 4.10

คะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์กับฝ่ายสนับสนุน

ความคาดหวังในประสิทธิผลการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	x ± SD		
	Total	Clinic	Non Clinic
10. ท่านคาดว่าจะการหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมัน (กะทิ ไข่แดง ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่) ช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	4.41±0.76	4.42±0.67	4.42±0.67
11. ท่านคาดว่าจะการควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติ ช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	4.44±0.59	4.51±0.55	4.51±0.55
12. ท่านคาดว่าจะการรับประทานนมหวานให้น้อยลงทำให้น้ำหนักลดลงได้	4.09±0.77	4.17±0.70	4.17±0.70
13. ท่านคาดว่าจะการออกกำลังกายแต่ละครั้งนาน 30 นาที ติดต่อกัน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	4.26±0.62	4.30±0.57	4.30±0.57
14. ท่านคาดว่าจะการควบคุมระดับความดันโลหิตและควบคุมภาวะเบาหวานให้อยู่ในระดับปกติป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้	4.31±0.59	4.35±0.56	4.35±0.56
15. ท่านคาดว่าจะการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้	4.16±0.76	4.30±0.66	3.96±0.86
16. ท่านคาดว่าจะการเลิกสูบบุหรี่เป็นการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้	4.10±0.82	4.17±0.79	4.01±0.86
ค่าเฉลี่ยทั้ง 7 ข้อ	4.25±0.48	4.31±0.47	4.16±0.48
		$p=0.135$	

4.5 ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ในการสำรวจส่วนนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

4.5.1 ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

จากตารางที่ 4.11 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับที่ปฏิบัติได้เป็นประจำและปฏิบัติได้บ่อยครั้งรวมกันอยู่ระหว่างร้อยละ 63.8–94.6 เมื่อพิจารณาในภาพรวมจะเห็นว่าค่าเฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถามมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดทั้ง 11 ข้อ เท่ากับ 4.30 ± 0.52

ตารางที่ 4.11

จำนวน (ร้อยละ) และคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ	$x \pm SD$
1. ลดการรับประทานอาหารที่ใส่กะทิ ทอดด้วยน้ำมัน เนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ ไข่แดง อาหารทะเล ข้าวขาหมู ฯลฯ	68 (33.3)	82 (40.2)	46 (22.5)	8 (3.9)	0 (-)	4.03 ± 0.85
2. ลดการรับประทานขนมหวานทุกชนิด	51 (25.0)	81 (39.7)	52 (25.5)	16 (7.8)	4 (2.0)	3.78 ± 0.98
3. ดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมหรือน้ำหวาน	115 (56.4)	53 (26.0)	25 (12.3)	9 (4.4)	2 (1.0)	4.32 ± 0.92
4. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	103 (50.5)	62 (30.4)	25 (12.3)	7 (3.4)	7 (3.4)	4.21 ± 1.02
5. ควบคุมไม่ให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง	103 (50.5)	64 (31.4)	19 (9.3)	8 (3.9)	10 (4.9)	4.19 ± 1.08
6. ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	65 (31.9)	65 (31.9)	38 (18.6)	24 (11.8)	12 (5.9)	3.72 ± 1.20
7. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	158 (77.5)	17 (8.3)	13 (6.4)	5 (2.5)	11 (5.4)	4.50 ± 1.09
8. ไม่สูบบุหรี่	183 (89.7)	5 (2.5)	1 (0.5)	1 (0.5)	14 (6.9)	4.68 ± 1.04
9. หาเวลาพักผ่อนเมื่อเหนื่อยจากการทำงาน	86 (42.2)	75 (36.8)	32 (15.7)	9 (4.4)	2 (1.0)	4.15 ± 0.91
10. ควบคุมตนเองไม่ให้เกิดความเครียด	96 (47.1)	70 (34.3)	29 (14.2)	7 (3.4)	2 (1.0)	4.23 ± 0.89
11. ตรวจสอบสุขภาพประจำปี ปีละครั้ง	173 (84.8)	20 (9.8)	7 (3.4)	4 (2.0)	0 (-)	4.77 ± 0.60
ค่าเฉลี่ย						4.30 ± 0.52

ดังแสดงในตารางที่ 4.12 จะเห็นว่าค่าเฉลี่ยของความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของฝ่ายทางการแพทย์เท่ากับ 4.38 ± 0.42 ส่วนค่าเฉลี่ยของความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของฝ่ายสนับสนุนเท่ากับ 4.19 ± 0.61 และคะแนนของฝ่ายทางการแพทย์และฝ่ายสนับสนุนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.020$)

ตารางที่ 4.12
ค่าคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด
ระหว่างเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์กับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน

ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	x ± SD		
	Total	Clinic	Non Clinic
1. ลดการรับประทานอาหารที่ใส่กะทิ ทอดด้วยน้ำมัน เนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ ไข่แดง อาหารทะเล ข้าวขาหมู ขาหมูพะโล้	4.03±0.85	4.11±0.85	3.92±0.84
2. ลดการรับประทานขนมหวานทุกชนิด	3.78±0.98	3.85±0.95	3.68±1.01
3. ดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมหรือน้ำหวาน	4.32±0.92	4.35±0.89	4.29±0.96
4. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	4.21±1.02	4.35±0.86	4.01±1.19
5. ควบคุมไม่ให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง	4.19±1.08	4.22±1.09	4.14±1.07
6. ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	3.72±1.20	3.79±1.18	3.62±1.22
7. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.50±1.09	4.69±1.82	4.23±1.34
8. ไม่สูบบุหรี่	4.68±1.04	4.77±0.89	4.55±1.23
9. หาเวลาพักผ่อนเมื่อเหนื่อยจากการทำงาน	4.15±0.91	4.24±0.80	4.01±1.04
10. ควบคุมตนเองไม่ให้เกิดความเครียด	4.23±0.89	4.28±0.83	4.15±0.96
11. ตรวจสอบสุขภาพประจำปี ปีละครั้ง	4.77±0.60	4.83±0.50	4.70±0.72
ค่าเฉลี่ยทั้ง 11 ข้อ	4.30±0.52	4.38±0.42	4.19±0.61
		<i>p = 0.20</i>	

4.5.2 พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

จากตารางที่ 4.13 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด เรียงคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย 2 อันดับแรก คือ ข้อ 11. (4.60 ± 0.82) “ตรวจสอบสุขภาพประจำปี ปีละครั้ง” และ ข้อ 8 (4.53 ± 1.21) “ไม่สูบบุหรี่” และข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด

คือ ข้อ 6 “ออกกำลังกายสม่ำเสมอานครั้งละ 30 นาทีอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง” โดยได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.41 ± 1.12 และเมื่อพิจารณาโดยภาพรวมนำค่าเฉลี่ยของทั้ง 11 ข้อ มาหาค่าเฉลี่ยอีกครั้งหนึ่งจะได้เท่ากับ 3.63 ± 0.55

ตารางที่ 4.13

จำนวน (ร้อยละ) ของพฤติกรรมกำบังกั้นการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

พฤติกรรมกำบังกั้นการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติไม่บ่อยครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ	$\bar{x} \pm SD$
1. ลดการรับประทานอาหารที่ใส่กะทิ ทอดด้วยน้ำมัน เนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ ไข่แดง อาหารทะเล ข้าวขาหมู ฯลฯ	13 (6.4)	59 (28.9)	89 (43.6)	37 (18.1)	6 (2.9)	3.18 ± 0.90
2. ลดการรับประทานขนมหวานทุกชนิด	10 (4.9)	61 (29.9)	81 (39.7)	44 (21.6)	8 (3.9)	3.10 ± 0.93
3. ดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมหรือน้ำหวาน	55 (27.0)	67 (32.8)	51 (25.0)	25 (12.3)	6 (2.9)	3.69 ± 1.09
4. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	45 (22.1)	57 (27.9)	59 (28.9)	29 (14.2)	14 (6.9)	3.44 ± 1.18
5. ควบคุมไม่ให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง	67 (32.8)	59 (28.9)	50 (24.5)	17 (8.3)	11 (5.4)	3.75 ± 1.16
6. ออกกำลังกายสม่ำเสมอานครั้งละ 30 นาทีอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	12 (5.9)	22 (10.8)	49 (24.0)	76 (37.3)	45 (22.1)	2.41 ± 1.12
7. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	143 (70.1)	20 (9.8)	12 (5.9)	11 (5.4)	18 (8.8)	4.27 ± 1.31
8. ไม่สูบบุหรี่	172 (84.3)	9 (4.4)	3 (1.5)	0 (-)	20 (9.8)	4.53 ± 1.21
9. หาเวลาพักผ่อนเมื่อเหนื่อยจากการทำงาน	31 (15.2)	58 (28.4)	87 (42.6)	22 (10.8)	6 (2.9)	3.42 ± 0.97
10. ควบคุมตนเองไม่ให้เกิดความเครียด	39 (19.1)	74 (36.3)	57 (27.9)	30 (14.7)	4 (2.0)	3.56 ± 1.02
11. ตรวจสอบสุขภาพประจำปีปีละครั้ง	154 (75.5)	29 (14.2)	11 (5.4)	9 (4.4)	1 (0.5)	4.60 ± 0.82
ค่าเฉลี่ย						3.63 ± 0.55

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของฝ่ายการแพทย์และฝ่ายสนับสนุน พบว่าพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของฝ่ายการแพทย์มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 ± 0.48 ซึ่งสูงกว่าพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของฝ่ายสนับสนุนที่มีค่าเท่ากับ 3.52 ± 0.63 เพียงเล็กน้อย แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.511$) ดังแสดงในตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14
ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดระหว่าง
เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์กับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน

พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	x ± SD		
	Total	Clinic	Non Clinic
1. ลดการรับประทานอาหารที่ใส่กะทิ ทอดด้วยน้ำมัน เนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ ไข่แดง อาหารทะเล ข้าวขาหมู ขาหมูพะโล้	3.18±0.90	3.28±0.96	3.02±0.79
2. ลดการรับประทานขนมหวานทุกชนิด	3.10±0.93	3.16±0.96	3.02±0.88
3. ดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมหรือน้ำหวาน	3.69±1.09	3.70±1.09	3.67±1.09
4. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	3.44±1.18	3.43±1.16	3.46±1.22
5. ควบคุมไม่ให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง	3.75±1.16	3.75±1.17	3.76±1.15
6. ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	2.41±1.12	2.41±1.07	2.42±1.19
7. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.27±1.31	4.53±1.06	3.89±1.52
8. ไม่สูบบุหรี่	4.53±1.21	4.68±1.01	4.32±1.42
9. หาวเวลาพักผ่อนเมื่อเหนื่อยจากการทำงาน	3.42±0.97	3.53±0.94	3.26±1.00
10. ควบคุมตนเองไม่ให้เกิดความเครียด	3.56±1.02	3.63±1.06	3.46±0.96
11. ตรวจสอบสุขภาพประจำปี ปีละครั้ง	4.60±0.82	4.68±0.71	4.49±0.95
ค่าเฉลี่ยทั้ง 11 ข้อ	3.63±0.55	3.70±0.48	3.52±0.63
		$p = 0.511$	

เมื่อนำค่าเฉลี่ยรวมของแต่ละปัจจัยมาสรุปรวมกันดังแสดงในตารางที่ 4.25 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์สูงกว่าฝ่ายสนับสนุนทุกรายการ แต่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 3 ด้าน ดังนี้ 1) ความรู้เรื่องโรค ($p = 0.004$) 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ($p = 0.004$) และ 3) ความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาด

เลือด ($p=0.020$) โดยตัวแปรอีก 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความรุนแรงการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด 2) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด 3) ความคาดหวังในประสิทธิผลการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และ 4) พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ตารางที่ 4.15
คะแนนเฉลี่ยของทั้งหมด ($X \pm SD$)

	Clinic	Non Clinic	p - value
ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด	8.27±0.98	7.13±2.17	$p=0.004^*$
การรับรู้ความรุนแรงการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	3.98±0.53	3.85±0.50	$p=0.150$
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	4.31±0.44	4.16±0.51	$p=0.004^*$
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	3.99±0.35	3.95±0.40	$p=0.460$
ความคาดหวังในประสิทธิผลการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	4.31±0.47	4.16±0.48	$p=0.135$
ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	4.38±0.42	4.19±0.61	$p=0.020^*$
พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	3.70±0.48	3.52±0.63	$p=0.511$

4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคและ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ความคาดหวังในความสามารถของตนและประสิทธิผลต่อโรคหัวใจการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด เป็นตัวแปรต้นกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวซึ่งกำหนดให้เป็นตัวแปรตาม โดยสถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Multiple Regression Analysis, Stepwise Method) เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่ใช้ในการอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด พร้อมทั้งพิจารณาค่าความแปรปรวนที่เปลี่ยนแปลงไป (R^2) พบว่า

ตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดคือความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (EXP) ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ถึงร้อยละ 41.5 ($R^2 = 0.415$, $p = 0.000$) รองลงมาคือการออกกำลังกาย (EXERC) ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรม

การป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 45.4 หรือเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 3.9 ($R^2 = 0.454$, $R^2 \text{ change} = 0.039$, $p = 0.000$) และตัวแปรถัดมาคือรายได้ (SALARY) ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 47.0 หรือ เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.6 ($R^2=0.470$, $R^2 \text{ change} = 0.016$, $p=0.007$) ส่วนตัวแปรสุดท้ายคือตัวแปรความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (EXPRE) สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 48.8 หรือเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.8 ($R^2 = 0.488$, $R^2 \text{ change} = 0.018$, $p = 0.008$)

ดังนั้น จะได้สมการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเกี่ยวกับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด การออกกำลังกาย รายได้ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ดังนี้

$$PRAC = 0.215 + 0.016 (EXP) + 0.575 (EXERC) + 0.097 (SLARY) + 0.000 (EXPRE) \\ \dots\dots\dots (R^2 = 0.488, p = 0.048)$$

กำหนดให้

PRAC	คือ	พฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด
EXP	คือ	ความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด
EXERC	คือ	การออกกำลังกาย
SALARY	คือ	รายได้
EXPRE	คือ	ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

จากสมการดังกล่าวได้แสดงว่า

ความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากที่สุดโดยมีความสัมพันธ์ทางบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย = +0.016 ซึ่งหมายความว่าเมื่อคะแนนความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น = 0.016 หน่วย

ปัจจัยรองลงมา พบว่าการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย = +0.575 หมายความว่าเมื่อมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น = 0.575 หน่วย

ปัจจัยรายได้ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย = +0.097 หมายความว่าเมื่อมีรายได้เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น = 0.097 หน่วย

ปัจจัยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย = +0.000 หมายความว่าเมื่อมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น = 0.000 หน่วย

4.7 การนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้เชี่ยวชาญ (Experts) นำเสนอเป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและนำสู่ผู้ปฏิบัติ (Stakeholder)

4.7.1 ประเด็นที่จะขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ

ข้อเสนอแนะขั้นตอนหรือแนวทางการปฏิบัติเพื่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวใจเฉียว จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้คือ

1. ด้านความรู้ เจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์
2. มีการออกกำลังกายจำนวนน้อยครั้งต่อสัปดาห์ค่อนข้างมาก
3. มีจำนวนผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมากกว่าโรคประจำตัวอื่น ได้แก่ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง
4. มีจำนวนผู้สูบบุหรี่อยู่จำนวนหนึ่ง (ร้อยละ 2.5) จากกลุ่มตัวอย่าง 204 คน

4.7.2 ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ (Experts) 3 ท่าน

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1 วิทยุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านปอดและหัวใจ

จากการขอพบเข้าสัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 20 กันยายน 2549 เวลา 14.00 น. ถึง 14.45 น. ให้ข้อเสนอแนะเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

1. การกระตุ้นด้านการออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกระดับให้มีร่างกายที่แข็งแรง เช่น มีห้องออกกำลังกายให้กับเจ้าหน้าที่ซึ่งเดิมเคยมีแล้วทั้งห้องและอุปกรณ์การออกกำลังกายที่ค่อนข้างทันสมัยพอสมควรแต่ไม่ได้รับความนิยม ด้วยเหตุผลในเรื่องของเวลาในการใช้บริการ ผู้ดูแลห้อง ต้องมีการเน้นและกระตุ้นอย่างจริงจังและจัดให้มีผู้รับผิดชอบโดยเฉพาะ

2. โครงการต่าง ๆ ควรมีให้กับผู้มีปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้แก่โครงการลดน้ำหนักตัว โครงการรณรงค์การเลิกสูบบุหรี่ โครงการบริโภคอย่างฉลาด

3. การจัดอบรมเพื่อให้ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดสำหรับเจ้าหน้าที่ที่มีระดับความรู้เรื่องโรคน้อย โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน วิทยากรที่ให้ความรู้ควรเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจ อันประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักส่งเสริมสุขภาพ จะเป็นการให้ความรู้ครบวงจร ผู้รับได้ประโยชน์

มีความเห็นเพิ่มเติมว่าควรมีการกระตุ้นอย่างจริงจังเพื่อให้ตระหนักและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและควรมีการสนับสนุนเป็นรางวัล หรือประกาศเกียรติคุณหากปฏิบัติได้สำเร็จ เช่น สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จหรือลดน้ำหนักได้สำเร็จ เป็นต้น เนื่องจากเป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวทั้งสิ้น

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ

จากการส่งข้อมูลบทสรุปบทที่ 1 บทที่ 3 และผลการวิเคราะห์ให้เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2549 และนัดสัมภาษณ์ในวันที่ 21 กันยายน 2549 เป็นเวลาประมาณ 30 นาที มีความเห็นดังนี้

1. ให้มีการกระตุ้นในเรื่องการออกกำลังกาย
2. ในเรื่องการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงกับโรคหัวใจทุกชนิดแม้ข้อมูลเพียงร้อยละ 2.5 เท่านั้น ซึ่งน้อย แต่มีความรุนแรงมากในกลุ่มคนเหล่านั้น เนื่องจากหากมีอาการแล้วจะได้รับความทรมาน และเป็นภาระต่อผู้ใกล้ชิด ผลกระทบต่อโรงพยาบาล ก็จะเกิดขึ้นทั้งด้านค่ารักษาและอัตรากำลังที่ไม่มีคุณภาพ ควรมีการรณรงค์ให้เลิกสูบบุหรี่
3. ในผลของความตั้งใจในการปฏิบัติที่มีความตั้งใจสูง แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้จริงตามที่ตั้งใจไว้ นั้น อาจต้องมาวิเคราะห์ต่อว่าเกิดจากสาเหตุอะไร
4. การดื่มสุราไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ แต่ต้องดื่มในปริมาณมาก ๆ และเป็นประจำจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ การให้คำแนะนำต้องให้ในแง่ผลเสียของการดื่มว่าส่งผลอย่างไรบ้าง

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3

จากการส่งเอกสารบทที่ 1 บทที่ 3 และผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2549 ได้รับความความคิดเห็นในเรื่องส่งกลับมาดังนี้

1. ด้านความรู้

มีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูง ไม่มีความจำเป็นต้องกระตุ้นด้วยการให้ความรู้เรื่องโรค ควรนำเฉพาะจุดอ่อนเท่านั้นมาดำเนินการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

2. จุดอ่อนที่พบในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ

2.1 จำนวนผู้ออกกำลังกายจำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์มีร้อยละ 36.8 และจำนวนผู้ไม่ออกกำลังกายเลยหรือนาน ๆ ครั้งมีร้อยละ 26.5 ควรนำมาดำเนินการจัดกิจกรรมให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกายว่ามีผลต่อสุขภาพอย่างไร โดยเฉพาะโรคหัวใจ เช่น จัดกิจกรรมการออกกำลังกายพร้อมมีแรงจูงใจให้ปฏิบัติด้วยการสนับสนุนเป็นรางวัลแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แก่ แจกคู่มืออาหารหรืออะไรก็ได้ให้ เมื่อเข้าร่วมกับกิจกรรมและอาจมีรางวัลเพิ่มเติมสำหรับผู้ปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ เช่น ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที ได้

2.2 พบว่ามีจำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีไขมันในเลือดสูงอยู่จำนวนหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 28.4 ควรมีการส่งเสริมสุขภาพให้ความรู้เรื่องอาหารที่มีไขมันน้อยและปริมาณอาหารและสารอาหารที่เพียงพอตามความต้องการของร่างกาย อาจเปิดอบรมโดยนักโภชนาการพร้อมแจกแผ่นพับคู่มือการรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ

2.3 พบว่าความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 84.6) อยู่ในระดับสูงกว่าการปฏิบัติจริง (ร้อยละ 72.6) ต้องจัดผู้รับผิดชอบเพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติจริงตามที่ตั้งใจไว้ให้ได้

นำข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญ (Experts) มาวิเคราะห์เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

1. จัดอบรมความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดให้กับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ จัดประชุมวิชาการ จัดบอร์ดนิทรรศการ แจกแผ่นพับ ประชาสัมพันธ์ จากเสียงตามสายของโรงพยาบาล ในข้อมูลสุขภาพเรื่องโรคหัวใจขาดเลือดให้กับเจ้าหน้าที่ทุก ๆ วัน โดยแบ่งข้อมูลเป็นเรื่อง ๆ หมุนเวียนไปวันละประมาณ 5-10 นาที

2. จัดให้มีห้องออกกำลังกายพร้อมอุปกรณ์ โดยกระตุ้นให้ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที

3. กระตุ้นให้มีการรับประทานอาหารที่มีไขมันในปริมาณที่พอดีกับความต้องการของร่างกาย พร้อมทั้งมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวปริมาณไขมันที่มีอยู่ในอาหารเพื่อให้เลือกรับประทานโดยติดบอร์ดวิชาการของโรงพยาบาล หรือมีร้านอาหารสุขภาพ

4. รมรงค์การงดสูบบุหรี่ให้กับกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่สูบบุหรี่โดยตรง

นำแนวทางการปฏิบัติไปสู่ตัวแทนเจ้าหน้าที่ 3 ท่าน เพื่อขอความเห็นในการปฏิบัติจริง

ตัวแทนผู้ปฏิบัติคนที่ 1

จากการเข้าสัมภาษณ์ด้วยตนเองในวันที่ 25 กันยายน 2549 เวลา 15.00 น. เป็นเวลา 35 นาที มีข้อเสนอแนะในการปฏิบัติจริงดังนี้

1. สิ่งที่สำคัญที่สุด ควรเน้นที่การให้ความรู้เรื่องโรคและให้ทราบถึงความสำคัญในการป้องกันโรคมกกว่าอันตรายเมื่อเกิดโรคแล้วประกอบกับการจูงใจให้ปฏิบัติ (Education & Motivation) จะทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจังด้วยตัวเองโดยไม่มีใครบังคับ

2. แนะนำวิธีที่อาจได้ผล คือ “ระบบขายตรง” โดยเลือกผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด เช่น อ้วน ไขมันในเลือดสูง และคาดว่าคนเหล่านั้นสามารถปฏิบัติได้สำเร็จ ทำเป็นกลุ่มเล็ก ๆ นำมาให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดความรุนแรงของโรค แล้ววัดผลก่อนและหลังปฏิบัติเพื่อแสดงผลที่ได้มาแสดงให้กลุ่มเสี่ยงที่ควรจะได้รับ การอบรม เป็นการขยายผลในสิ่งที่เป็นรูปธรรมวัดผลได้

3. เรื่องการจัดมุมหรือซุ้มอาหารทำให้ไม่ยาก จากร้านอาหารเดิมสำรวจอาหารแต่ละชนิดของแต่ละร้าน แล้วนำมา Grading อาหารที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดน้อยที่สุด จัดระดับเป็น A B C D..... เพื่อให้ทราบถึงความเสี่ยงน้อยหรือความปลอดภัยต่อโรคสูง เลือกซื้อรับประทานได้เนื่องจากอาหารสุขภาพจริง ๆ ราคาแพง และไม่ต่อเนื่องในการขาย

ผู้เสนอแนะเพิ่มเติมเน้นว่า “เขาต้องรู้สึกสัมผัสถึงผลประโยชน์และโทษที่ได้รับจริง”

ตัวแทนผู้ปฏิบัติคนที่ 2

จากการส่งเอกสารให้อ่านและเขียนเสนอแนะ

เห็นด้วยกับข้อเสนอทุกข้อ แต่ในทางปฏิบัตินั้นอาจมีอุปสรรคบางกรณี ดังนี้

1. อาหาร เลี่ยงอาหารมันมากไม่ได้เนื่องจากอาหารส่วนใหญ่มักใช้วิธีทอด ใส่น้ำมัน อาจทำได้เพียงเลี่ยงให้น้อยลงได้บ้าง

2. การออกกำลังกาย ในบางรายทำได้บางรายก็ทำไม่ได้ด้วยเงื่อน ไขของเวลา ทำได้จริงแต่ไม่สม่ำเสมอ

ตัวแทนผู้ปฏิบัติ คนที่ 3

เห็นด้วยและเป็นสิ่งที่ควรต้องทำหากนำมาเป็นนโยบายโรงพยาบาลจะสามารถปฏิบัติได้ทุกข้อ และคิดว่าควรมีการให้ความรู้ก่อนในเบื้องต้นเพราะบางครั้งเจ้าหน้าที่ฝ่ายแพทย์และพยาบาลก็ไม่ได้ทราบหมดทุกโรคหากไม่ได้ทำงานในด้านนั้น ๆ

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงนำข้อเสนอแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญและนำไปสู่ผู้ปฏิบัติเพื่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริงแล้วเสนอเป็นแนวทางส่งเสริมสุขภาพในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ดังนี้

1. จัดอบรมความรู้ในเรื่อง โรคหัวใจขาดเลือดให้กับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่

- 1.1 จัดประชุมวิชาการกลุ่มใหญ่ประจำปี
- 1.2 จัดอบรมหรือให้ความรู้ในกลุ่มย่อยกลุ่มเสี่ยงติดตามด้วยการประเมินและวัดผลในการปฏิบัติ
- 1.3 จัดบอร์ดนิทรรศการ
- 1.4 แจกแผ่นพับ
- 1.5 ประชาสัมพันธ์จากเสียงตามสายของโรงพยาบาลในข้อมูลสุขภาพเรื่องโรคหัวใจขาดเลือดให้กับเจ้าหน้าที่ทุก ๆ วัน โดยแบ่งข้อมูลเป็นเรื่อง ๆ หมุนเวียนไปวันละประมาณ 5-10 นาที
2. ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย
 - 2.1 จัดให้มีห้องออกกำลังกายพร้อมอุปกรณ์ โดยกระตุ้นให้ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที โดยจัดให้มีห้องออกกำลังกายพร้อมอุปกรณ์และผู้รับผิดชอบในเรื่องอุปกรณ์และเวลาเปิดบริการ
 - 2.2 กระตุ้นให้มีการเดินขึ้น-ลงบันไดใน 2-3 ชั้น เพื่อให้ร่างกายได้ใช้พลังงานถือเป็น การออกกำลังกายวิธีหนึ่งในชีวิตประจำวัน
3. กระตุ้นให้มีการรับประทานอาหารที่มีไขมันในปริมาณที่พอดีกับความต้องการของร่างกายพร้อมกับการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับปริมาณไขมันที่มีอยู่ในอาหารเพื่อให้เลือกรับประทาน โดยติดบอร์ดวิชาการของโรงพยาบาลหรือมีร้านอาหารสุขภาพ
4. รณรงค์การงดสูบบุหรี่ให้กับกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่สูบบุหรี่โดยตรง

4.8 ผลการพิสูจน์สมมติฐาน

การพิสูจน์สมมติฐานโดยใช้สูตรเพียร์สันไคลด์สแควร์เทสต์ได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล 3 ปัจจัย คือ การออกกำลังกาย รายได้ และการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$) ปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด
2. ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$)
3. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$)
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$)

5. ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$)

6. ความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$)

7. ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$)



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล หัวเฉียวที่มีอายุระหว่าง 35–60 ปี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวทางด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดให้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลหัวเฉียว ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) และได้้นำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันการเกิดโรค ทฤษฎีการดูแลตนเอง แนวคิดด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มาประยุกต์ใช้

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เป็นอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดคือความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด รายได้ การออกกำลังกาย และความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

5.2 อภิปรายผล

ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า

1. ด้านความรู้เรื่องโรค เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียวส่วนหนึ่งซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนมีความรู้เรื่องโรคน้อยกว่าเมื่อเทียบกับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.004 ($p = 0.004$) ดังนั้นการที่เจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนมีความรู้เรื่องโรคค่อนข้างน้อย จะทำให้ในอนาคตเจ้าหน้าที่กลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้จึงจำเป็นที่จะต้องมีการสนับสนุนในเรื่องความรู้เรื่องโรคให้กลุ่มเจ้าหน้าที่กลุ่มนี้ได้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดเพื่อเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Mackay, Bruce C. (1992) ที่ว่ากระบวนการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรคดีกว่าการกระตุ้นตามปกติจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ ฉะนั้นต้องมีการให้ความรู้ก่อนเพื่อให้เกิดการรับรู้และความกลัวที่จะได้รับอันตรายจากความรุนแรงของโรคตามทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น

2. รายได้ของบุคลากร พบว่าเจ้าหน้าที่มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 19438.15 ± 9466.10 บาท จากการทดสอบความสัมพันธ์พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$) กล่าวคือถ้าเจ้าหน้าที่มีรายได้สูงขึ้นพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดก็จะดีขึ้น ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1987) ที่กล่าวว่าผู้มีรายได้สูงจะเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองตลอดจนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองได้เต็มความสามารถทำให้ประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดดีขึ้น

3. ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรในโรงพยาบาลหัวเฉียวอยู่ในระดับคะแนนเฉลี่ย 3.97 ± 0.75 ผลการศึกษาสอดคล้องกับการวิจัยของ Mackay, Bruce C. (1992) ที่ว่าเพิ่มความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกรณีที่คุณคิดว่าตนกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่เมื่อคุณนั้นถูกคุกคามอย่างรุนแรงและไม่มีวิธีใดที่จะลดความคุกคามนั้นลงได้ อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่ง การสอนที่มีความจำเพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง และการสอนที่มีความจำเพาะเจาะจงมีรายละเอียดเพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึกหรือการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองให้ปฏิบัติตามมากขึ้นเช่นเดียวกับ โรเจอร์ และแมคคอกซ์ ที่กล่าวว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นตัวทำนายที่มีผลสูงสุดต่อความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การทำให้บุคคลเชื่อว่าถ้าเขามีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เขาก็สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ง่าย ความคาดหวังในความสามารถในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติตาม จึงมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง

4. การออกกำลังกาย ของบุคลากรในโรงพยาบาลหัวเฉียวส่วนน้อยที่มีการออกกำลังกายตั้งแต่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 13.2 และส่วนใหญ่ร้อยละ 86.8 มีการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแพฟเฟินบาร์เกอร์และคณะ (Paffenbarger, et al. 1978) ที่พบว่าผู้ที่ออกกำลังกายทุกวันมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดต่ำกว่าคนที่ไม้ออกกำลังกาย โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะต้องเป็นการออกกำลังกายที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลาประมาณ 20-40 นาที เป็นประจำทุกวัน หรืออย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งร่างกายจะมีการปรับตัวโดยการหายใจ แรงแรง และเร็วขึ้น เพื่อนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายให้เพียงพอกับการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอด หัวใจเต้นเร็ว และแรงมากขึ้น เพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายและหลอดเลือดขยายตัว เพื่อนำเลือดไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดจึงมีน้อยมากหรือไม่มีเลย และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิกา และคณะ (2541) ทั้งนี้ได้กล่าวถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการออกกำลังกายไว้ 3 ประการหลัก ๆ คือ

4.1 มีสมรรถภาพทางกายที่ดี ส่วนประกอบของสมรรถภาพทางกายมีหลายชนิด อาทิ สมรรถภาพทางกายในด้านความยืดหยุ่นอ่อนตัวของร่างกาย (Flexibility) ความแข็งแรง (Strength) หรือความทนทาน (Endurance or Stamina) เป็นต้น แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดของการออกกำลังกายก็คือ สมรรถภาพที่เกี่ยวข้องกับการไหลเวียนของโลหิต (Cardio Vascular Circular Fitness) เพราะ สมรรถภาพทางกายในลักษณะนี้สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจนถึงผลการเปลี่ยนแปลงจากการออกกำลังกาย การออกกำลังกายสามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน โดยปราศจากความเหนื่อย บุคคลที่มีสมรรถภาพทางกายดีขึ้นจะมีร่างกายที่ทนทานเพราะการออกกำลังกายเช่นนี้ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น จึงส่งผลทำให้บุคคลที่มีสมรรถภาพทางกายดีมีความรู้สึที่ดีขึ้น นอกเหนือจากนี้ ผลอดจนช่วยให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบการย่อยอาหารทำงานได้เป็นปกติ เป็นต้น

4.2 ลดอัตราการเสี่ยงที่จะเป็น โรคหัวใจขาดเลือด ในประเทศที่ประชาชนมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ผลอดจนหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ประกอบด้วยไขมันพบว่าจะมีอัตราการเสี่ยงต่อโรคหัวใจต่ำ นอกจากนี้แม้แต่ผู้ป่วยโรคหัวใจถ้าได้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับสภาพของหัวใจของตนก็จะทำให้สภาพของหัวใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพดีขึ้น มีผลทำให้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดหัวใจวายน้อยลง ลดอัตราการเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจได้ โดยการออกกำลังกายทำให้ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจต่ำลงหัวใจจึงใช้ออกซิเจนน้อยลง ระดับของไขมันในเส้นเลือดก็จะต่ำลง ทั้งนี้เนื่องจากการออกกำลังกายสามารถละลายไขมันที่มีอยู่ในเส้นเลือด หัวใจก็จะมีสมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น

4.3 การควบคุมน้ำหนักและสัดส่วนของร่างกายจากข้อมูลเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว การออกกำลังกายโดยรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องมีประโยชน์ไม่มากต่อการควบคุมและลดน้ำหนัก การออกกำลังกายจะเกิดประโยชน์อย่างแท้จริงก็ต่อเมื่อรับประทานอาหารที่ถูกต้องซึ่งต้องปฏิบัติควบคู่กัน ไปเพื่อให้ได้ผลที่แน่นอนในการลดน้ำหนักนั้นก็คือความอ้วนลดลง

จะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายมีผลหลายประการซึ่งรวมถึงการควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เกินจากปกติได้ด้วย

5. ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคหัวใจขาดเลือด และ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูง แต่การปฏิบัติจริงนั้นมีความเฉลี่ยต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ เป็นข้อมูลที่ทางโรงพยาบาลหัวเฉียวต้องทำการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ที่มีการปฏิบัติจริงให้ได้มากกว่าเดิมให้ได้ เพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสูงสุด อาจต้องใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของเฉลิมพล ดันสกุล (2541) ที่กล่าวถึงแรงจูงใจว่าหมายถึงกระบวนการหรือสภาพการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในอินทรีย์นั้น ๆ

ซึ่งทำให้อินทรีย์นั้นเริ่มก่อให้เกิดกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง การที่เราจะทำอะไรอย่างหนึ่งจะต้องมีแรงผลักดันที่เป็นตัวการชักนำให้ทำอย่างนั้น สิ่งที่ชักนำให้เราแสดงออกนั้นมองไม่เห็นแต่อาจทราบได้ว่ามีหรือไม่มีก็ดูที่พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาปรากฏให้เห็นได้ ซึ่งเป็นแรงผลักดันก่อให้เกิดพลังงานแล้วนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนจะได้ไปมีผลการปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. เพศ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายจึงไม่สามารถอธิบายในเรื่องโอกาสเสี่ยงได้ชัดเจน เนื่องจากเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าเพศหญิงถึง 4 เท่า ปัจจุบันการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงอาจเพิ่มโอกาสเสี่ยงในผู้หญิงมากขึ้นจากการออกไปทำงานนอกบ้าน การรับผิดชอบในหน้าที่การงาน ความเครียด รวมถึงการสูบบุหรี่ในผู้หญิง

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวทางส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ทำให้ได้ข้อเสนอแนะเพื่อสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรค ดังนี้

1. ด้านความรู้เรื่องโรค ควรมีการจัดอบรมในกลุ่มย่อยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจริง ๆ ต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ กลุ่มที่มีการสูบบุหรี่ กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป กลุ่มมีน้ำหนักตัวเกินจากปกติ กลุ่มที่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพื่อให้มีความตระหนักในเรื่องความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค อันจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความกลัว เป็นแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ ทั้งนี้ผู้ให้ความรู้หรือผู้บรรยายต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคเพื่ออบรมให้ความรู้และสามารถให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้เข้าร่วมอบรมได้

2. ควรมีการจัดกิจกรรมสนับสนุน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทั้งหลายที่จะนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้สนใจในโรงพยาบาลหัวเฉียว ได้แก่

- 2.1 โครงการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
- 2.2 โครงการบริโภคอย่างฉลาด
- 2.3 โครงการณรงค์เพื่อการเลิกสูบบุหรี่
- 2.4 โครงการลดน้ำหนักสำหรับผู้มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าดัชนีมวลกายที่ปกติ

3. ในโรงพยาบาลมีร้านอาหารของโรงพยาบาลบริการผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ อยู่แล้ว เสนอให้มีการจัดร้านอาหารเพื่อสุขภาพโดยเฉพาะ เป็นชมุ้จากผู้มีความเชี่ยวชาญด้านโภชนาการ โดยตรงเพิ่มเข้าไป เป็นทางเลือกให้กับผู้รักสุขภาพ

4. ส่งเสริมให้มีการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี และเพิ่มการตรวจคัดกรองเรื่องโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด บรรจุเข้าไปในการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง และให้คำแนะนำจากทีมสุขภาพของโรงพยาบาลโดยทันที เพื่อเป็นการป้องกันความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

5. ในเรื่องความเครียด ควรมีวิธีการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งมีหลายวิธี ตั้งแต่

5.1 การฝึกสมาธิ

5.2 การใช้ดนตรีบำบัด

5.3 จัดกิจกรรมสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะศึกษา จัดงานรื่นเริงประจำปี ให้เจ้าหน้าที่

5.4 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคสำคัญอื่น ๆ ต่อไปเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพเฉพาะโรคให้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลหัวเฉียว

2. เป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า วิจัย เรื่องพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายอื่นต่อไป

3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรค

บรรณานุกรม

- กนกพร วิสุทติกุล. (2540). พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กองสถิติ กระทรวงสาธารณสุข. (2543). สถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2541. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2532). การสัมมนาระดับชาติเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคหัวใจ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ศรีอนันต์.
- จริยา ดันติธรรม. (2536). รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์ ศรีสุรภัย. (2544). พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ภาสุนันท์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2540). “ความเป็นมาและแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ”. ใน เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ. หน้า 450. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____ และสวิง สุวรรณ. (2534). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา. เจ้าพระยาการพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- ผ่องผิว ลีละวัฒน์. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับภาวะสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์ ชัยเสรี. ใน สมชาติ โลกยะ และคณะ, ผู้เรียบเรียง. (2536). ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย.
- วณี กอสุวรรณศิริ. (2543). แบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจกรณีศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้พิพากษาในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วีระวุฒิ เอกกมลกุล. (2541). “ความเครียดกับโรคเส้นเลือดหัวใจ”. ใกล้หมอ. 2 (10) : 84.
- ศุภชัย คนอมทัฬหพงษ์. (2540). โรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. น.82-98. ใน สันต์ ใจยอดศิลป์ แลด์อาร์ส ตรีสุโกศล, ผู้รวบรวม. การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ. กรุงเทพฯ : สถาบันโรคหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี, โรงพยาบาลพญาไท 2 และมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : วิเจ พรินติ้ง.
- สมชาติ โลจายะ (บรรณาธิการ). (2524). ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ยูไนเต็ดโปรดักชัน.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2545). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2545-2546. กรุงเทพฯ.
- อุทัย เจริญจิตต์.(2542). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มข้าราชการในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. กรุงเทพฯ :มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Bloom, B.S. (1975). Taxonomy of Education Objective Handbook. L. David McKay Company, Newyork. 110 p.
- Blum, H.L. (1976). Exporting Health Care Horizons : From a General System Concepts of Health to a National Health Police. Akiand Carifornia. 350 p.
- Maddux, J.E. et al. "Protection motivation and self– efficacy : A revise theory of fear appeal and attitude change." Journal of Experimental Social Psychology. (1983). 19 : 469-479.
- Orem, D. (1991). Nursing : Concepts of Practice. 4th ed. Mosby Year Book Co, St Louis. 915 p.
- Pender, N.J. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. Nursing Research 5 (39) : 326 -322.
- WHO. 1992. Cardiovascular Disease Risk factors : New Areas for Research. Geneva 23(11) : 1-50.



ภาคผนวก

ผนวก ก.

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด
ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว

แบบสอบถามชุดนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว

ดังนั้นจึงขอความร่วมมือจากท่าน โปรดให้ข้อมูลตามแบบสอบถามชุดนี้ซึ่งข้อมูลส่วนหนึ่งสำคัญต่อความสำเร็จของการศึกษาครั้งนี้ พร้อมทั้งผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้เป็นความลับไปวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวมไม่เจาะจงเปิดเผยผู้ใดผู้หนึ่งเป็นอันขาด
รายละเอียดของแบบสอบถามมี 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผล
การป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ส่วนที่ 5 ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและพฤติกรรม
ป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงในปัจจุบันมากที่สุด หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ

() ชาย

() หญิง

2. ปัจจุบันอายุ ปี

3. สถานภาพสมรส

() โสด

() สมรส

() หม้าย / หย่า / แยก

4. ท่านสำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับ

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษา

() อนุปริญญา / ปริญญาตรี

() ปริญญาโทหรือสูงกว่า

5. รายได้ต่อเดือน.....บาท

6. ปัจจุบันน้ำหนักของท่าน กิโลกรัม, ส่วนสูง.....เซนติเมตร

7. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ () สูบ () ไม่สูบ

8. ท่านดื่มสุราหรือไม่ () ดื่ม () ไม่ดื่ม () ดื่มบางครั้ง

9. ท่านออกกำลังกาย.....ครั้งต่อสัปดาห์

10. โรคประจำตัวอื่น ๆ

ความดันโลหิตสูง

() มี

() ไม่มี

เบาหวาน

() มี

() ไม่มี

ไขมันในเลือดสูง

() มี

() ไม่มี

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด

คำชี้แจง ขอให้ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องสาเหตุ อากาการ ความเสี่ยง และการป้องกัน การเกิด โรคหัวใจขาดเลือด

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้ความเข้าใจของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. การที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจแข็งตัวเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด			
2. การรับประทานอาหารรสเค็มทำให้ความดันโลหิตลดลงส่งผลให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้			
3. อาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการของโรคหัวใจขาดเลือด			
4. คนผมมีโอกาสดเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนอ้วน			
5. โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้			
6. การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้			
7. ผู้ที่สูบบุหรี่จัดมีโอกาสดเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้			
8. การดื่มสุราปริมาณมาก ๆ ติดต่อกันนาน ๆ ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้			
9. ความเครียด มีผลทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้			

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

คำชี้แจง ขอให้ท่านให้ข้อมูลตามความเข้าใจของท่านที่มีต่อความรุนแรงและ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเข้าใจของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค					
1. โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่มีความรุนแรงเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 และไม่สามารถหายเป็นปกติได้					
2. โรคหัวใจขาดเลือดสามารถป้องกันได้					
3. โรคหัวใจขาดเลือดจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เจ็บแปลบที่ลำคอ หรือคลื่นแขน ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
4. โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่ต้องรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องทำให้เสียเวลาและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย					
5. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่จะเสียชีวิตทันทีก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล					
6. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจะเห็นอย่างง่ายทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง					
7. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมักเป็นภาระต่อการดำเนินชีวิตของท่านและครอบครัว					
การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค					
8. คนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากขึ้น					
9. ผู้ที่มีความเครียดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่มีความเครียดน้อยหรือไม่มีเลย					
10. การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก เช่น กะทิ ข้าวขาหมู ชำมัน ไข่ ไข่แดง อาหารทอดน้ำมัน เป็นประจำจะทำให้มีโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด					
11. ผู้ที่เป็นเบาหวานที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องมักเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด					
12. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด					
13. การขาดการออกกำลังกายเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด					
14. คนอ้วนเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ง่ายกว่าคนผอม					
15. การสูบบุหรี่มากเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด					
16. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นอันตรายต่อหัวใจและเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด					

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผล ต่อ

การป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

คำชี้แจง ขอให้ท่านให้ข้อมูลตามความเชื่อหรือความคิดของท่านที่จะสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและความเชื่อที่มีผลในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดและความเชื่อของท่านที่มีต่อข้อความต่อไปนี้

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ต่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด					
1. ท่านคิดว่าท่านสามารถลดการรับประทานอาหารประเภทไขมัน ใส่น้ำตาลหรือไขมันมากได้					
2. ท่านคิดว่าท่านสามารถเลือกซื้ออาหารเพื่อการควบคุมระดับไขมันในเลือดได้					
3. ท่านคิดว่าท่านสามารถงดการดื่มชา กาแฟ ได้					
4. ท่านคิดว่าท่านสามารถงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้					
5. ท่านคิดว่าท่านสามารถงดสูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่จากผู้อื่นได้					
6. ท่านคิดว่าท่านสามารถควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้					
7. ท่านคิดว่าสามารถออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้งนานครั้งละ 30 นาทีได้					
8. ท่านคิดว่าท่านสามารถหาวิธีลดความเครียดและความวิตกกังวลลงได้					
9. ท่านคิดว่าท่านสามารถไปรับการตรวจร่างกายประจำปีเพื่อตรวจหาภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานได้					
ความคาดหวังในประสิทธิผลการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด					
10. ท่านคาดหวังว่าการหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมัน (ไขมันอิ่มตัว, ไขมันทรานส์) ช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
11. ท่านคาดว่าจะการควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ใน ภาวะปกติช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด					
12. ท่านคาดว่าจะการรับประทานนมหวานให้น้อยลงทำให้ น้ำหนักลดลงได้					
13. ท่านคาดว่าจะการออกกำลังกายแต่ละครั้งนาน 30 นาที ติดต่อกัน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ช่วยป้องกันการเกิด โรคหัวใจขาดเลือด					
14. ท่านคาดว่าจะการควบคุมระดับความดันโลหิตและ ควบคุมภาวะเบาหวานให้อยู่ในระดับปกติป้องกันการ การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้					
15. ท่านคาดว่าจะการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถ ป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้					
16. ท่านคาดว่าจะการเลี่ยงควันพิษจากบุหรี่เป็นการป้องกัน การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้					

ส่วนที่ 5 ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

คำชี้แจง ในส่วนนี้ขอให้ท่านให้ข้อมูลเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ขอให้ท่านให้ข้อมูลความตั้งใจของท่านที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละข้อย่อย

ส่วนที่ 2 ขอให้ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติจริงในกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละข้อย่อย

เป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอได้ร้อยละ 75 ขึ้นไป

บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อย ๆ ได้ร้อยละ 50-74

เป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้ง ได้ ร้อยละ 25 - 49

นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง ได้น้อยกว่าร้อยละ 25

ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความตั้งใจและการปฏิบัติจริงของท่านที่มีต่อข้อความต่อไปนี้

ผนวก ข.
 รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

ชื่อ – สกุล		หน่วยงาน
ดร.วิรัตน์	ทองรอด	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ดร. นภาพร	แก้วนิมิตชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ผศ. พรศิริ	พันธ์สี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ผศ. ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



ผนวก ค.
รายนามผู้เชี่ยวชาญ (Experts)

ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง
ศ. พญ. คุณหญิงสำอางค์ คุรุรัตน์พันธ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวเฉียว
นพ. ทวีชัย พฤกษ์ธนากุล	แพทย์หัวหน้าแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหัวเฉียว
ผศ. ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา	อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



ผนวก ง.

รายนามตัวแทนผู้ปฏิบัติ (Stakeholders)

ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง
คุณเอกชัย วานิชกุล	ผู้จัดการฝ่ายบริหาร โรงพยาบาลหัวเฉียว
คุณอัญชลี รัตนชู	หัวหน้าแผนกงบประมาณ โรงพยาบาลหัวเฉียว
คุณสุภาพร ตั้งกุลสลลิต	พยาบาลอาวุโส โรงพยาบาลหัวเฉียว



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล	นางสาวจิตรา สุดสงวน
วัน เดือน ปีเกิด	12 มกราคม 2503
สถานที่เกิด	อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ. 2523 เข้าศึกษาต่อระดับมหาบัณฑิต หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2547
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2524-2533 พยาบาลประจำการ แผนกหอผู้ป่วย ชั้น 15
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2533-ปัจจุบัน พยาบาลหัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยชั้น 15E โรงพยาบาลหัวเฉียว เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร