

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคน  
ในเขตกรุงเทพมหานคร



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2560  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS PREDICTING PREVENTIVE BEHAVIORS FOR CORONARY ARTERY DISEASE AMONG  
MIDDLE-AGED MEN IN BANGKOK METROPOLITAN



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ
	ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร
โดย	นางสาวไฉริญญา เปรมสุข
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

ไวริญจน์ เปรมสุข : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (FACTORS PREDICTING PREVENTIVE BEHAVIORS FOR CORONARY ARTERY DISEASE AMONG MIDDLE-AGED MEN IN BANGKOK METROPOLITAN) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.รัตนศิริ ทาโต, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข, 215 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ชายวัยกลางคนที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน อย่างน้อย 1 โรค ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง จำนวน 175 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคัดเลือกตามสะดวก เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 8 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความเครียดในชีวิตประจำวัน 3) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 4) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค 5) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค 6) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค 7) แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และ 8) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน แบบสอบถามส่วนที่ 3 ถึงส่วนที่ 8 มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.83, 0.83, 0.80, 0.84, 0.80 และ 0.82 ตามลำดับ แบบสอบถามส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 8 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.93, 0.76, 0.86, 0.93, 0.81, 0.71 และ 0.75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบมีขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า 1) ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสม (Mean = 97.44, S.D.=12.758) 2) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Beta=.464) ความเครียดในชีวิตประจำวัน (Beta= -.232) ระดับการศึกษา (Beta=.205) และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (Beta=.128) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้ร้อยละ 37.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 5777358536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: CORONARY ARTERY DISEASE PREVENTIVE BEHAVIORS/MIDDLE AGE MEN/HEALTH BELIEF MODEL

WAIRIN PREMSUK: FACTORS PREDICTING PREVENTIVE BEHAVIORS FOR CORONARY ARTERY DISEASE AMONG MIDDLE-AGED MEN IN BANGKOK METROPOLITAN. ADVISOR: ASSOC. PROF.RATSIRI THATO, Ph.D., CO-ADVISOR: ASST. PROF. POL. CAPT. RAPIN POLSOOK, Ph.D., 215 pp.

The objectives of this descriptive predictive research were to study coronary artery disease preventive behaviors and identify its predictive factors among middle-aged men in bangkok. A convenience sampling of 175 middle-aged men were recruited from Diabetic clinic, Hypertension clinic and Outpatient department of Medicine at Police General Hospital, Lerdsin Hospital and Somdejprapinklao Hospital. Data were collected using 8 questionnaires; 1) demographic data form, 2) Stress test, 3) Perceived susceptibility, 4) Perceived severity, 5) Perceived benefits, 6) Perceived barriers, 7) Cue to action, and 8) coronary artery disease preventive behavior questionnaires. Questionnaires number 3 to 8 were validated by 5 experts. Their CVI were 0.83, 0.83, 0.80, 0.84, 0.80 and 0.82, respectively. Cronbach's alpha coefficients of questionnaires number 2 to 8 were 0.93, 0.76, 0.86, 0.93, 0.81, 0.71 and 0.75, respectively. Data were analyzed using stepwise multiple regression statistics.

The finding revealed that 1) coronary artery disease preventive behaviors of middle-aged men in bangkok was at appropriate level (Mean = 97.44, S.D.=12.758), 2) four variables were significant predictors of coronary artery disease preventive behaviors. They were cue to action (Beta = .464), stress (Beta = -.232), education (Beta = .205), and perceived benefits from disease prevention (Beta = .128). They could explain 37.4% of the variance in coronary artery disease preventive behaviors among middle-age men in Bangkok ( $p < .05$ ). However, perceived susceptibility to coronary artery disease, perceived severity of coronary artery disease and perceived barriers to disease prevention were not able to predict preventive behaviors for coronary artery disease among middle-aged men in Bangkok.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2017

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Co-Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดี จากรองศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาเสียสละเวลาให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อคิดที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัย ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และเมตตา ตลอดจนให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อวิทยานิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่าและเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น รวมทั้งกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษาอันเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และที่สำคัญ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มชายวัยกลางคนที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้ให้ความรัก ความเข้าใจ และความเอาใจใส่ให้การช่วยเหลือในทุกๆ ด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ขอขอบพระคุณหัวหน้าและเพื่อนร่วมงาน หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติทุกท่าน เพื่อนนิสิตปริญญาโททุกท่าน ที่ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจ และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่คอยให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฏ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผล และสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
1. แนวคิดเกี่ยวกับชายวัยกลางคน.....	14
1.1 ความหมายของชายวัยกลางคน.....	14
1.2 พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงของชายวัยกลางคน.....	15
2. โรคหลอดเลือดหัวใจ.....	17
2.1 คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	17
2.2 อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	17

2.3	ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	18
2.4	แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	27
2.5	แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ .....	34
3.	พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	36
3.1	ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ.....	36
3.2	คำจำกัดความของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ .....	37
3.3	ปัญหาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขต กรุงเทพมหานคร .....	39
3.4	การประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ .....	43
4.	แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker .....	45
5.	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	49
6.	บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในชายวัย กลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร.....	60
7.	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	62
8.	กรอบแนวคิดการวิจัย .....	70
บทที่ 3	วิธีการดำเนินงานวิจัย .....	71
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	71
	ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	72
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	73
	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	84
	การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	85
	การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	86
	การวิเคราะห์ข้อมูล .....	87
บทที่ 4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	88



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร .....	89
ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร .....	95
ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกโดยรวม และรายด้าน .....	96
ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ .....	97
บทที่ 5 สรุปผลวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	101
สรุปผลการวิจัย .....	103
การอภิปรายผลการวิจัย .....	104
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ .....	117
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป .....	118
รายการอ้างอิง .....	119
ภาคผนวก .....	129
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ .....	130
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	136
ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และใบเซ็นยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย .....	156
ภาคผนวก ง ใบรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์ .....	168
ภาคผนวก จ จดหมายขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	172
ภาคผนวก ฉ ตารางการวิเคราะห์เพิ่มเติม .....	178
ภาคผนวก ช การตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์ความถดถอย .....	207
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	215

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงของความดันโลหิต (Chobanian et al., 2003).....	20
ตารางที่ 2 เกณฑ์ตัดสินภาวะผิดปกติของ Lipoprotein (National Cholesterol Education Program, 2001).....	22
ตารางที่ 3 การแบ่งระดับค่าดัชนีมวลกายสำหรับประชากรในเอเชีย (W. H. O. Expert Consultation, 2004).....	24
ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตาม อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่เป็นประจำ ประวัติเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ และโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า (n=175).....	89
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n = 175).....	95
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n = 175).....	96
ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา.....	97
ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression).....	98
ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของตัวแปรทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression).....	99
ตารางที่ 10 ความถี่ของระดับความเครียดในชีวิตประจำวันของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายข้อ (n=175).....	179

ตารางที่ 11	ความถี่ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคน ในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายข้อ (n=175).....	180
ตารางที่ 12	ความถี่ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขต กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายข้อ (n=175).....	182
ตารางที่ 13	ความถี่ของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัย กลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายข้อ (n=175).....	183
ตารางที่ 14	ความถี่ของการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายข้อ (n=175).....	184
ตารางที่ 15	ความถี่ของปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัย กลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายข้อ (n=175).....	185
ตารางที่ 16	ความถี่ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขต กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายข้อ (n=175).....	186
ตารางที่ 17	ตัวแปรที่คัดเข้าหรือคัดออกจากสมการ.....	188
ตารางที่ 18	ผลสรุปของสมการ.....	188
ตารางที่ 19	ตารางการวิเคราะห์ความแปรปรวน.....	189
ตารางที่ 20	ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย.....	190
ตารางที่ 21	ตารางแสดงตัวแปรที่ถูกคัดออกจากสมการ.....	191
ตารางที่ 22	ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามความเครียดในชีวิตประจำวันของชายวัย กลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .935.....	192
ตารางที่ 23	ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามความเครียดในชีวิตประจำวันของชายวัย กลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=175) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .934.....	193
ตารางที่ 24	ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .767.....	194

ตารางที่ 25 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=175) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .822.....	195
ตารางที่ 26 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .869.....	196
ตารางที่ 27 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=175) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .834.....	197
ตารางที่ 28 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .934.....	198
ตารางที่ 29 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=175) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .897.....	199
ตารางที่ 30 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .817.....	200
ตารางที่ 31 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=175) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .852.....	201
ตารางที่ 32 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .707.....	202
ตารางที่ 33 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=175) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .653.....	203

ตารางที่ 34 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .756 . 204	
ตารางที่ 35 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=175) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .812205	
ตารางที่ 36 Model Summary เพื่อพิจารณาค่า Durbin-Watson .....	210
ตารางที่ 37 ตาราง Coefficients เพื่อพิจารณาค่า Tolerance และ VIF .....	211
ตารางที่ 38 ตาราง Correlation เพื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปร .....	212



## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model).....	48
ภาพที่ 2 การแจกแจงปกติของตัวแปร จากแผนภาพ Histogram.....	208
ภาพที่ 3 การแจกแจงปกติของตัวแปร จากแผนภาพ P-P plot .....	208
ภาพที่ 4 ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity).....	209



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประชากรทั่วโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2555 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 17.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 46.2 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด (WHO, 2016) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในปี พ.ศ. 2553-2558 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นจาก 379,550 คน เป็น 806,833 คน จากการเสียชีวิตทั้งหมด โดยมีผู้เสียชีวิตเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (American Heart Association and American Stroke Association, 2017) และพบความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มอายุ 40-59 ปี ในเพศชายถึงร้อยละ 40.5 (Mozaffarian et al., 2016) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจทุกกลุ่มอายุ จำนวน 18,111 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 28.92 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้น จากปี พ.ศ. 2555-2559 พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 23.4 , 26.9, 27.8, 29.9 และ 32.3 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิง และพบในเขตกรุงเทพมหานครมากที่สุด สำหรับเพศชายกลุ่มอายุ 30-69 ปี พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น จากปี พ.ศ. 2555-2558 มีอัตราการเสียชีวิตจาก 28.2 เพิ่มขึ้นเป็น 36.2 ต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558a) นอกจากนี้ ยังพบว่าอัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เห็นได้จากอัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในปี พ.ศ. 2556-2557 เพิ่มขึ้นจาก 22.12 เป็น 26.83 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) และอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ปี พ.ศ.2550-2558 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 328.63 ในปี พ.ศ.2550 เพิ่มขึ้นเป็น 501.13 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2558 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ชายวัยกลางคน เป็นวัยที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านจากวัยผู้ใหญ่เข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีพัฒนาการทางด้านร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทั้งด้านรูปร่าง อวัยวะภายนอกและภายใน อารมณ์ และสังคม เมื่อเข้าสู่วัยกลางคน เพศชายจะมีการลดลงของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนเนื่องจากอันตชะผลิตฮอร์โมนลดลง ส่งผลทำให้ลดระดับไขมันเอชดีแอล เพิ่มระดับแอลดีแอลและไตรกลีเซอไรด์ ซึ่งก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่อหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) และเสียความยืดหยุ่นจนก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิต

สูง จนก่อให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดในที่สุด รวมถึงมีการกระจายไขมันส่วนมากอยู่ที่บริเวณท้อง และอวัยวะภายในช่องท้อง เกิดภาวะอ้วนลงพุง (นภาพดี อุดสม, 2552) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้ชายวัยกลางคนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หากมีโรคประจำตัวร่วมด้วยจะทำให้ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่า เพศชายที่เป็นโรคเมตาบอลิซึม โอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าคนทั่วไปและเพศหญิงถึง 6.92 เท่า (ณัชชา โพระดก, 2555) นอกจากนี้ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นตามอายุ จากการศึกษา พบว่า เพศชายอายุ 45-49 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงร้อยละ 70 เมื่อมีอายุ 50-54 ปี มีความเสี่ยงมากขึ้นถึงร้อยละ 84.6 (ระเริง ฤทธิเดช, 2558) รวมถึงชายวัยกลางคนเป็นวัยที่มีบทบาท ต้องรับผิดชอบ เป็นผู้นำหรือหัวหน้าครอบครัว ทำให้ต้องแสดงความเข้มแข็ง อาจส่งผลต่อการละเลย ความเจ็บป่วยและไม่ใส่ใจในภาวะสุขภาพ (ณัชชา โพระดก, 2555) ประกอบกับการดำเนินชีวิตใน กรุงเทพมหานครที่มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ส่งผลให้มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป มีสิ่ง อำนวยความสะดวกต่างๆ ช่วยทุ่นแรง เช่น บันไดเลื่อน ลิฟต์ ทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง การทำงานในสังคมเมืองที่มีการแข่งขันกันสูง ส่งผลให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวันได้ง่าย วิถีชีวิต ดังกล่าวส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (มงคล การุณงามพรรณ, สุภารัตน์ สุวารี และ นันทนา น้ำฝน, 2555) ซึ่งจะเห็นได้ว่าชายวัยกลางคนในกรุงเทพมหานครมีความชุกของของโรค หลอดเลือดหัวใจสูงที่สุดร้อยละ 4.7 (ศูนย์เตือนภัยสุขภาพกรุงเทพมหานคร, 2558) จากที่กล่าวมา ข้างต้นจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของร่างกายของชายวัยกลางคนประกอบกับวิถีการดำเนินชีวิตใน เขตกรุงเทพมหานคร อาจส่งผลให้ชายวัยกลางคนเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้

โรคหลอดเลือดหัวใจเกิดได้จากหลายปัจจัย ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ภาวะอ้วน ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และภาวะ เครียด (WHO, 2015; สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553) ทั้งนี้การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจกระทำได้ดีโดยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่สามารถควบคุมได้ โดยการ กระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามความหมายของ American Heart Association และ American College of Cardiology Association (2014) พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม 2) การออกกำลังกายที่เพียงพอ 3) การไม่สูบบุหรี่ 4) การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 5) การควบคุมระดับความเครียด และ 6) การตรวจสุขภาพ (AHA/ACC, 2014)



จากการทบทวนวรรณกรรมในชายวัยกลางคน พบว่า ชายวัยกลางคนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เหมาะสม ดังนี้ 1) ด้านการบริโภคอาหาร พบว่า มีพฤติกรรมการรับประทานผักหรือผลไม้ไม่เพียงพอร้อยละ 72 (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558b) บริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมันร้อยละ 87.2 รับประทานขนม ผลไม้และเครื่องดื่มที่มีรสหวานจัดร้อยละ 75.4 ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังร้อยละ 55 (กรมอนามัย, 2554) วัยแรงงานในกรุงเทพมหานครรับประทานอาหารมื้อเช้าร้อยละ 60 และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารจานด่วนเป็นประจำร้อยละ 33 (ปาณบดี เอกะจัมปะกะ และ นิธิศ วัฒนมะโน, 2552) 2) ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ชายวัยกลางคนมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอร้อยละ 16.3 โดยพบในกรุงเทพมหานครมากกว่าภาคอื่นร้อยละ 23.4 (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552) นอกจากนี้ยังพบว่ามีภาวะโภชนาการเกินถึงร้อยละ 45.2 (นภาพดี อุดสม, 2552) 3) ด้านการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า เพศชายอายุ 45-60 ปี มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 42.6 ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ร้อยละ 47.7 เพศชายที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำถึงร้อยละ 18.5, 39.7 และ 31.5 ตามลำดับ มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จนเมาร้อยละ 63.4 (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552) เพศชายอายุ 40-60 ปี มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 40.6 โดยสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันร้อยละ 21.5 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 68.3 (กรมอนามัย, 2554) 4) ด้านการจัดการความเครียด พบว่า เพศชายอายุ 40-44 ปี มีภาวะเครียดสูงมากที่สุดร้อยละ 12.74 อายุ 50-54 ปี มีภาวะเครียดสูงร้อยละ 10.21 (กรมอนามัย, 2554) มีพฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่ามีวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการสูบบุหรี่ร้อยละ 19 และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพื่อคลายเครียดร้อยละ 22 (กรมอนามัย, 2554) และพบว่าประชาชนในกรุงเทพมหานครมีการรับประทานยาคลายเครียดหรือยานอนหลับสูงกว่าภาคอื่น (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552) 5) ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ชายวัยกลางคนมีการตรวจสุขภาพเป็นประจำเพียงร้อยละ 18.2 (กรมอนามัย, 2554)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นพบว่าชายวัยกลางคนยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรค บุคคลจะต้องมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเกิดโรค รับรู้ว่าการเกิดโรคมีความรุนแรงที่จะก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเป็นการกระทำที่มีประโยชน์ รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีแรงจูงใจหรือสิ่งกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และมีปัจจัยร่วมที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการที่

บุคคลมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ดี ทำให้บุคคลสามารถหลีกเลี่ยงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นและไม่เป็นโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาเฉพาะในเพศหญิง ได้แก่ 1) ประชากรชาวอเมริกันเพศหญิง (Ali, 2002) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคและแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 76 2) สตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน (สุจิตรา เหมวิเชียร, 2549) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคและปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพพร้อมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 10 3) ประชากรเพศหญิงที่ไม่มีประวัติโรคหัวใจ (Thanavaro, Moore, Anthony, Narsavage, & Delicath, 2006) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในได้ร้อยละ 31 ศึกษาในกลุ่มบุคลากรของรัฐ ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ปิยาภรณ์ นิกข์นิภา, 2549) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้ร้อยละ 24.2 2) บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร (จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร, 2558) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และเพศหญิง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 41.1 และศึกษาในผู้ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในจังหวัดอุบลราชธานี (กนกกาญจน์ สวัสดิภาพ, 2554) พบว่า ระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 26 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยเพศหญิงส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง และได้รับการปลูกฝังเรื่องการดูแลสุขภาพรวมถึงมีความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่าเพศชาย (ณัชชา โพระดก, 2555) ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากกลุ่มชายวัยกลางคนที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในหลายด้าน และการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นเพศชายที่ผ่านมาของ จันทิรา ทรงเต๊ะ (2554) เป็นเพียงการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลางหลายด้าน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงจำเป็นต้องศึกษาถึงปัจจัยทำนาย

พฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความเฉพาะเจาะจงกับเพศชายวัยกลางคน เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวางแผนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ที่มีการวางรากฐาน และพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาโรค ดังนั้น พยาบาลจึงเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่สำคัญและมีบทบาทอย่างมากในการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชายวัยกลางคนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจให้มีความถูกต้องและเหมาะสม เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ใกล้ชิดกับประชาชนโดยตรง พยาบาลจึงมีบทบาทต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

จากที่กล่าวมาข้างต้น ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูง ซึ่งสามารถป้องกันการเกิดได้โดยการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย ระดับการศึกษา ความเครียดในชีวิตประจำวัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ความเครียดในชีวิตประจำวัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จากปัจจัยด้านระดับการศึกษา ความเครียดในชีวิตประจำวัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

## แนวเหตุผล และสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาวจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มาเป็นแนวทางในการศึกษา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โรคหลอดเลือดหัวใจมีสาเหตุหนึ่งมาจาก พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ชายวัยกลางคนในเขต กรุงเทพมหานครยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจสูง ทั้งนี้การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคนั้น กล่าวว่าการที่บุคคลจะแสดง พฤติกรรมป้องกันโรคขึ้นอยู่กับความรู้และปัจจัยต่อไปนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค บุคคลจะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคนั้นเมื่อบุคคลรู้ว่าตนมี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของ โรคหรือการเจ็บป่วยซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต จะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเมื่อ รับรู้ว่าการกระทำนั้นมีประโยชน์ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค บุคคลมีแนวโน้ม ที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหากรับรู้ว่าการกระทำนั้นมีอุปสรรคต่ำ 5) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรค บุคคลมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหากได้รับคำแนะนำจากบุคคลใน ครอบครัวหรือสื่อต่างๆ และปัจจัยร่วม โดยงานวิจัยนี้ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย

**1. ระดับการศึกษา** การศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา เข้าใจและรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้ดี เป็นปัจจัยร่วมด้านคุณลักษณะของประชากร (Becker, 1974) การที่บุคคลมีระดับการศึกษาที่สูงกว่า จะมีความรู้และเข้าใจในการป้องกันโรคที่ดี จึงมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคได้ดี ฉะนั้น ชายวัยกลางคนที่มีระดับการศึกษาสูง มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสูง สอดคล้องกับการศึกษาของกนกกาญจน์ สวัสดิภาพ (2554) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ดังนั้น จึงคาดว่าระดับการศึกษาจะสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชาย วัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้

**2. ความเครียดในชีวิตประจำวัน** เป็นเรื่องของจิตใจที่เกิดความตื่นตัวเตรียมรับเหตุการณ์ อย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งไม่น่าพอใจที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นความรู้สึกด้านลบของบุคคล ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาหนึ่ง ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ (กรมสุขภาพจิต, 2543) ถ้ามีระดับ เล็กน้อยจะกระตุ้นให้บุคคลหมั่นสำรวจความผิดปกติของสุขภาพตนเองและมีความรับผิดชอบต่อ สุขภาพเพิ่มขึ้น บุคคลที่มีความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับต่ำ จึงมีแนวโน้มที่จะ กระทำพฤติกรรมป้องกันโรคได้ดี ฉะนั้น ชายวัยกลางคนที่มีความเครียดในชีวิตประจำวันอยู่ในระดับ

ต่ำ จึงมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธิศา ล่ามช้างและคณะ (2550) และยุวดี วิทย์พันธ์และคณะ (2555) ที่พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการศึกษาของพานทิพย์ แสงประเสริฐและจารุวรรณ วิโรจน์ (2558) ที่พบว่าระดับความเครียดสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ดังนั้น จึงคาดว่าความเครียดในชีวิตประจำวันจะสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้

**3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค** เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย โดยแต่ละบุคคลจะมีระดับความเชื่อไม่เท่ากัน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ว่ามีโอกาสป่วย บุคคลจะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคนั้น (Becker, 1974) ฉะนั้น เมื่อชายวัยกลางคนเกิดการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูง จึงมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ali (2002) พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรชาวอเมริกันเพศหญิง การศึกษาของปิยาภรณ์ นิกข์นิภา (2549) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และการศึกษาของกนกกาญจน์ สวัสดิภาพ (2554) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในจังหวัดอุบลราชธานีได้ ดังนั้น จึงคาดว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้

**4. การรับรู้ความรุนแรงของโรค** เป็นการประเมินปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ซึ่งบุคคลจะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคแตกต่างกันตามอาการของโรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย พิการหรือเสียชีวิต เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค (Becker, 1974) ดังนั้น เมื่อชายวัยกลางคนรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจว่าทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ จึงมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ali (2002) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในประชากรชาวอเมริกันเพศหญิงได้ ดังนั้น จึงคาดว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคจะสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้

**5. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค** เป็นการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้ไม่เกิดโรค (Becker, 1974) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่ดี สามารถป้องกันการเกิดโรคได้ จึงมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรค ฉะนั้น ชายวัยกลางคนที่รับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสิ่งที่มีประโยชน์และสามารถป้องกันโรคได้ จึงมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยาภรณ์ นิกร์นิภา (2549) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้ และการศึกษาของ Elkashouty (2010) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยพวขาวตะวันออกกลางได้ (Elkashouty, 2012) ดังนั้น จึงคาดว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคจะสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้

**6. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค** เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เช่น ความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายจากการรักษา ค่าใช้จ่าย การเสียเวลา หรือผลที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง (Becker, 1974) เมื่อบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคในระดับต่ำ มีแนวโน้มที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรค ฉะนั้น ชายวัยกลางคนที่มีการรับรู้อุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ จึงมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยาภรณ์ นิกร์นิภา (2549) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข การศึกษาของสุจิตรา เหมวิเชียร (2550) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน การศึกษาของกนกกาญจน์ สวัสดิภาพ (2554) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในจังหวัดอุบลราชธานีได้ และการศึกษาของ Elkashouty (2010) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยพวขาวตะวันออกกลางได้ ดังนั้น จึงคาดว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคจะสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้

7. ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา มี 2 ด้าน คือสิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเองเกี่ยวกับอาการของโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และสิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อมวลชน บุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์ (Becker, 1974) เมื่อบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของร่างกายประกอบกับได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนจากครอบครัว จึงมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรค ฉะนั้น ชายวัยกลางคนที่มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนจากครอบครัว จึงมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ali (2002) พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรชาวอเมริกันเพศหญิงได้ และการศึกษาของสุจิตรา เหมวิเชียร (2550) ที่พบว่าปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้ ดังนั้น จึงคาดว่าปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคจะสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้

#### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ความเครียดในชีวิตประจำวัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร

#### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย ระดับการศึกษา ความเครียดในชีวิตประจำวัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

ประชากร คือ เพศชาย อายุระหว่าง 40-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ เพศชาย อายุระหว่าง 40-60 ปี ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน อย่างน้อย 1 โรค ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง และอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาล เลิดสิน

ตัวแปรต้น คือ ระดับการศึกษา ความเครียดในชีวิตประจำวัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 6 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร 2) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด 4) พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ 5) พฤติกรรมด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 6) พฤติกรรมด้านการตรวจสุขภาพ

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ** หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย การปฏิบัติตามพฤติกรรม 6 ด้าน ตามแนวคิดของ American Heart Association and American College of Cardiology Association (2014) คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และด้านการตรวจสุขภาพ (AHA/ACC, 2014) ประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของจอร์จตัน สุทธิพัฒนางกูร (2558) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบท วิถีชีวิตในกลุ่มชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยครอบคลุมพฤติกรรมดังต่อไปนี้

- 1) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง จำกัดอาหารที่มีปริมาณเกลือและน้ำตาลสูง และเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้
- 2) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอในระดับที่เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที อย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์ รวมทั้งการออกกำลังกายรูปแบบอื่นหากมีเวลาจำกัดตามความเหมาะสม
- 3) พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงหรืองดการสูบบุหรี่ รวมทั้งหลีกเลี่ยงได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม



4) พฤติกรรมด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หมายถึง การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (ผู้ชายไม่ควรเกิน 2 แก้วมาตรฐานต่อวัน โดย 1 แก้วมาตรฐาน หมายถึง เหล้าไม่เกิน 30 มิลลิลิตร เบียร์ไม่เกิน 360 มิลลิลิตร ไวน์ไม่เกิน 150 มิลลิลิตร วิสกี้ไม่เกิน 45 มิลลิลิตร)

5) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายจากความตึงเครียด รวมทั้งมีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเมื่อเกิดความเครียดในชีวิตประจำวัน

6) พฤติกรรมด้านการตรวจสุขภาพ หมายถึง การเข้ารับการตรวจสุขภาพตามนัดหมายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมถึงได้รับการตรวจร่างกายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเพื่อคัดกรองหาความผิดปกติของร่างกาย

**ระดับการศึกษา** หมายถึง ชั้นปีการศึกษาสูงสุดที่สำเร็จการศึกษาของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร แบ่งเป็น ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรี ปริญญาโท ประเมินจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**ความเครียดในชีวิตประจำวัน** หมายถึง ความรู้สึกด้านลบหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งไม่น่าพอใจในการดำเนินชีวิตประจำวันของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินได้จากแบบวัดระดับความเครียดสวนปรง ที่พัฒนาโดยนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ

**การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค** หมายถึง ความเชื่อหรือความเข้าใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของตนหากปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมหรือมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558)

**การรับรู้ความรุนแรงของโรค** หมายถึง การรับรู้หรือความเข้าใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครถึงความเจ็บป่วยหรืออันตรายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดหัวใจที่อาจก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558)

**การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค** หมายถึง การรับรู้หรือความเข้าใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และทำให้ไม่เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558)

**การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค** หมายถึง การรับรู้ถึงปัจจัยหรือสิ่งต่างๆ ที่มีผลทางลบหรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของจรัรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558)

**ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค** หมายถึง การได้รับการกระตุ้นหรือสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์หรือการได้รับข้อมูลต่างๆ มากกระตุ้นและมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเมินได้จากแบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นต่อการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของจรัรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558)

**ชายวัยกลางคน เขตกรุงเทพมหานคร** หมายถึง เพศชายที่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี (Levinson, 1986) อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง และอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

#### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการรักษาพยาบาลในเชิงรุก เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการให้ความรู้ และแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างเหมาะสมและยั่งยืน
3. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยในการแก้ปัญหาและส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคอื่นๆ ต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive Predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ซึ่งผู้วิจัยศึกษาดำรง ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับชายวัยกลางคน
  - 1.1 ความหมายของชายวัยกลางคน
  - 1.2 พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงของชายวัยกลางคน
2. โรคหลอดเลือดหัวใจ
  - 2.1 คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดหัวใจ
  - 2.2 อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
  - 2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
  - 2.4 แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
  - 2.5 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
  - 3.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ
  - 3.2 คำจำกัดความของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
  - 3.3 ปัญหาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร
  - 3.4 การประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
4. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker
5. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
6. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับชายวัยกลางคน

### 1.1 ความหมายของชายวัยกลางคน

ทฤษฎีพัฒนาการที่แบ่งช่วงอายุและพัฒนาการของวัยกลางคน มีดังนี้

1.1.1 ทฤษฎีพัฒนาการตามวัยของโรเบิร์ต เจ ฮาวิกเฮิร์ส (Havighurst's Theory of Development task) (สวีนน์ วัฒนวงศ์, 2538) ได้แบ่งพัฒนาการของมนุษย์วัยผู้ใหญ่ไว้ ดังนี้

1) วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Early Adulthood) อายุ 18-35 ปี เป็นวัยที่เริ่มต้นประกอบอาชีพ เริ่มสร้างครอบครัวด้วยตนเอง และเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมกับคู่แต่งงาน

2) วัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน (Middle Adulthood) อายุ 35-60 ปี เป็นวัยที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม วัยนี้จะบรรลุถึงจุดยอดของความเข้มแข็งทางกาย ความมีพลังทางเศรษฐกิจ และความมีหน้ามีตาทางสังคม จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจในทางเสื่อมลง รวมทั้งความสามารถทางเพศด้วย

3) วัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือวัยชรา (Late Adulthood) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่สามารถปรับตัวกับสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลง การเกษียณอายุจากการทำงาน และการสูญเสีย

1.1.2 ทฤษฎีพัฒนาการวัยผู้ใหญ่ของ Levinson (Levinson's Theory of Adult Development) ได้แบ่งระยะพัฒนาการของวัยผู้ใหญ่ไว้ ดังนี้ (Levinson, 1986)

1) Early Adulthood อายุระหว่าง 17-45 ปี มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

Early Adult Transition เป็นช่วงอายุระหว่าง 17-22 ปี เป็นระยะที่ออกจากความเป็นวัยรุ่นเข้าสู่ชีวิตวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีการสร้างลักษณะและบทบาทของตนเอง เลิกเรียนมหาวิทยาลัยและอาชีพที่ตนเองต้องการ เริ่มมีพฤติกรรมแยกตัวออกจากครอบครัว

Entering the Adult World อายุระหว่าง 22-28 ปี เป็นระยะที่แสวงหาตนเอง มีวิสัยทัศน์และความฝันที่จะสร้างชีวิต

Age 30 Transitions อายุระหว่าง 28-33 ปี เป็นระยะที่มีความเครียด มีการเปลี่ยนแปลงถ้าได้พบทางเลือกใหม่ มีการมุ่งหวังความสำเร็จอย่างสูง เริ่มมีครอบครัว

Settling Down อายุระหว่าง 33-40 ปี เป็นช่วงที่มีความก้าวหน้าทางอาชีพ มีความมั่นคง มุ่งหวังการพัฒนาตำแหน่งงาน เป็นวัยที่มีความรับผิดชอบมากขึ้น

1) Middle Adulthood อายุระหว่าง 40-65 ปี เป็นวัยที่มีบทบาทในครอบครัว และสังคมมากขึ้น มีความรับผิดชอบต่อครอบครัวสูงขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วง ดังนี้

Mid-Life Transition อายุระหว่าง 40-45 ปี เป็นระยะที่เริ่มมีความสงสัยเกี่ยวกับความผิดพลาดในอดีต อาจมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การหย่าร้าง การเปลี่ยนงาน เริ่มมีความคิดเกี่ยวกับความตายและการทิ้งมรดกไว้ให้คนรุ่นหลัง

Entering Middle Adulthood อายุระหว่าง 45-50 ปี ภายใต้นี้จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงในการทำงานมาก จะรักษาสภาพเดิมไว้ และมีการวางแผนอนาคตหลังเกษียณจากงาน

Age Fifty Transition อายุระหว่าง 50-55 ปี เป็นระยะที่ให้ความสนใจกับตัวเอง มองชีวิตของตนเอง อาจมีปัญหาถ้าช่วงเข้าสู่วัยกลางคนชีวิตไม่ประสบความสำเร็จ

Culmination of Middle Adulthood อายุระหว่าง 55-60 ปี เป็นระยะที่มีการวางแผนการเกษียณงาน หรือย้ายถิ่นฐานไปอยู่ในชนบท

2) Late Adulthood อายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นระยะที่ไม่สนใจเรื่องการทำงาน ให้ความสำคัญกับการพักผ่อนและใช้เวลาว่าง จะมีระยะ Late Adult Transitions (อายุระหว่าง 60-65 ปี) เป็นการเปลี่ยนแปลงก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งระยะนี้จะมีการเกษียณ บางคนปรับตัวไม่ได้อาจรู้สึกว้าวนใจตนเองไม่มีค่าในสังคม

1.1.3 สุรางค์ จันทรเอม (2527) กล่าวว่า วัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน เริ่มตั้งแต่อายุประมาณ 40-60 ปี นับเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญของวัยกลางคน เป็นวัยที่เตรียมเข้าสู่วัยชรา ผู้ที่มีพัฒนาการที่เหมาะสมกับอายุที่ผ่านมาจะช่วยให้ประสบผลสำเร็จในชีวิตครอบครัวและการทำงาน นับได้ว่าเป็นยุคที่รุ่งเรืองที่สุดในชีวิต

1.1.4 ศรีเรือน แก้วกังวาน (2545) กล่าวว่า วัยกลางคน หมายถึง วัยที่อยู่ช่วงระหว่างวัยผู้ใหญ่ตอนต้นกับวัยสูงอายุ อายุระหว่าง 40-60 ปี เป็นวัยที่อยู่ในระยะเปลี่ยนจากความเป็นหนุ่มสาวเข้าสู่วัยแรกเริ่มสูงอายุ เป็นวัยที่ต้องเผชิญภาวะวิกฤตทางกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ

1.1.5 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (2550) กล่าวว่า วัยกลางคนเป็นประชากรกลุ่มใหญ่กลุ่มหนึ่งของประเทศไทยที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี เป็นกลุ่มที่มีบทบาทสูงทั้งในครอบครัว หน้าที่การงาน สังคม มีความมั่นคงในชีวิต

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้วัยกลางคนตามความหมายของ Levinson (1986) โดยวัยกลางคน (Middle Adulthood) ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ คือ ระหว่างช่วง Mid-life transition ถึง Culmination of middle adulthood ซึ่งได้แก่ อายุระหว่าง 40-60 ปี เป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง ต้องเผชิญภาวะวิกฤตทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

## 1.2 พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงของชายวัยกลางคน

### 1.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

#### รูปร่างและอวัยวะภายนอก

เมื่อร่างกายเข้าสู่วัยกลางคนหรืออายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงภายนอก ได้แก่ กระดูกเริ่มเปราะบาง หักง่ายและฟันเริ่มหลุดร่วง เนื่องจากการสร้างเซลล์ของกระดูกน้อยกว่าเซลล์กระดูกที่สลายตัว โครงสร้างของกระดูกมีการหดตัวทำให้ดูเตี้ยลง

น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีไขมันสะสมใต้ผิวหนังมากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณหน้าท้อง กล้ามเนื้อบริเวณช่องท้อง ไตคอกและไตแขน การใช้กล้ามเนื้อเชิงข้าง ผม่ว้ง ผิวหนังเริ่มหยาบ และปรากฏรอยย่น (ณัชชา โพระดก, 2555)

### ระบบหัวใจและหลอดเลือด

เมื่อเข้าสู่วัยกลางคน เพศชายจะมีระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนลดลง ซึ่งเป็นผลจากการที่อณทนะผลิตฮอร์โมนเพศชายลดลง ระดับของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนที่ลดลงมีผลเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจาก การที่ร่างกายมีระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนต่ำ จะเหนี่ยวนำให้มีการเปลี่ยนแปลงไขมันในกระแสเลือดไปในทางที่เป็นโทษต่อร่างกาย คือ มีการลดระดับ HDL-cholesterol ซึ่งเป็นไขมันที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เนื่องจากเป็นตัวนำไขมันที่เป็นโทษต่อร่างกายไปกำจัดออกที่ตับ นอกจากนี้ ยังทำให้มีการเพิ่มของระดับ LDL-cholesterol รวมทั้ง Triglyceride ซึ่งเป็นไขมันที่เป็นโทษต่อร่างกาย ซึ่งจะทำให้เกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดง ทำให้ผนังเส้นเลือดแดงเกิดการแข็งตัว (Atherosclerosis) และเสียความยืดหยุ่น ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงตามมา ส่งผลให้เส้นเลือดแดงค่อยๆ ตีบแคบลง ถ้าเกิดกับเส้นเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Artery) ที่ไปเลี้ยงหัวใจ จะทำให้มีอาการเจ็บหน้าอก ถ้าพยาธิสภาพดังกล่าวรุนแรงมากขึ้น เส้นเลือดแดงโคโรนารีจะเกิดการอุดตันในที่สุด ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) และเสียชีวิตในที่สุด นอกจากนี้ ยังส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจเล็กหรือลีบลง มีการกระจายตัวของไขมันที่บริเวณท้องเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะดื้อต่ออินซูลิน และเกิดโรคเบาหวานได้ในภายหลัง (นภาพดี อุดสม, 2552)

### 1.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์

วัยกลางคนมีอารมณ์ที่ผันแปรง่าย เนื่องจากมีประสบการณ์ต่างๆ ของชีวิตหลายด้านที่ต้องปรับตัว มีหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบดูแลบุตรหลาน และบิดามารดาตนเอง รวมทั้งการทำงาน ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมลง ทำให้เกิดอารมณ์ที่หวั่นไหว อาจมีความกังวลหรือความเครียดได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดจะแสดงออกในลักษณะอุปนิสัยและอารมณ์ผู้ชายอาจแสดงออกในลักษณะต้องการพึ่งพาผู้อื่น ชอบแสดงความรู้สึกและอารมณ์มากขึ้น (ศรีธรรมชนะภูมิ, 2535)

### 1.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

เมื่อเข้าสู่วัยกลางคน จะเริ่มมีการทบทวนชีวิตในอดีตของตนว่าดำเนินมาอย่างไร อนาคตจะเป็นอย่างไร รวมทั้งต้องปรับตัวให้เข้ากับบทบาทของตนเองในสังคม บทบาทของการเป็นบิดามารดาเริ่มเปลี่ยนไปจากเดิม บทบาทของการเป็นสามี ภรรยา ก็เปลี่ยนแปลงไปจากวัยหนุ่มสาว ทำให้มีเวลาเป็นของตนเองมากขึ้น ซึ่งเป็นช่วงระยะที่อาจทำให้เกิดความหว่าเหวไ้ได้มาก

หากไม่มีกิจกรรมทดแทน วัยนี้จะเป็นวัยที่มีความก้าวหน้าทางอาชีพการงานและมีรายได้ ทำให้มีบทบาทที่สำคัญในสังคมกว้างขึ้น จะเข้าสังคมและร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมมากขึ้น แต่ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่มีความล้มเหลวในชีวิตมักแยกตัว ไม่ต้องการเข้าสังคม ไม่ทำตนให้เกิดประโยชน์ และต้องพึ่งพาญาติหรือบุตรหลาน ในช่วงท้ายของวัยกลางคนบทบาททางสังคมจะน้อยลง บางคนจะรู้สึกลำบากใจที่ไม่มีใครให้ความสนใจหรือยกย่อง ทำให้หมดความภาคภูมิใจในตนเอง อาจแยกตัวไม่เข้าสังคม ทั้งนี้เนื่องมาจากไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ (จรุง วรบุต, 2550)

จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงของชายวัยกลางคน มีการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน มีผลกระทบทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ในด้านสุขภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดจากความเสื่อมของอวัยวะที่เป็นไปตามวัย ประกอบกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้ชายวัยกลางคนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าบุคคลให้ความตระหนักและเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองให้ถูกต้อง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ก็จะสามารถป้องกันการเกิดโรคต่างๆ ได้ ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับชายวัยกลางคน

## 2. โรคหลอดเลือดหัวใจ

### 2.1 คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease; CAD) หมายถึง ภาวะที่หลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery) แคบลงหรือตีบตัน ทำให้การไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ไม่เพียงพอกับความต้องการ จนเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (อุไร ศรีแก้ว, 2543) ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการที่มีไขมันเกาะผนังหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้น ทำให้รูหลอดเลือดแดงแคบลงหรือตีบจนอาจถึงตันได้ (Atherosclerosis) เมื่อรูหลอดเลือดแดงตีบแคบมากกว่าร้อยละ 70-80 จะทำให้การไหลเวียนเลือดสู่เนื้อเยื่อหัวใจลดลง ซึ่งทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ถ้าหลอดเลือดแดงตีบแคบจนอุดตัน จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (Andrus & Lacaille, 2014; น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543)

### 2.2 อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

**2.2.1 อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจทั่วโลก** จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 17.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 46.2 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด (WHO, 2016) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในปี พ.ศ. 2553-2558 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นจาก 379,550 คน เป็น 806,833 คน จากการเสียชีวิตทั้งหมด โดยมีผู้เสียชีวิตเพศชายมากกว่าเพศหญิง (American Heart Association and American Stroke Association, 2017) และพบความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจในเพศชายกลุ่มอายุ 40-59 ปี ถึงร้อยละ 40.5 (Mozaffarian et al., 2016)

**2.2.2 อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย** ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 18,111 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 28.92 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น จากปี พ.ศ. 2555-2559 พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 23.4, 26.9, 27.8, 29.9 และ 32.3 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิง และพบในเขตกรุงเทพมหานครมากที่สุด ในเพศชายอายุ 30-69 ปี พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น จาก 28.2 ในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นเป็น 36.2 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2558 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558a) นอกจากนี้ ยังพบว่าอัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เห็นได้จากอัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในปี พ.ศ. 2556-2557 เพิ่มขึ้นจาก 22.12 เป็น 26.83 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

### 2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (WHO, 2014; สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553) แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนี้

2.3.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เป็นลักษณะเฉพาะภายในตัวบุคคลที่ไม่สามารถควบคุม เปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขได้ ประกอบด้วย

1. เพศ พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศหญิงวัยก่อนหมดประจำเดือน เนื่องจากเพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจนช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่เมื่อเพศหญิงเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเท่ากับเพศชาย (WHO, 2011) นอกจากนี้จากการวิจัยพบว่าเพศชายเมื่อมีอายุมากกว่า 50 ปี มีโอกาสเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงในเวลา 10 ปี สูงกว่าเพศหญิง (เกษชดา ปัญเศษ, 2558) จึงถือได้ว่าเพศชายที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี และเพศหญิงที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, 2552)

2. อายุ พบว่า เมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีจะมีความหนาตัวขึ้น ความยืดหยุ่นลดลงเนื่องจากมีการสะสมของไขมันและเนื้อเยื่อพังผืดภายในผนังหลอดเลือดแดง และมีการเกาะของแคลเซียมภายในหลอดเลือดแดงมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งและรูภายในหลอดเลือดแดงตีบแคบลง ก่อให้เกิดการอุดตันภายในหลอดเลือด ซึ่งกระบวนการนี้จะค่อยๆเพิ่มขึ้นตามอายุ (ชญาสินี ทะนน, 2549) จากการศึกษาพบว่าเพศชายที่มีอายุมากกว่า 45 ปี และเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 55 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น (Mozaffarian et al., 2016) และเพศชายที่มีอายุมากกว่า 40 ปี



มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน เทสโทสเทอโรนที่ลดลง มีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดง (ณัชชา โพระดก, 2555)

3. กรรมพันธุ์ พบว่า ผู้ที่มีประวัติญาติสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา หรือพี่น้องป่วย เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนอายุ 55 ปีในเพศชาย และก่อนอายุ 65 ปีในเพศหญิง จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในสูงกว่าผู้ที่ไม่ประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัว (WHO, 2011; Tamam, 2015) และพบว่าผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงถึง 5 เท่าของบุคคลที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคนี้ (ศิริพร ปาระมะ, 2549)

2.3.2 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เป็นลักษณะหรือพฤติกรรมของบุคคลที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขได้ ประกอบด้วย

1. การสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ป้องกันได้ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากในบุหรี่มีสารทาร์ นิโคติน และก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ โดยนิโคตินส่งผลต่อการเพิ่มสาร Epinephrine และ Norepinephrine ทำให้หัวใจเต้นเร็วและเต้นผิดจังหวะ เพิ่มการใช้ออกซิเจนและทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (ปิยมิตร ศรีธรา, 2549) นอกจากนี้การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาขึ้น แข็งเปราะ และตีบแคบ ทำให้เลือดไหลเวียนได้ไม่เพียงพอ เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด นำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด (นภาพดี อุดสม, 2552) การสูบบุหรี่สม่ำเสมอทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น ประมาณ 2-4 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และผู้สูบบุหรี่มากจะยิ่งมีความเสี่ยงมากขึ้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูบบุหรี่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไขมันในเลือดสูง จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5 เท่า แต่หากเป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดถึง 8 เท่าของบุคคลทั่วไป (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) และผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งแต่อายุน้อยกว่า 50 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ที่มีอายุเท่ากันถึง 10 เท่า (อุไร ศรีแก้ว, 2543) เมื่อหยุดสูบบุหรี่จะทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ 50 ภายในเวลา 1-2 ปี (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553)

2. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีการศึกษาพบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณพอเหมาะที่มีผลต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสม คือ ผู้ชาย < 2 หน่วยมาตรฐานต่อวัน โดย 1 หน่วยมาตรฐาน เท่ากับ ปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 10 กรัม เทียบเท่ากับ เบียร์ไม่เกิน 360 มิลลิลิตร ไวน์ไม่เกิน 150 มิลลิลิตร วิสกี้ไม่เกิน 45 มิลลิลิตร เหล้าไม่เกิน 30 มิลลิลิตร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553) จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้เนื่องจากมีสารต้านอนุมูลอิสระและช่วยเพิ่มไขมัน HDL (Andrus & Lacaille, 2014) แต่หากดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเกินไปจะเป็นการเสริมฤทธิ์ปัจจัยอื่นๆ โดยการเพิ่มระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ทำให้มีภาวะน้ำหนักเกิน และมีความดันโลหิตสูงขึ้น เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็วและเต้นผิดจังหวะจนอาจเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันในที่สุด (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553)

3. ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จากรายงานการประชุมสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งชาติครั้งที่ 8 (JNC VIII, 2014) ได้นิยามภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปี หมายถึง ภาวะที่มีความดันซิสโตลิก และความดันไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท แบ่งระดับความรุนแรงของความดันโลหิตดังนี้

ตารางที่ 1 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงของความดันโลหิต (Chobanian et al., 2003)

ระดับความรุนแรง	ความดันโลหิต systolic(mmHg)	ความดันโลหิต diastolic(mmHg)
ปกติ	<120	<80
Prehypertension	120-139	80-89
Hypertension		
Stage 1	140-159	90-99
Stage 2	≥160	≥100

การที่บุคคลมีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานมีผลทำให้เกิดแรงกระแทกต่อหลอดเลือดแดงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงเกิดความเสียหาย ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติ 3-4 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553) จากการศึกษาพบว่าโอกาสของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงแปรผันตามระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553) โดยค่าความดัน Systolic ที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 10 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดัน Diastolic ที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5 มิลลิเมตรปรอท จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่อยู่ในวัยกลางคนที่มีความดันโลหิตมากกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนที่มีความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทถึง 3 เท่า (จิณณพัต ธนกิจวรบูลย์, 2554)

4. ภาวะไขมันในเลือดสูง การที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวและทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (จิณณพัต ธนกิจวรบูลย์, 2554) ระดับไขมันในเลือดที่ปกติตามเกณฑ์ของ ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults (2013) กล่าวว่าควรมีระดับคอเลสเตอรอลโดยรวมน้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไขมันไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไขมัน LDL-C น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และไขมัน HDL-C มากกว่าหรือเท่ากับ 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (Robinson, 2014) ซึ่งการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับระดับไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL-C) และไขมันที่มีความหนาแน่นสูง (HDL-C) โดย HDL-C จะเป็นตัวนำโคเลสเตอรอลไปยังตับเพื่อขับออกจากร่างกาย จึงสามารถป้องกันภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ ส่วน LDL-C จะเป็นตัวพาโคเลสเตอรอลไปยังเซลล์ ไขมันจะเกิดการตกตะกอนจับตามผนังหลอดเลือด ทำให้ภายในหลอดเลือดตีบแคบลง ขัดขวางการไหลเวียนของเลือดทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553) จากการศึกษาพบว่า เพศชายที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูงกว่า 260 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงถึง 5 เท่าของผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลต่ำกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

ตารางที่ 2 เกณฑ์ตัดสินภาวะผิดปกติของ Lipoprotein (National Cholesterol Education Program, 2001)

ระดับไขมันในเลือด (mg/dl)	ระดับความผิดปกติ
Total cholesterol	
<200	Desirable
200-239	Borderline high
≥240	High
LDL cholesterol	
<100	Optimal
100-129	Above optimal
130-159	Borderline high
160-189	High
≥ 190	Very high
HDL cholesterol	
<40	Low
≥60	High
Triglyceride	
<150	Normal
150-199	Borderline high
200-499	High
≥500	Very high

มีการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์และโคเลสเตอรอลในเลือดสูงจะมีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าบุคคลที่มีระดับไขมันในเลือดปกติถึง 4.3 เท่า (อภิชาติ สุคนธสรรพ์, 2553)

5. โรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดทำให้เกิดการแข็งตัว เพราะ ฉีกขาดได้ง่าย จนเกิดการเกาะตัวของลิ่มเลือดและอุดตันภายในหลอดเลือด หากเกิดการอุดตันภายในหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ และระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ว่า

จะเป็นชนิดที่ 1 หรือชนิดที่ 2 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานประมาณ 2-4 เท่า แม้ว่าจะมีระดับความเสี่ยงอื่นๆ ใกล้เคียงกัน (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553) และจากการศึกษาพบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยติดตามไปข้างหน้าเป็นเวลา 10 ปีของผู้ที่เป็นเบาหวานสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานเกือบ 6 เท่า (จรัญญา จันทร์เพ็ญ, 2553)

**เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน** (Chamberlain, Rhinehart, Shaefer, & Neuman, 2016)

1. ค่ากลูโคสในพลาสมาหลังอดอาหารข้ามคืนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
2. ค่ากลูโคสในพลาสมา 2 ชั่วโมงหลังทดสอบความทนของกลูโคส (oral glucose tolerance test) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
3. ค่ากลูโคสในพลาสมาเวลาใดเวลาหนึ่ง มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับมีอาการ เช่น ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำบ่อย ตาฝ้า อ่อนเพลีย น้ำหนักลด
4. ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) มากกว่าหรือเท่ากับ 6.5%

**เกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน**

1. ค่ากลูโคสในพลาสมาหลังอดอาหารข้ามคืนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
2. ค่ากลูโคสในพลาสมา 2 ชั่วโมงหลังทดสอบความทนของกลูโคส (oral glucose tolerance test) มากกว่าหรือเท่ากับ 140-199 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
3. ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) มากกว่าหรือเท่ากับ 5.7-6.4%

6. ภาวะอ้วน บุคคลที่ได้รับพลังงานในปริมาณที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย เป็นเหตุให้มีการสะสมของไขมันในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ส่งผลให้มีน้ำหนักตัวเกินกว่าเกณฑ์ปกติ องค์การอนามัยโลกกำหนดเกณฑ์ของภาวะอ้วนสำหรับประชากรเอเชีย โดยแบ่งตามระดับดัชนีมวลกาย (W. H. O. Expert Consultation, 2004) ดังตารางที่ 3

$$\text{การคำนวณดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กก.)}}{(\text{สวนสูงเป็นเมตร})^2}$$

ตารางที่ 3 การแบ่งระดับค่าดัชนีมวลกายสำหรับประชากรในเอเชีย (W. H. O. Expert Consultation, 2004)

กลุ่ม	BMI (kg/m <sup>2</sup> )
น้ำหนักน้อย	<18.5
น้ำหนักปกติ	18.5-22.9
น้ำหนักเกิน	≥23
Pre-obese	23-24.99
อ้วนระดับ 1	25-29.99
อ้วนระดับ 2	≥30

นอกจากนี้ ยังส่งผลให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง โดยวัดจากเส้นรอบเอว ในเพศชาย มากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร และเพศหญิงมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร ถือว่ามีภาวะอ้วนลงพุง (WHO, 1999) ซึ่งภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553) หากมีภาวะอ้วนตั้งแต่วัยเด็ก เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น 3-5 เท่าของผู้ที่มีน้ำหนักตัวปกติ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553)

7. การขาดการออกกำลังกาย ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่มีการบริโภคสิ่งอำนวยความสะดวก มีชีวิตนั่งๆ นอนๆ ขาดการออกกำลังกาย การที่ร่างกายขาดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ไม่ได้ใช้พลังงานในการปฏิบัติกิจกรรมต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้ร่างกายไม่มีการเผาผลาญพลังงาน ส่งผลให้มีการเพิ่มระดับไขมัน LDL และไตรกลีเซอไรด์ มีการจับตัวของไฟบรินและลิ่มเลือดมากขึ้น จนไปสะสมบริเวณกล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆ รวมถึงการสะสมของไขมันภายในผนังหลอดเลือดหัวใจ ทำให้การไม่ออกกำลังกายและภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ที่ทำงานประเภทนั่งโต๊ะ ไม่มีเวลาออกกำลังกายมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่านักกีฬาหรือผู้ที่ออกกำลังกายอยู่สม่ำเสมอ โดยบุคคลที่ขาดการออกกำลังกายจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น 1.5 เท่าของบุคคลที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553) การออกกำลังกายเป็นประจำโดยใช้พลังงานเฉลี่ย 1,000 กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ประมาณร้อยละ 20-30 (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553)

8. ความเครียด เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (WHO, 2007) เมื่อร่างกายมีภาวะเครียด จะหลั่งสาร Catecholamine กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ทำให้เพิ่มการใช้ออกซิเจน หัวใจต้องออกแรงบีบตัวเพิ่มขึ้น เพิ่มการหลั่งกรดไขมันอิสระและกลูโคส ทำให้เยื่อบุด้านในผนังหลอดเลือดเสียหายทำหน้าที่ไป เกิดหลอดเลือดหัวใจแข็ง และเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามมา (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546)

Selye (Selye, 1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบโต้ของบุคคลทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อสิ่งที่มากระตุ้นทั้งภายในและภายนอกในร่างกาย ซึ่งมาคุกคามหรือขัดขวางการทำงาน การเจริญเติบโตและความต้องการของมนุษย์ ทำให้บุคคลอยู่ในภาวะไม่สมดุล เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ อันเป็นกลไกการป้องกันตนเองเพื่อต่อต้านสิ่งที่มาคุกคามนั้น

Lazarus and Folkman (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุลซึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคาม โดยที่การรับรู้เป็นผลมาจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอกกับปัจจัยภายในตัวของบุคคลนั้น

กรมสุขภาพจิต (2543) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกด้านลบหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งไม่น่าพอใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ

### สาเหตุของความเครียด

มิลเลอร์และคีน (Miller & Keane, 1972) ได้แบ่งสาเหตุของความเครียดออกเป็น 2 สาเหตุ ดังนี้

1. ความเครียดภายในร่างกาย ได้แก่ ความเครียดทางชีวภาพ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายทางชีวภาพหรือเกี่ยวข้องกับสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร อากาศ น้ำ ซึ่งร่างกายได้รับไม่เพียงพอก็จะเกิดความรู้สึกไม่สบาย เช่น หงุดหงิด ปวดศีรษะ ฉุนเฉียว เกิดเป็นความเครียดขึ้น และความเครียดทางพัฒนาการ เป็นความเครียดที่เกิดในช่วงพัฒนาการของแต่ละวัย โดยเป็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามความต้องการของจิตใจจากเหตุจูงใจทางสังคม เช่น ความต้องการความรัก ความต้องการชื่อเสียงและได้รับการยกย่องนับถือ เป็นต้น ซึ่งความต้องการดังกล่าวถ้าไม่เป็นไปตามที่ตนเองต้องการก็จะเกิดเป็นความเครียด

2. ความเครียดจากภายนอก ได้แก่ สภาพแวดล้อมภายนอกด้านกายภาพหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความเจ็บป่วยแก่ร่างกายอาจทำให้เกิดความเครียดได้ และข้อเรียกร้องทางสังคมที่เกิดจากกฎระเบียบ วัฒนธรรมและประเพณี ซึ่งถ้าบุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับสังคมได้ ก่อให้เกิดความเครียดได้

### ระดับความเครียด

กรมสุขภาพจิต (2541) แบ่งความเครียดเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2541)

1. ความเครียดในระดับต่ำ (Mild stress) หมายถึง ภาวะเครียดขนาดน้อยและหายไปในระยะเวลาอันสั้น เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดในระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัวด้วยความเคยชิน และการปรับตัวต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อย

2. ความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate stress) หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือพบเหตุการณ์สำคัญในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง อาจแสดงออกมาในลักษณะความวิตกกังวลหรือความกลัว ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่วไป ไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3. ความเครียดในระดับสูง (High stress) เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงเป็นเวลานาน และไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว ถือว่าอยู่ในเกณฑ์อันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคร้ายต่างๆ ตามมาได้

4. ความเครียดในระดับรุนแรง (Severe stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่อง จนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัวจนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้หมดแรง ควบคุมตัวเองไม่ได้ เกิดอาการทางกาย หรือโรคร้ายต่างๆ ตามมาได้ง่าย

Janis (Janis, 1958) แบ่งความเครียดเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild stress) เป็นความเครียดที่มีระยะเวลาอันสั้นเพียงวินาที หรือภายในชั่วโมงเท่านั้น มักเกิดจากสาเหตุเพียงเล็กน้อย เช่น ทำงานไม่ทันเวลา การนัดหมายคลาดเคลื่อน ความเครียดในระดับต่ำ จะช่วยให้บุคคลมีการต่อสู้ดิ้นรนให้เข้ากับสภาพแวดล้อมเพื่อการอยู่รอด และเป็นการสอนให้บุคคลรู้จักกับการแก้ปัญหา รวมถึงการคิดริเริ่มสร้างสรรค์เพื่อให้พ้นจากสภาพที่เป็นอยู่ ถ้าบุคคลไม่ตกอยู่ในภาวะเครียด บุคคลจะไม่มีโอกาสได้เรียนรู้ถึงการปรับตัวต่อสู้กับปัญหา

2. ความเครียดระดับปานกลาง (Middle stress) มีระยะเวลานานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน เช่น การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง ความเครียดจากการทำงานมากเกินไป ความขัดแย้งกับผู้ร่วมงาน เป็นต้น ความเครียดในระดับนี้ถือเป็นสัญญาณเตือนภัย ซึ่งต้องรีบหาทางขจัดสาเหตุหรือผ่อนคลายความเครียด หากทำได้ในระยะเวลาอันสั้น ร่างกายและจิตใจก็จะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ หากไม่สามารถขจัดความเครียดได้ ก็จะเข้าสู่ความเครียดในระดับรุนแรง ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตอย่างมาก



3. ความเครียดระดับรุนแรง (Severe stress) ความเครียดระดับนี้ อยู่เป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรืออาจเป็นปี มีผลกระทบโดยตรงต่อวิถีชีวิต เช่น การเจ็บป่วยรุนแรง ความพิการ การตกงาน การหย่าร้าง เป็นต้น

บุคคลที่มีความเครียดในชีวิตประจำวันจะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่ไม่เครียด (จินณพัทธ์ ธนกิจวรบูลย์, 2554) และพบว่าผู้ที่เผชิญความเครียดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนานเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจชนิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำถึง 5 เท่า (จริยา ตันติธรรม, 2547)

## 2.4 แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิ การป้องกันระดับทุติยภูมิ และการป้องกันระดับตติยภูมิ ดังนี้

**2.4.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention)** เป็นการป้องกันในผู้ที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคหรือเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น มีภาวะอ้วน การขาดการออกกำลังกาย มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงระดับไขมันในเลือดสูง มีความดันโลหิตสูง เพศชายหรือสตรีวัยหมดประจำเดือน หรือกลุ่มที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยทำได้โดยการเพิ่มการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ การงดสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การตรวจร่างกายประจำปีเพื่อรับการคัดกรองค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด รวมถึงการพักผ่อนและหากิจกรรมยามว่างเพื่อผ่อนคลายความเครียดจากการทำงาน

**2.4.2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention)** เป็นการป้องกันในกลุ่มที่สงสัยว่าจะเกิดโรคหรือเป็นโรคในระยะแรก และต้องการควบคุมไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคที่รวดเร็ว มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมได้เร็วที่สุด ทำได้โดยการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องและรวดเร็ว เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การทำอัลตราซาวด์หัวใจ การตรวจเอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย ซึ่งสามารถทำได้รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคที่รวดเร็วและทันท่วงที่ช่วยป้องกันการดำเนินของโรคที่รวดเร็วและช่วยอัตราการเสียชีวิตได้

**2.4.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention)** การป้องกันระดับนี้เป็น การป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ทำได้โดยการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคในเรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย

การควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมถึงการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดีที่สุด คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ โดยครอบคลุมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจทั้ง 6 ด้าน ตามคำนิยามของ American Heart Association และ American College of Cardiology Association (2014) ดังต่อไปนี้

### 1. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีความคงที่ของการเจริญเติบโต และการทำงานของร่างกายจะเสื่อมเมื่อเข้าสู่วัยกลางคน คือ ช่วงอายุระหว่าง 40-60 ปี ดังนั้นการบริโภคอาหารจึงเน้นที่การป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังและเน้นการบริโภคอาหารลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม การบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความเหมาะสม ดังนี้

1.1 จำกัดอาหารที่มีไขมันสูง ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวจากสัตว์ เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน สัตว์ปีก ไขมันอิ่มตัวจากพืช เช่น เนย มะพร้าว ปาล์ม เนื่องจากทำให้ระดับไขมัน LDL ในเลือดสูงขึ้น ไขมันที่ควรรับประทาน ได้แก่ ไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันมะกอก ถั่วลิสง อะโวคาโด ถั่วเปลือกแข็ง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันเมล็ดทานตะวัน น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันงา น้ำมันปลา เป็นต้น (คณะทำงานจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย, 2552) นอกจากนี้ควรลดการบริโภคอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ เช่น หนังสัตว์ และอาหารทะเลบางชนิด เช่น ปลาหมึก กุ้ง เป็นต้น เนื่องจากการรับประทานอาหารเหล่านี้จะทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อหลอดเลือด อาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในอนาคตได้ (วิไลพร หอมทอง, 2547)

1.2 จำกัดอาหารประเภทน้ำตาลและคาร์โบไฮเดรต ควรรับประทานในปริมาณร้อยละ 55-60 ของพลังงานที่ได้รับ ควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ ข้าว แป้ง ธัญพืช สำหรับอาหารที่ทำจากแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมปัง ควรรับประทานเป็นบางมื้อ (วิไลพร หอมทอง, 2547) และจำกัดการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด เช่น น้ำอัดลม ขนมหวาน รวมถึงระวังน้ำตาลซ่อนรูปที่มีอยู่ในอาหารที่ปรุงสำเร็จทุกประเภท เนื่องจากอาหารประเภทนี้จะส่งผลให้ปริมาณน้ำตาลสะสมในเลือดสูง เปลี่ยนมาเป็นไขมันสะสมในหลอดเลือด และก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในอนาคตได้ นอกจากนี้ ควรลดการบริโภคอาหารจานด่วน เช่น พิซซ่า แซนวิช แฮมเบอร์เกอร์ ซึ่งเป็นอาหารที่ประกอบไปด้วยแป้ง ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงเป็นพลังงาน หากรับประทานอาหารพวกนี้แล้วไม่ได้ใช้พลังงานออกไป จะทำให้เกิดการสะสมกลายเป็นส่วนเกิน นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจได้ (ทัศนพร สุดเสนาหา, 2556)

1.3 เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ ประชากรวัยทำงานมีปัญหาการรับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ควรเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น การรับประทานผักและผลไม้ที่เป็นแหล่งของสารอาหารตามธรรมชาติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ เนื่องจากผักและผลไม้สามารถช่วยเพิ่มความต้านทานของร่างกาย การรับประทานผักและผลไม้ที่เป็นสารอาหารตามธรรมชาติ ร่างกายจะได้รับสารต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันโรค (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553) ดังนี้

1.3.1 โยอาหาร (Dietary fiber)

1.3.2 สารต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidants) สารอาหารในกลุ่มนี้ ได้แก่ วิตามินอี วิตามินซี แคโรทีนอยด์

1.3.3 สารไฟเลต มีให้อาหารจำพวกผักใบเขียวทุกชนิด

1.3.4 สารพฤกษเคมี (Phytochemicals) ต่างๆ ประกอบด้วย

- (1) สารฟลาโวนอยด์ เช่น ใบชา หัวหอม และแอปเปิ้ล
- (2) สาร Isothiocyanate และ Indoles ซึ่งพบมากในผักตระกูลกะหล่ำ
- (3) สาร Sulfides พบมากในพืชตระกูลหอมและกระเทียม
- (4) สาร Terpenes พบมากในพืชตระกูลส้ม
- (5) สาร Phytoestrogen พบมากในถั่วเหลือง

1.4 จำกัดอาหารที่มีโซเดียมและอาหารที่มีรสเค็ม (< 2.3 กรัมต่อวัน โดยประมาณ 1 ช้อนชาต่อวัน) เช่น กะปิ ไข่เค็ม เต้าเจี้ยว ผักดอง เต้าหู้ยี้ เป็นต้น และหลีกเลี่ยงอาหารกระป๋องหรืออาหารแปรรูปต่างๆ เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป โจ๊ก รวมถึงขนมขบเคี้ยว เนื่องจากหากร่างกายได้รับปริมาณโซเดียมสูง จะดูดซึมน้ำเข้าสู่หลอดเลือดมากขึ้น ทำให้มีปริมาตรของเหลวในร่างกายเพิ่มขึ้น หัวใจก็จะทำงานหนักขึ้น

1.5 การบริโภคควรบริโภคอาหารให้ครบ 3 มื้อต่อวัน โดยเฉพาะอาหารมื้อเช้าเป็นอาหารที่สำคัญในการควบคุมการเผาผลาญสารอาหารและการใช้พลังงานทั้งวัน โดยให้เคี้ยวอย่างละเอียด เคี้ยวช้าๆ มื้อละประมาณ 30-40 นาที (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2558)

1.6 ควรบริโภคอาหารที่ทำเองมากกว่าการรับประทานอาหารที่ซื้อจากนอกบ้าน เนื่องจากไม่สามารถควบคุมปริมาณน้ำมัน กะทิ และเกลือที่ใช้ในการประกอบอาหารได้ ซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบกับการทำอาหารทานเองนั้น เราสามารถเลือกวัตถุดิบที่ดีที่สุดด้วยตนเอง ควบคุมปริมาณโซเดียม ไขมันในการทำอาหารได้เอง และควรเลือกวิธีการปรุงสุกอาหารด้วยการต้ม ตุ่น นึ่ง แทนการทอด (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

## 2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายที่มีประโยชน์ต่อระบบการไหลเวียนโลหิตและทำให้ร่างกายแข็งแรง เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ซึ่งร่างกายต้องใช้ออกซิเจนจำนวนมาก ทำติดต่อกันเป็นเวลานาน จึงส่งผลให้ระบบการทำงานของหัวใจ และการไหลเวียนโลหิตทั่วร่างกายดีขึ้น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553) รวมไปถึงการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมของร่างกายเพื่อให้มีการใช้พลังงานของร่างกายมากกว่าในขณะพัก โดยสามารถแบ่งตามลักษณะกิจกรรมที่ปฏิบัติ ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายขณะทำงาน การทำงานบ้าน การเคลื่อนไหวร่างกายในขณะเดินทาง เป็นต้น (วิศาล คันธารัตนกุล, 2546)

### หลักการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

การออกกำลังกายที่เหมาะสมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ซึ่งเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่ร่างกายมีการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่เคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องยาวนาน 20-60 นาที ทำให้ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายและขณะพักลดลง ทั้งนี้ลดการกระตุ้นการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย จะช่วยลดอัตราเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553) การออกกำลังกายที่เพียงพอในการกระตุ้นระบบหัวใจและหลอดเลือด มีหลักการดังนี้

1. ความถี่ (Frequency) คือ จำนวนครั้งที่ออกกำลังกายต่อสัปดาห์ การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ควรออกกำลังกายในระดับปานกลางอย่างน้อย 30 นาที เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ หรือรวมทั้งหมดอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือออกกำลังกายในระดับหนัก อย่างน้อย 20 นาที เป็นเวลา 3 วันต่อสัปดาห์ หรือรวมทั้งหมดอย่างน้อย 75 นาทีต่อสัปดาห์ (American Heart Association, 2015)

2. ความแรง (Intensity) คือ ความแรงของการออกกำลังกายที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่างร้อยละ 60-80 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด โดยอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดคำนวณได้จาก 220- อายุ(ปี) แบ่งระดับความแรงเป็น 3 ระดับ (American Heart Association, 2015) ดังนี้

- 2.1 ระดับเบา คือ การออกกำลังกายที่ทำให้การเต้นของหัวใจอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50-65 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด เช่น การเดินช้าๆ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การทำงานบ้านแบบเบา เช่น ปัดฝุ่น กวาดพื้น การทำสวน เป็นต้น

- 2.2 ระดับปานกลาง คือ การออกกำลังกายที่ทำให้การเต้นของหัวใจอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 66-85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด เช่น การเดินเร็ว การเดินลงบันได การว่ายน้ำ เล่นเทนนิส ปั่นจักรยาน เต้นแอโรบิก เล่นโยคะ ยกน้ำหนัก การทำงานบ้านระดับปานกลาง เช่น การตัดหญ้า การถูพื้น การล้างรถ เป็นต้น

2.3 ระดับหนัก คือ การออกกำลังกายที่ทำให้การเต้นของหัวใจอยู่ในระดับสูงมากกว่าร้อยละ 66-85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด เช่น การเล่นฟุตบอล บาสเกตบอล การทำงานบ้านแบบหนัก เช่น การเคลื่อนย้ายเครื่องเรือน เป็นต้น

3. ระยะเวลา (Duration) การออกกำลังกายที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายสำหรับวัยผู้ใหญ่ ควรออกกำลังกายไม่ครั้งละไม่ต่ำกว่า 10 นาที ต่อเนื่องจนถึง 30 นาที

สำหรับประชากรวัยทำงาน มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและความเหนื่อยล้าจากงาน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการออกกำลังกายน้อยกว่าวัยอื่นๆ ดังนั้น กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (2546) ให้คำแนะนำการออกกำลังกายสำหรับวัยทำงาน ดังนี้ การเพิ่มการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายสะสมอย่างน้อย 120-150 นาทีต่อสัปดาห์ ทั้งที่บ้านและที่ทำงาน โดยลดการนั่งดูโทรทัศน์ มาทำกิจกรรมนันทนาการ เช่น ทำสวน การออกกำลังกายแบบเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง การออกกำลังกายที่เพิ่มความแข็งแรงของระบบไหลเวียน เช่น เดินไกล ปั่นจักรยาน หรือว่ายน้ำ สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง และกิจกรรมที่ควรปฏิบัติทุกวันคือ เดินมากขึ้นในชีวิตประจำวัน การใช้บันไดแทนการใช้ลิฟต์ ปั่นจักรยานแทนการใช้รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ เป็นต้น (วิศาล คันธารัตนกุล, 2546)

### 3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคที่ป้องกันได้ซึ่งอาจทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายเสื่อมลงและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ การเลิกสูบบุหรี่จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและลดอัตราการตายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ จากการศึกษาผู้ป่วยใน Framingham Heart Study พบว่าผู้ป่วยที่เลิกสูบบุหรี่ก่อนอายุ 65 ปี จะสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2560)

#### ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

1. ลดอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 20 มวนต่อวัน พบว่า 10 ปีหลังจากหยุดสูบบุหรี่ จะมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจเท่ากับคนที่ไม่สูบบุหรี่ ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือด เมื่อหยุดสูบบุหรี่จะลดอัตราการตายลงถึงร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 50

2. อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันลดลงร้อยละ 50 หลังจากหยุดสูบบุหรี่ครบ 1 ปี และหลังจากหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 15 ปี ความเสี่ยงของการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันจะเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่

## แนวทางการรักษาผู้ติดบุหรี่

### 1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา

เริ่มตั้งแต่สอบถามความต้องการเลิกสูบบุหรี่ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ และสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูบต้องการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง โดยใช้หลัก 5R's เมื่อผู้สูบตัดสินใจจะเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองแล้ว ช่วยเหลือโดยให้คำแนะนำวิธีการบำบัดรักษาที่เหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษา พฤติกรรมบำบัด การใช้นิโคตินทดแทน และการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (วารสาร ภูมิเวชศาสตร์, 2546)

### 2. การรักษาโดยการใช้อายา

ปัจจุบันมียาหลายชนิดที่มีประสิทธิภาพช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จ ได้มากขึ้น แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสารนิโคตินทดแทน (nicotine replacement therapy-NRT) เป็นการให้นิโคตินจากยาทดแทนที่เคยได้รับจากบุหรี่ เพื่อช่วยลดอาการถอนนิโคติน มี 2 รูปแบบ คือ แบบแผ่นติดผิวหนัง (nicotine patch) และหมากฝรั่ง (nicotine gum) และกลุ่มที่ไม่มีส่วนผสมของสารนิโคติน ได้แก่ bupropionSR, varenicline และ nortriptyline ยาเหล่านี้มีฤทธิ์ช่วยลดอาการอยากบุหรี่และทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น ต้องใช้ภายใต้คำสั่งการรักษาของแพทย์เท่านั้น (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2560)

### 4. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากเกินไป จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดโรคต่างๆ แอลกอฮอล์ที่บริโภคเข้าไปร้อยละ 90 จะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็ว ทำให้ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดมีระดับสูง ส่งผลต่อการตัดสินใจ การพูด การทรงตัว การมองเห็น สมาธิและความจำ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น ส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (ปิยาภรณ์ นิกข์นิภา, 2549) ในทางกลับกันมีการศึกษาถึงประโยชน์ของการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณน้อยจนถึงปานกลาง (1 หน่วยมาตรฐานต่อวัน) สามารถลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ โดยมีผลทำให้ระดับ HDL-cholesterol เพิ่มขึ้น และลดระดับไขมัน LDL-cholesterol (Rimm, Williams, Fosher, Criqui, & Stampfer, 1999) อย่างไรก็ตาม การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เหมาะสม สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ โดยในผู้หญิง < 1 หน่วยมาตรฐาน และผู้ชาย < 2 หน่วยมาตรฐาน (1 หน่วยมาตรฐาน เท่ากับ ปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 10 กรัม เทียบเท่ากับ เบียร์ไม่เกิน 360 มิลลิลิตร ไวน์ไม่เกิน 150 มิลลิลิตร วิสกี้ไม่เกิน 45 มิลลิลิตร เหล้าไม่เกิน 30 มิลลิลิตร) (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553)

### แนวทางการรักษาผู้ที่ติดเครื่องตีแมลกอฮอลล์

1. กำหนดขีดจำกัดสำหรับตนเอง
2. เริ่มต้นด้วยเครื่องตีปราศจากแอลกอฮอล์ ก่อนเปลี่ยนเป็นเครื่องตีแมลกอฮอลล์
3. เลือกเครื่องตีที่มีปริมาณของแอลกอฮอล์ต่ำ เช่น การตี เบียร์ ไวน์ แทนการตีสุรา เหล้าขาว เป็นต้น
4. รับประทานอาหารก่อนและระหว่างตีแมลกอฮอลล์
5. ควรตีช้าๆ หากตีเร็วจะทำให้ปริมาณแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกายมากขึ้น
6. วางแผนการทำกิจกรรมอย่างอื่นแทนการแอลกอฮอล์ เช่น ดนตรี เล่นกีฬา งานอดิเรกอื่นๆ (วีระพล จันทร์ดียิง, 2560)

### 5. พฤติกรรมการควบคุมความเครียด

ความเครียด คือ สภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าจากภายนอก เช่น รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส และสิ่งเร้าจากภายใน เช่น สิ่งที่เราจินตนาการ มากระทบหู ตา จมูก ลิ้น กาย และใจ จนเสียสมดุล ก่อให้เกิดการปรับตัวเพื่อจัดการกับสิ่งเร้าเหล่านั้น ความเครียด เป็นปัญหาที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ซึ่งความเครียดในระดับที่พอดี ส่งผลให้ร่างกายมีความตื่นตัว กระตือรือร้น ในทางกลับกัน ความเครียดในระดับสูงมากเกินไป จะส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจได้ ความเครียดจะกระตุ้นระบบซิมพาเทติก ทำให้ระดับความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น หลอดเลือดบีบตัวแคบลงทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง และอวัยวะต่างๆได้รับปริมาณโลหิตลดลง ความเครียดที่เรื้อรังเป็นเวลานานติดต่อกัน มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือด (กรมสุขภาพจิต, 2543; สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553)

ความเครียดที่มีผลต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะความเครียดเรื้อรังติดต่อกันเป็นเวลานาน วิธีจัดการความเครียดที่ดีที่สุด คือ วิธีการที่ตนเองเลือกกระทำ ดังนั้น จึงควรค้นหาวิธีการในการจัดการความเครียดด้วยตนเองในสิ่งที่ชอบหรือพึงพอใจต่อวิธีการนั้นๆ โดยไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น เช่น การฝึกโยคะ การฝึกหายใจ การเจริญสมาธิ การเล่นดนตรี การพูดคุยระบายความรู้สึกกับบุคคลใกล้ชิดที่ไว้วางใจ เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

### 6. พฤติกรรมการตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้เป็นอย่างดี มีโรคหลายชนิดที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดหรือหากเกิดแล้วมีการตรวจพบในระยะแรกจะมีผลต่อการรักษา ทำให้หายได้ การตรวจร่างกายประจำปี เป็นการตรวจคัดกรอง ควรทำในช่วงอายุ 35-65 ปี เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และในผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้ว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง การตรวจร่างกายและการติดตามตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ จะช่วยควบคุมระดับ

โคเลสเตอรอลในเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อไม่ให้เป็นโรค และหากเป็นโรคแล้วสามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยกฎหมายคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 ว่าด้วยเรื่องการตรวจสุขภาพ ให้ประชาชนมีการตรวจสุขภาพอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี เพื่อเป็นการคัดกรองความเสี่ยง ตรวจหาปัจจัยเสี่ยงอันส่งผลให้สุขภาพเสียไป ดังนั้น การตรวจสุขภาพจึงเน้นการตรวจก่อนการเป็นโรคเพื่อป้องกันการเกิดโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และหากเป็นโรคแล้ว การตรวจสุขภาพช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคนั้นๆ ได้ (Devies & Mehra, 2013)

## 2.5 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า มีเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

2.5.1 Framingham heart score (Wilson et al., 1998) เป็นแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีเป็นร้อยละ ทำการศึกษาแบบ Prospective study ติดตามประชากรขนาดใหญ่ในเมือง Framingham ที่ยังไม่ปรากฏอาการว่าจะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะยาวหรือไม่ ปัจจัยที่ใช้เป็นการทำนายความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ เพศ, อายุ, Total cholesterol และ HDL ,ความดันโลหิต systolic, การรักษาความดันโลหิตสูง, ประวัติการสูบบุหรี่ โดยค่าความเสี่ยงต่ำกว่าร้อยละ 10 ถือว่ามีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้าระดับต่ำ ค่าความเสี่ยงอยู่ในช่วงร้อยละ 10-20 ถือว่ามีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้าระดับปานกลาง และความเสี่ยงร้อยละ 20 ขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้าในระดับสูง

2.5.2 Thai CV risk score (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2558) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นจากการติดตามหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยเป็นระยะเวลา 30 ปี ในพนักงานที่ไม่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อน เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า สามารถใช้ได้ทั้งกรณีที่ไม่ีผล cholesterol ในเลือด โดยใช้ขนาดรอบเอวและส่วนสูงแทน ปัจจัยเสี่ยงที่ใช้ในการประเมิน กรณีไม่ใช้ผลเลือดประกอบด้วย อายุ, เพศ, ประวัติการสูบบุหรี่, โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตตัวบน,รอบเอวและส่วนสูง กรณีใช้ผลเลือดจะไม่นำรอบเอวและส่วนสูงมาคำนวณ แต่จะใช้เป็นระดับ total cholesterol, LDL, HDL



2.5.3 RAMA EGAT heart score (สุกิจ แย้มวงษ์, 2548) เป็นแบบประเมินความเสี่ยงรวมต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นร้อยละในระยะเวลา 10 ปี ด้วยการวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาโรคหัวใจและหลอดเลือดของไทย จากการศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (EGAT study) จำนวน 3,499 คน เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528-2545 เพื่อทำนายความเสี่ยงรวมของโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต จากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ ความดันโลหิต การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือด และเส้นรอบเอว โดยสร้างเป็นแบบประเมินความเสี่ยงรวมต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของคนไทย โดยเครื่องมือมี 2 ระดับ คือ

1) แบบประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์ มีปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในแบบประเมินดังนี้ อายุ, ความดันโลหิต systolic, ระดับ total cholesterol, ระดับ HDL cholesterol, การสูบบุหรี่, ประวัติโรคเบาหวาน, รอบเอว, ประวัติการดื่มสุรา โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนความเสี่ยงรวม	ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปี (%)
≤-3	<1
-2	1
-1	1
0	1
1	2
2	3
3	5
4	7
5	10
6	14
≥7	≥20

2) แบบประเมินโดยประชาชน มีปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในแบบประเมินดังนี้ อายุ, เพศ, ระดับ cholesterol, ประวัติการสูบบุหรี่, ประวัติโรคเบาหวาน, ประวัติโรคความดันโลหิตสูง, รอบเอว โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนความเสี่ยงดังนี้

คะแนนความเสี่ยงรวม	โอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงในเวลา 10 ปี (%)
-2-0	0
1-6	1
7-9	2
10	3
11-12	4
13	5
14	6
15	8
16	9
17	11
18	14
19	16
≥20	20

ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคน ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความเสี่ยง RAMA EGAT heart score สำหรับประชาชน ที่ได้มีการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่หลากหลาย ได้ผ่านการทดสอบความตรงและความแม่นยำของแบบประเมิน และเหมาะสมกับประชากรไทยเนื่องจากมีการคำนวณคะแนนความเสี่ยงอยู่บนข้อมูลพื้นฐานของคนไทย รวมถึงมีเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลที่เข้าใจได้ง่าย ประชาชนสามารถประเมินด้วยตนเองได้

### 3. พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

#### 3.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติการต่างๆ ของบุคคล ทั้งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ก็ตาม เช่น การพูด การเดิน การแสดงสีหน้า ความรู้สึก ความตั้งใจ เป็นต้น โดยปฏิบัติการเหล่านี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับหรือเผชิญกับสิ่งเร้าที่มาจากภายในหรือภายนอกร่างกายก็ได้ (ธนวรรณ อิมสมบูรณ์, 2546)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง บุคคลอื่นในครอบครัว และคนทั่วไปในชุมชนหรือสังคม แสดงออกได้ในลักษณะต่างๆ 3 ลักษณะ คือ การแสดงออกในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ ที่ทำหรือความรู้สึกรู้สึกคิด และการกระทำหรือการปฏิบัติต่างๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ (ธนวรรณ อิมสมบุญ, 2546)

พฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุข และพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้สำหรับการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพต่อไปนี้ (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ & เฉลิมพล ต้นสกุล, 2549)

1. พฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive health behavior) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือการวินิจฉัยในระยะไม่มีอาการของความเจ็บป่วย
2. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness health behavior) เป็นการปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติในร่างกายและจิตใจ หรือเจ็บป่วย
3. พฤติกรรมบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick – role behavior) เป็นการปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษา การออกกำลังกายเพื่อป้องกันไม่ให้อาการของโรครุนแรง และเลิกกิจกรรมที่ทำให้มีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สารเสพติด การทำงานหนัก การพักผ่อนไม่เพียงพอ และการรับประทานอาหารบางชนิด

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นผลมาจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และสิ่งแวดล้อมภายนอก เพื่อวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค หรือบำรุงรักษาสุขภาพ

### 3.2 คำจำกัดความของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

World Health Organization (2007) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ว่า เป็นการปฏิบัติตนในการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อลดและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยพฤติกรรม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง ลดการรับประทานอาหารที่มีไขมัน น้ำตาลและเกลือสูง เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีการเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวันทุกวัน ด้านการสูบบุหรี่ หมายถึง การไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการสูดดมควันบุหรี่จากผู้อื่น ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หมายถึง การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือดื่มในปริมาณที่เหมาะสม

และด้านการลดปัจจัยเสี่ยง หมายถึง การควบคุมน้ำหนักและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (WHO, 2007)

World Heart Federation (2012) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ว่า เป็นพฤติกรรมที่บุคคลควรกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีกากใยสูง จำกัดการรับประทานอาหารที่มีไขมัน น้ำตาลและเกลือสูง ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวันรวมถึงกิจกรรมนันทนาการต่างๆ ด้านการสูบบุหรี่ หมายถึง การไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสอง ด้านการตรวจสุขภาพ หมายถึง การตรวจสุขภาพเป็นประจำเพื่อดูค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักตัวและระดับไขมันในเลือด (World Heart Federation, 2012)

Heart Foundation (2012) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ว่าควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5 ด้าน ดังนี้ ด้านการสูบบุหรี่ หมายถึง หยุดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสอง ด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์โดยจำกัดการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวน้อยกว่า 7% และไขมันทรานส์น้อยกว่า 1% ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด จำกัดการรับประทานเกลือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 กรัมต่อวัน เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หมายถึง หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง เพิ่มการออกกำลังกายในระดับปานกลางอย่างน้อยวันละ 30 นาที และด้านการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup> และรอบเอวผู้ชายน้อยกว่า 94 เซนติเมตร ผู้หญิงน้อยกว่า 80 เซนติเมตร (Heart Foundation, 2012)

American Heart Association and American College of Cardiology Association (2014) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ว่า เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง การเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ลดการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมและน้ำตาลสูง ด้านการสูบบุหรี่ หมายถึง การหลีกเลี่ยงหรืองดการสูบบุหรี่ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หมายถึง หลีกเลี่ยง การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (ผู้หญิงไม่ควรเกิน 1 แก้วมาตรฐานต่อวัน ผู้ชายไม่ควรเกิน 2 แก้วมาตรฐานต่อวัน โดย 1 แก้วมาตรฐาน หมายถึง เหล้าไม่เกิน 30 มล. เบียร์ไม่เกิน 360 มล. ไวน์ไม่เกิน 150 มล. วิสกี้ไม่เกิน 45 มล.) ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การเพิ่มการออกกำลังกายโดยให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

ด้านการจัดการความเครียด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย และมีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ด้านการตรวจสุขภาพ หมายถึง การหมั่นตรวจเช็คร่างกายเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (AHA/ACC, 2014)

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2553) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ว่า เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยพฤติกรรม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง การเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ในแต่ละวันให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง เพิ่มการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ด้านการสูบบุหรี่ หมายถึง การไม่สูบบุหรี่ รวมถึงการหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น ด้านการจัดการความเครียด และด้านการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองความเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553)

ในการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการจัดการความเครียด และด้านการตรวจสุขภาพ ตามแนวคิดของ American Heart Association and American College of Cardiology Association (AHA/ACC, 2014)

### 3.3 ปัญหาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย เนื่องจากมีอัตราผู้ป่วยรายใหม่และอัตราการตายที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การขาดการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายน้อย การสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การมีความเครียดในชีวิตประจำวันสูง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553) ซึ่งการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถกระทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานครยังมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพดังนี้

### 3.3.1 ปัญหาด้านการบริโภคอาหาร จากวิถีการดำเนินชีวิตคนเมืองใน

กรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบจากการจราจรที่ติดขัด การเดินทางต้องใช้เวลานาน มีการแข่งขันกันตลอดเวลา ต้องทำงานแข่งกับเวลา ทำให้มีสุขนิสัยการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไปโดยคนวัยทำงานในกรุงเทพมหานครรับประทานอาหารจานด่วนเป็นประจำร้อยละ 33 (ปาณบดี เอกะจัมปะกะ และ นิธิศ วัฒนมะโน, 2552) เลือกบริโภคอาหารจานด่วนประเภทไก่ทอด บ่อยที่สุด (เครือมาศ มีเกษม, 2554) ครอบครัวยังไม่มีเวลาในการปรุงอาหาร มักจะซื้ออาหารปรุงสำเร็จ หรืออาหารสำเร็จรูปมาบริโภค ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารที่มีไขมันสูง ทำให้ไม่สามารถควบคุมคุณภาพ และความปลอดภัยของอาหารได้ มีการบริโภคผักและผลไม้ลดลง วิถีชีวิตเหล่านี้ ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดี ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มชายวัยกลางคน พบว่า ชายวัยกลางคนมีพฤติกรรมการรับประทานผัก หรือผลไม้ไม่เพียงพอร้อยละ 72 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558b) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมันร้อยละ 87.2 รับประทานขนม ผลไม้และเครื่องดื่มที่มีรสหวานจัดร้อยละ 75.4 รับประทานอาหารเค็มร้อยละ 6.6 (กรมอนามัย, 2554) ทำให้พบความชุกของภาวะโภชนาการเกินในชายวัยกลางคนถึงร้อยละ 45.2 และมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงร้อยละ 90.4 (นภาพดี อุดสม, 2552) พฤติกรรมการรับประทานอาหารดังกล่าว หากปฏิบัติเป็นประจำและบริโภคในปริมาณมาก จะทำให้เกิดภาวะภาวะอ้วน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และเบาหวานตามมาได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

### 3.3.2 ปัญหาด้านการออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่ทำให้มีการ

เคลื่อนไหวของร่างกาย ส่งผลให้ร่างกายมีการเผาผลาญพลังงาน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง เพิ่ม การสูบน้ำออกทำให้การไหลเวียนของเลือดไปสู่เนื้อเยื่อเพิ่มขึ้นเพิ่มขนาดและความยืดหยุ่นของผนัง หลอดเลือด และยังช่วยลดการจับตัวของไขมันในผนังหลอดเลือด การออกกำลังกายเป็นประจำโดยใช้ พลังงานเฉลี่ย 1,000 กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือด หัวใจได้ประมาณร้อยละ 20-30 (อภิชาติ สุคนธธรรม, 2553) การออกกำลังกายสามารถทำได้หลาย แบบ เช่น การเดิน วิ่งเหยาะๆ ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ หรือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก รวมถึงการ หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องทุ่นแรงอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น ลิฟต์ หรือบันไดเลื่อน (กองกิจกรรมทาง กายเพื่อสุขภาพ, 2560) แต่การดำเนินชีวิตของคนกรุงเทพมหานครในปัจจุบัน มีสิ่งอำนวยความสะดวก ต่างๆ เช่น ลิฟต์ บันไดเลื่อน รถยนต์ รถไฟฟ้า ซึ่งช่วยทุ่นแรงให้ไม่ต้องออกกำลังกายในการทำ กิจกรรม ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายลดลง สถานที่ทำงานไม่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทาง กาย ซึ่งพบว่าประชากรชายวัยทำงานในกรุงเทพมหานครมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอร้อยละ 23.4 ซึ่งสูงกว่าภาคอื่นๆ (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552) ชายวัยกลางคนขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 85.7 โดยไม่ออกกำลังกายเลยร้อยละ 81.3 ขาดการออกกำลังกายจากการทำงานบ้านและ

งานเล็กๆ น้อย ๆ ร้อยละ 94.9 ทำให้พบความชุกของภาวะโภชนาการเกินถึงร้อยละ 45.2 มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ  $23 \text{ kg/m}^2$  ถึงร้อยละ 41.5 และมีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร ร้อยละ 16.5 (นภาพตี อุดสม, 2552) นอกจากนี้ ยังพบความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของเพศชายเขตกรุงเทพมหานครในกลุ่มวัยกลางคนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.7 (ศูนย์เตือนภัยสุขภาพ กรุงเทพมหานคร, 2558)

**3.3.3 ปัญหาด้านการสูบบุหรี่** การสูบบุหรี่สม่ำเสมอทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าโดยแปรตามจำนวนของบุหรี่ที่สูบ หรือผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่ก็มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ ซึ่งการสูบบุหรี่มีผลต่อหลอดเลือดโดยตรง เมื่อหยุดสูบบุหรี่จะทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ 50 ภายในเวลา 1-2 ปี (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553) นอกจากนี้วัฒนธรรมในสังคมเมือง มักมีกิจกรรมทางสังคมและการพบปะสังสรรค์กันเป็นประจำ มีสถานบันเทิงให้บริการจำนวนมาก รวมถึงการเข้าถึงสินค้าประเภทบุหรี่และสุราที่หาซื้อได้ง่าย ทำให้พบว่าประชาชนในกรุงเทพมหานครมีการบริโภคสินค้าประเภทดังกล่าวกันอย่างแพร่หลาย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ชายวัยกลางคนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 42.6 ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ร้อยละ 47.7 (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพชายวัยกลางคนของกรมอนามัย พบว่า มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 40.6 โดยสูบเป็นประจำทุกวันร้อยละ 21.5 และการศึกษาของนภาพตี อุดสม (2552) พบว่า มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 57.3 นอกจากนี้เพศชายที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำถึงร้อยละ 18.5, 39.7 และ 31.5 ตามลำดับ (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552) ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาสุขภาพประชาชนไทยในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีความชุกของการสูบบุหรี่ในปัจจุบันร้อยละ 19.5 และสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 16 (วิชัย เอกพลากร, 2559)

**3.3.4 ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์** การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยการกระตุ้นให้หัวใจมีการสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจในปริมาณมาก ทำให้เกิดความดันในหลอดเลือดสูงขึ้น และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความดันโลหิต ซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มชายวัยกลางคน พบว่า ชายวัยกลางคนมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำร้อยละ 68.3 และดื่มเครื่องดื่มชูกำลังร้อยละ 55 (กรมอนามัย, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของนภาพตี อุดสม (2552) พบว่า ชายวัยกลางคนมีภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 39 (นภาพตี อุดสม, 2552) ซึ่งพบว่ามีเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษา

สำรวจสุขภาพประชาชนไทยในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 27.5 (ชายร้อยละ 43.2) (วิชัย เอกพลากร, 2559)

**3.3.5 ปัญหาด้านการจัดการความเครียด** ความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (WHO, 2015) เมื่อร่างกายมีภาวะเครียดจะหลั่งสารแคททีโคลามีน กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น หัวใจต้องออกแรงบีบตัวเพิ่มขึ้น เกิดหลอดเลือดหัวใจแข็ง และเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามมา (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546) บุคคลที่มีความเครียดในชีวิตประจำวันจะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่ไม่เครียด (จิณณพัต ธนกิจวรบูลย์, 2554) จากสภาพแวดล้อมของสังคมเมือง เช่น การจราจรติดขัด ปัญหามลพิษ และวิถีการดำเนินชีวิตของคนเมืองที่เร่งรีบ มีการแข่งขันกันสูง ต้องทำงานแข่งกับเวลา ทำให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งพบว่าประชากรกรุงเทพมหานครมีความชุกของการกินยาคลายเครียดและยานอนหลับที่สูงกว่าภาคอื่น (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552) ประกอบกับช่วงวัยกลางคนซึ่งเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสูงทั้งในครอบครัว หน้าที่การงาน และสังคม (กรมอนามัย, 2550) เมื่อมีปัญหากระทบจะทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย นอกจากนี้เพศชายเมื่อเข้าสู่วัยกลางคนร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงของระดับเทสโทสเทอโรนที่ลดลง ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ทำให้ขาดความกระฉับกระเฉง ไม่กระตือรือร้น ไม่ค่อยมีสมาธิ มีอาการซึมเศร้า ห่อเหี่ยว (ณัชชา โประดก, 2555) ซึ่งทำให้เกิดความเครียดได้ง่ายขึ้น จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มชายวัยกลางคน พบว่า ชายกลุ่มอายุ 40-44 ปี มีความเครียดระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 12.74 รองลงมาคืออายุ 50-54 ปี มีความเครียดระดับสูงร้อยละ 10.21 โดยมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่นิยมมากที่สุด คือ หางานอดิเรกทำ แต่ยังคงมีการใช้วิธีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 19 และการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อคลายเครียดร้อยละ 22 (กรมอนามัย, 2554) ซึ่งจะเห็นได้ว่าชายวัยกลางคนยังมีวิธีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมอยู่มาก

**3.3.6 ปัญหาด้านการตรวจสุขภาพ** การตรวจสุขภาพเป็นการคัดกรองและป้องกันการเกิดโรคเบื้องต้น หากยังไม่เป็นโรคแต่มีการตรวจพบความผิดปกติของร่างกายในระยะแรกก็จะสามารถป้องกันหรือรักษาให้หายได้ หากเกิดโรคแล้ว การเข้ารับการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะช่วยลดความรุนแรงของโรคหรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ ชายวัยกลางคนควรได้รับการส่งเสริมให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ หน้าที่การงาน และสังคมได้ (ณัชชา โประดก, 2555) การส่งเสริมให้ชายวัยกลางคนเห็นความสำคัญถึงประโยชน์ และมีการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สามารถป้องกันความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ แต่จากการศึกษา



พบว่า ชายวัยกลางคนมีพฤติกรรมด้านการตรวจสุขภาพประจำปีเพียงร้อยละ 18.2 (กรมอนามัย, 2554) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศชายอายุ 45-59 ปี พบความชุกของโรคเบาหวาน ร้อยละ 11.8 ความชุกโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.4 และความชุกของภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 50.5 (วิชัย เอกพลากร, 2559) ซึ่งเห็นได้ว่าชายวัยกลางคนยังมีพฤติกรรมด้านการตรวจสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ถึงแม้จะเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีละ 1 ครั้ง แต่ยังพบว่ามีความชุกของโรคติดต่อไม่เรื้อรังในระดับสูง

จากข้อมูลดังกล่าว พบว่า ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม และพบว่าชายวัยกลางคนเป็นโรคเรื้อรังจำนวนมาก เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รวมถึงมีปัญหาด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการตรวจสุขภาพที่ควรปรับปรุง ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงมีความสำคัญที่ต้องศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มนี้

### 3.4 การประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่ามีผู้ที่ได้ศึกษาและพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ดังนี้

3.4.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสุจิตรา เหมวิเชียร (2550) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามของจิตหทัย สุขสมัย (2542) ที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบริบทสังคมของไทยมุสลิม ประกอบด้วยข้อคำถาม 31 ข้อ พฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย 8 ข้อ การรับประทานอาหาร 9 ข้อ การจัดการความเครียด 9 ข้อ และการตรวจสุขภาพประจำปี 5 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ แบ่งระดับพฤติกรรมเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง และสูงมาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .73

3.4.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของสุทัสสา ทิจะยัง (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยสร้างมาจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1990) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร 3 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 2 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 3 ข้อ และด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป 2 ข้อ (สุทัสสา ทิจะยัง, 2553)

#### 3.4.3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของปิยาภรณ์

นิกข์นิภา (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL (Green & Kreuter, 1999) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติน้อยที่สุด ลักษณะของข้อคำถามมีลักษณะในเชิงบวกและเชิงลบ ครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการตรวจสุขภาพประจำปี ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 12-48 คะแนน ค่าคะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจดี มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .75

#### 3.4.4 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของเมธิกานต์ ทิมุลนีย์ (2557) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของ Roger (1983) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดดัดแปลงจากแบบสอบถามของ นุชรรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์ (2549) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนมาก ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย ไม่ปฏิบัติ ครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค 3 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหารจำนวน 10 ข้อ ด้านการออกกำลังกายจำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการความเครียดจำนวน 5 ข้อ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน โดยค่าคะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับดี มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .70

#### 3.4.5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของจุฑามาศ ศษโคตร (2554) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL (Green & Kreuter, 1999) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย ครอบคลุมเนื้อหาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 4 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร 5 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 5 ข้อ และด้านการสูบบุหรี่ 5 ข้อ มีช่วงคะแนน

0-60 คะแนน ค่าคะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .76

#### 3.4.6 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของจรัรัตน์

สุทธิพัฒนางกูร (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร โดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ McClendon (2011) ซึ่งสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ การวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ ครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ ด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 2 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียด 5 ข้อ และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี 2 ข้อ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน แปลผลคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 3 ระดับ คือ ไม่เหมาะสม เหมาะสม เหมาะสมมาก ค่าคะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสมมาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .82

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถามของจรัรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558) เนื่องจากแบบสอบถามดังกล่าวได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) และข้อคำถามครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตามแนวคิดของ American Heart Association and American College of Cardiology Association (AHA/ACC, 2014) ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการจัดการความเครียด และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี และสอดคล้องกับบริบทกรุงเทพมหานครทั้งนี้ผู้วิจัยจะปรับแบบสอบถามให้มีความสอดคล้องกับบริบทเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งเป็นกลุ่มชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร

#### 4. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแบบแผนที่ได้รับการพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1950 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกา ได้แก่ Hochbun, Kegel, Leventhal และ Rosenstock ซึ่งมีความสนใจที่จะศึกษาว่าทำไมประชาชนไม่ยอมรับวิธีการป้องกันโรคใดๆ ทั้งที่ไม่ได้คิดค่าบริการ หรือเสียค่าบริการบ้างเล็กน้อย เนื่องจากนโยบายสาธารณสุขในระยะนั้น เน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาโรค โดยมีข้อสมมติฐานว่าบุคคลจะแสวงหาผลและปฏิบัติตามคำแนะนำ

ด้านสุขภาพ บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพ มีความเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และจะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่สามารถควบคุมได้ เป็นการเน้นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ และการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ ได้รับแนวคิดจากทฤษฎีสถาน (Field Theory) และทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation Theory) ของ Kurt Lewin โดยทฤษฎีกล่าวว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำสิ่งที่ตนพอใจและสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดีต่อตน เกิดเป็นแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในระยะแรกแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถือว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล กล่าวคือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคล จะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำ ยกเว้นสิ่งแวดล้อมนี้ปรากฏอยู่ในการรับรู้ของบุคคล บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่ตนเองเชื่อ ซึ่งต่อมา Rosenstock (1974) ได้ทำการปรับปรุงองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ดังนี้

1. บุคคลต้องมีความตระหนักว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค
2. บุคคลต้องมีความตระหนักหรือรับรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเรื่องที่สำคัญ
3. บุคคลต้องรับรู้ว่ามีภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรง ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นอาจเป็นในลักษณะของความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย เสียค่าใช้จ่าย เสียเวลา
4. บุคคลต้องเชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมตามที่ได้รับการเสนอแนะจะช่วยลดความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคถ้ามีอาการเจ็บป่วย และการไม่มีอุปสรรคที่จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ ซึ่งเมื่อบุคคลประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติแล้ว จะเห็นว่าการแสดงพฤติกรรมนั้นเกิดประโยชน์กับตนเอง ซึ่งพฤติกรรมที่กระทำนั้นเป็นพฤติกรรมที่บุคคลได้ตัดสินใจโดยเหตุผลของตนเอง ไม่ได้เกิดขึ้นจากการถูกบังคับหรือกระทำเลียนแบบบุคคลอื่น

ต่อมา Becker (1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค โดยเพิ่มปัจจัยร่วม และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค มีองค์ประกอบดังนี้ (Becker, 1974)

**4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)** เป็นความเชื่อหรือการคาดคะเนของบุคคลว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกัน ถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง จะมีผลทำให้บุคคลมีความเอาใจใส่ต่อพฤติกรรมสุขภาพและแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมามากขึ้น (Becker, 1974) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เมื่อบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี บุคคลนั้นจะแสดงพฤติกรรมในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพออกมา

**4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)** เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อผลของโรคที่จะเกิดขึ้น ถ้าบุคคลรับรู้ว่าเป็นโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคมืดอันตรายต่อร่างกาย ซึ่งจะก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การเกิดโรคแทรกซ้อน การเสียเวลา เสียเงินในการรักษา มีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของบุคคลและกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิตประจำวัน จะกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมามากขึ้น (Becker, 1974) เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วย เชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงและมีอันตรายต่อชีวิตหรืออาจส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพการทำงานของร่างกาย จะทำให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค

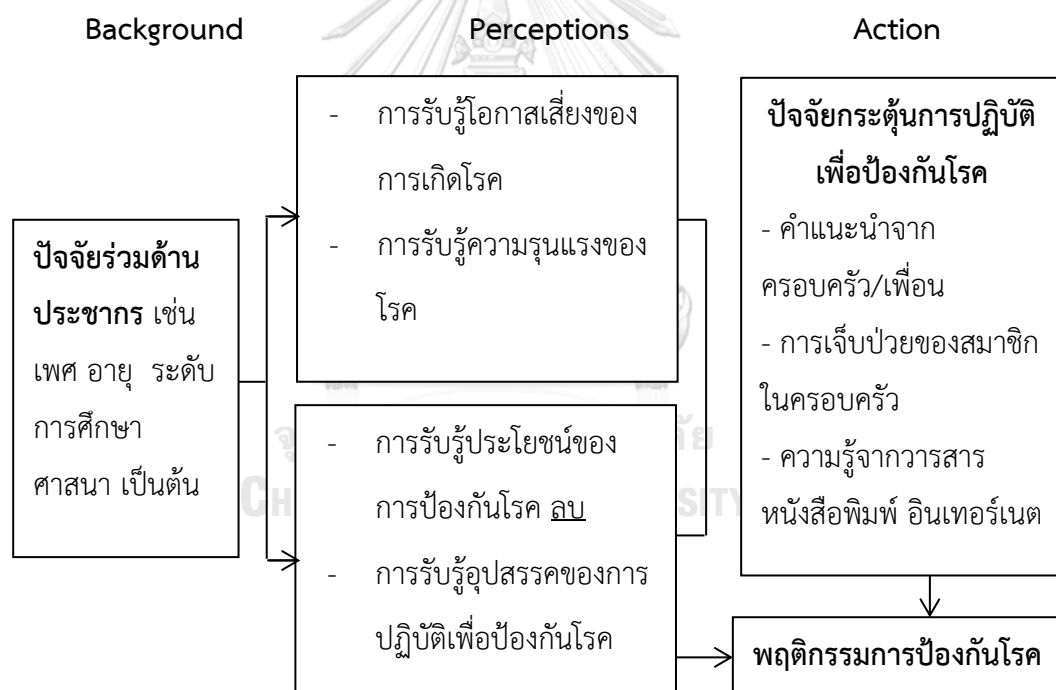
**4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived Benefits)** เป็นความเชื่อและการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันหรือลดภาวะคุกคามจากโรค โดยการที่บุคคลแสวงหาวิธีปฏิบัติเพื่อให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคนั้น ต้องมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายจากโรคหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ (Becker, 1974) การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมจึงเป็นแรงเสริมให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้น หากบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคในระดับที่สูง บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคมามากขึ้น

**4.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived Barriers)** เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าหรือความคิดเห็นของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบหรือกิจกรรมต่างๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล เช่น การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย การเสียเวลา หรือผลที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น ความเจ็บปวดจากการเข้ารับการตรวจ ความกลัว (Becker, 1974) หากบุคคลมีการรับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้นมีประโยชน์และมีอุปสรรคในการปฏิบัติน้อย เช่น ไม่เสียเวลา ไม่เกิดการเจ็บปวด สามารถปฏิบัติได้ง่าย กล่าวคือมีการรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในระดับต่ำ บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคมามากขึ้น

**4.5 ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค** เป็นสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มีกระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่งประกอบด้วย 2 ด้าน คือ สิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเองเกี่ยวกับอาการของโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และสิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อมวลชนหรือบุคคลในครอบครัว (Becker, 1974) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ช่วยให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค

**4.6 ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)** เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งเสริมหรือขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่

1. ปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โครงสร้างการรักษารวมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ
2. ปัจจัยทางด้านสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาหรือดูแลสุขภาพของบุคคล เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน สมาชิกในครอบครัว ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน
3. ปัจจัยด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น จากองค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้น เป็นแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้เป็นแนวคิดในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ดังแสดงในภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)  
ดัดแปลงจาก Becker (1974)

## 5. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคนั้น ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพของ Becker (1974) กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม รวมถึงปัจจัยร่วมที่เป็นปัจจัยพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คาดว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้ ดังนี้

### 5.1 ระดับการศึกษา

#### 1) ความหมาย

ชั้นปีการศึกษาสูงสุดที่สำเร็จการศึกษาของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร แบ่งเป็น ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรี ปริญญาโท

#### 2) ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

การศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา เข้าใจและรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้ดี เป็นปัจจัยร่วม ด้านคุณลักษณะของประชากร (Becker, 1974) การที่บุคคลมีระดับการศึกษาที่สูงกว่า จะมีความรู้ และเข้าใจในการป้องกันโรคที่ดี ฉะนั้น ชายวัยกลางคนที่มีระดับการศึกษาที่สูง จึงมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดี จากการศึกษาของกนกกาญจน์ สวัสดิภาพ (2554) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (กนกกาญจน์ สวัสดิภาพ, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล กรุงเทพมหานครพบว่าระดับการศึกษาสามารถทำนายพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพได้ (พานทิพย์ แสงประเสริฐ และ จารุวรรณ วิโรจน์, 2558) และการศึกษาของ Kang (2010) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การศึกษาสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (Kang, Yang, & Kim, 2010)

### 5.2 ความเครียดในชีวิตประจำวัน

#### 1) ความหมาย

กรมสุขภาพจิต (2543) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกด้านลบหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งไม่น่าพอใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ (กรมสุขภาพจิต, 2543)

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุลซึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้ หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคาม โดยที่การรับรู้เป็นผลมาจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอกกับปัจจัยภายในตัวของบุคคลนั้น

Selye (1976) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง กลุ่มอาการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามบุคคล โดยสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ และมีต้นเหตุมาจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง ทั้งร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และสังคมที่บุคคลประเมินแล้วว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง

สามารถสรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกด้านลบหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งไม่น่าพอใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นสิ่งที่คุกคามต่อร่างกาย จิตใจและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งแบ่งเป็นความเครียดระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับสูง และระดับรุนแรง ประเมินได้จากแบบวัดระดับความเครียดสวนปรุงที่พัฒนาโดยนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ

## 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในชีวิตประจำวันและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ความเครียดในชีวิตประจำวันเป็นเรื่องของจิตใจที่เกิดความตื่นตัวเตรียมรับเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งไม่น่าพอใจที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นความรู้สึกด้านลบของบุคคลที่เกิดขึ้นในระยะเวลาหนึ่ง ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ (กรมสุขภาพจิต, 2543) ถ้ามีระดับเล็กน้อยหรือปานกลางจะช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมเพื่อการอยู่รอดและเป็นการสอนให้บุคคลรู้จักการแก้ปัญหา เพื่อให้พ้นจากสภาพที่เป็นอยู่ กระตุ้นให้บุคคลหมั่นสำรวจความผิดปกติของสุขภาพตนเองและมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพเพิ่มขึ้น (Janis, 1952) ดังนั้นบุคคลที่มีความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับต่ำ จึงมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษาของสุธิตา ล่ามช้างและคณะ (2550) และยุวดี วิทย์พันธ์ (2555) พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการศึกษาของพานทิพย์ แสงประเสริฐและจารุวรรณ วิโรจน์ (2558) พบว่าระดับความเครียดสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพได้

### 3) แบบประเมินความเครียดในชีวิตประจำวัน

3.1 แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย (Thai Stress Test) พัฒนาโดยสุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์ และคณะ (2543) ประกอบด้วยคำถามที่ถามความรู้สึกที่มีในชีวิตประจำวันสำหรับบุคคลทั่วไป มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านลบจำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามด้านบวกจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่เคยรู้สึกเครียด รู้สึกเครียด



เป็นครั้งคราว และรู้สึกเครียดบ่อยๆ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 0, 1, 3 ตามลำดับ ช่วงคะแนนข้อคำถามด้านบวกและด้านลบมีค่าระหว่าง 0-36 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ สุขภาพจิตดีมาก สุขภาพจิตปกติ ภาวะเครียดเล็กน้อย และภาวะเครียดมาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .84

3.2 แบบวัดความเครียดของปราณี มิ่งขวัญ (2543) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวกจำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามด้านลบจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ได้แก่ ไม่เคย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง เกือบทุกครั้ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 1-5 คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 14-70 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่ามีความเครียดในระดับสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .72

3.3 แบบวัดระดับความเครียดสวนปรุงฉบับชุด 20 (SPST-20) ซึ่งพัฒนาและคิดค้นโดยนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ เป็นการประเมินระดับความเครียดของผู้ที่อยู่ในวัยเรียนและวัยทำงาน ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก รู้สึกเครียดมากที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนน 1, 2, 3, 4, 5 คะแนนตามลำดับ หากไม่ตอบ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0-24 คะแนน เครียดเล็กน้อย 25-42 คะแนน เครียดปานกลาง 43-62 คะแนน เครียดสูง และ 63-100 คะแนน เครียดรุนแรง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มากกว่า .7

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียดสวนปรุง ฉบับชุด 20 ซึ่งพัฒนาโดยนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน และข้อคำถามสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง และคำนึงถึงเชิงปฏิบัติการของความเครียดในชีวิตประจำวันในงานวิจัยนี้

### 5.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

#### 1) ความหมาย

ความเชื่อหรือความเข้าใจถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของตนหากปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมหรือมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยบุคคลจะมีระดับความเชื่อไม่เท่ากับ เมื่อบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคนั้น (Becker, 1974)

## 2) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพออกมานั้นบุคคลต้องเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงจึงเป็นการคาดคะเนของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงมากน้อยเพียงใด ดังนั้นเมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ที่ตนเองมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูง จึงมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษาของ Ali (2002) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรชาวอเมริกันเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของปิยาภรณ์ นิกข์นิภา (2549) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และการศึกษาของกนกกาญจน์ สวัสดิภาพ (2554) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในจังหวัดอุบลราชธานีได้

### 3) แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

ในการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ยังไม่พบงานวิจัยใดที่ทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ ซึ่งการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผ่านมา ได้แก่

1) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของพนักงานทำความสะอาดก่อนหมดประจำเดือน (เมธีกานต์ ทิมูลนีย์, 2557) ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน ของสุจิตรา เหมวิเชียร (2549) มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์ในการแปลความหมายเป็นคะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88

2) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน (สุจิตรา เหมวิเชียร, 2549) ดัดแปลงจากแบบสอบถามความื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในพนักงานธนาคาร ของจิตตัทย์ สุขสมัย (2542) มีข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5-1 คะแนนตามลำดับ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน แปลผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

หลอดเลือดหัวใจเป็น 4 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง และสูงมาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .80

3) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ปิยาภรณ์ นิกซ์นิภา, 2549) ที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่จริงที่สุด ไม่จริง จริงที่สุด มีข้อคำถามในเชิงบวกและลบ ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 12-48 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจดี มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .75

4) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล (นุชรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์, 2549) ที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Rogers, 1975) มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อคำถามในเชิงบวกและเชิงลบ ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 12-48 คะแนน แปลผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .70

5) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร (จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร, 2558) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของ McClendon (2011) ที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นข้อคำถามเชิงบวก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน แปลผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .79

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถามของจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558) มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวได้ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker ในงานวิจัย ข้อคำถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจครอบคลุมจำกัดความของพฤติกรรมป้องกันโรคทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี และทำการศึกษาในบริบทของกรุงเทพมหานครซึ่งสอดคล้องกับบริบทของงานวิจัยนี้

## 5.4 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

### 1) ความหมาย

การรับรู้หรือความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยหรืออันตรายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดหัวใจที่อาจก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ซึ่งบุคคลจะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคแตกต่างกันตามอาการของโรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย พิการหรือเสียชีวิต เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค (Becker, 1974)

### 2) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมป้องกัน

#### โรคหลอดเลือดหัวใจ

บุคคลเมื่อมีการรับรู้โรคที่คุกคามต่อตนเองนั้นมีความรุนแรง อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ หรือกระทบกระเทือนต่อชีวิต ครอบครัว การงานและสังคม บุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมามากขึ้น (Becker, 1974) ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล หากบุคคลรับรู้โรคหลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรงที่อาจก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้สูง ก็มีแนวโน้มที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับสูง จากการศึกษาของ Ali (2002) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในประชากรชาวอเมริกันเพศหญิงได้

### 3) แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค

ในการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจในชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ยังไม่พบงานวิจัยใดที่ทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ ซึ่งการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผ่านมา ได้แก่

#### 1) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ของพนักงานทำความสะอาดวัยก่อนหมดประจำเดือน (เมธิกานต์ ทิมูลันย์, 2557) ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนของสุจิตรา เหมวิเชียร (2549) มีข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนเป็นคะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน แปลผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 4 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง และสูงมาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .80

#### 2) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของสตรี

ไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน (สุจิตรา เหมวิเชียร, 2549) ดัดแปลงจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในพนักงานธนาคาร ของจิตหทัย สุขสมย์ (2542) มีข้อ

คำถาม 8 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนเป็นคะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน แปลผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 4 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง และสูงมาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .71

3) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ปิยาภรณ์ นิกซ์นิภา, 2549) ที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่จริงที่สุด ไม่จริง จริง จริงที่สุด มีข้อคำถามในเชิงบวกและลบ ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 9-36 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจดี มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .75

4) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล (นุชรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์, 2549) ที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Rogers, 1975) มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อคำถามในเชิงบวกและเชิงลบ ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 7-28 คะแนน แปลผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .75

5) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร (จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร, 2558) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของ McClendon (2011) ที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน แปลผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .80

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถามของจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558) มาประยุกต์ใช้เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวได้ดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่พัฒนามาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker ข้อคำถามมีความครอบคลุมเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด และทำการศึกษาในบริบทของกรุงเทพมหานครซึ่งสอดคล้องกับบริบทของงานวิจัยนี้

## 5.5 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค

### 1) ความหมาย

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ที่จะทำให้ไม่เกิดโรค (Becker, 1974) เป็นการรับรู้หรือความเข้าใจถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และทำให้ไม่เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

### 2) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจ การปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมจะเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่ดี สามารถป้องกันการเกิดโรคได้ บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยหากบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคในระดับสูง ก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับสูง จากการศึกษาของปิยาภรณ์ นิกซ์นิภา (2549) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้

### 3) แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค

ในการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจในชายวัยกลางคน ในเขตกรุงเทพมหานคร ยังไม่พบงานวิจัยใดที่ทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ ซึ่งการประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผ่านมา ได้แก่

1) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ปิยาภรณ์ นิกซ์นิภา, 2549) ที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) มีข้อความ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดี มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .82

2) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน (สุจิตรา เหมวิเชียร, 2549) ดัดแปลงจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในพนักงานธนาคาร ของจิตหทัย สุขสมัย

(2542) มีข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5-1 คะแนน ตามลำดับ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน แปลผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 4 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง และสูงมาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .71

3) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร (จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร, 2558) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลรัฐมณฑลนา ประเทศสหรัฐอเมริกา (Weston, 2008) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน แปลผลคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง ค่าคะแนนมากหมายถึงมีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .73

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถามของจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558) มาประยุกต์ใช้เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวได้ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker ในงานวิจัย ข้อคำถามครอบคลุมการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตามคำนิยามทั้ง 6 ด้าน เป็นแบบสอบถามที่ศึกษาในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พัฒนาจากแบบสอบถามที่ศึกษาเฉพาะเจาะจงเรื่องการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และศึกษาในบริบทของกรุงเทพมหานคร ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของงานวิจัยนี้

## 5.6 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

### 1) ความหมาย

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เช่น ความเจ็บปวดจากการรักษา ค่าใช้จ่าย การเสียเวลา หรือผลที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง (Becker, 1974)

### 2) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

เมื่อบุคคลมีความเชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจแล้วยังพิจารณาว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นมีอุปสรรคทำให้เกิดความไม่สะดวกสบาย เสียเวลา มีความเจ็บปวด สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งเป็นอุปสรรคที่จะขัดขวางให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้

อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคในระดับต่ำ เห็นว่าการแสดงพฤติกรรมนั้นมีประโยชน์ และมีอุปสรรคน้อย สามารถปฏิบัติได้ง่าย ไม่ก่อให้เกิดความสูญเสียหรือเสียงอันตราย ก็มีแนวโน้มที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในระดับสูงขึ้น จากการศึกษาของปิยาภรณ์ นิกข์นิภา (2549) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา เหมวิเชียร (2550) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน และการศึกษาของกนกกาญจน์ สวัสดิภาพ (2554) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในจังหวัดอุบลราชธานีได้

### 3) แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

ในการประเมินการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ยังไม่พบงานวิจัยใดที่ทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ ซึ่งการประเมินการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผ่านมา ได้แก่

1) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ปิยาภรณ์ นิกข์นิภา, 2549) ที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) มีข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดี มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .82

2) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน (สุจิตรา เหมวิเชียร, 2549) ดัดแปลงจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในพนักงานธนาคาร ของจิตหทัย สุขสมัย (2542) มีข้อคำถาม 6 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5-1 คะแนนตามลำดับ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน แปลผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 4 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง และสูงมาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .72



3) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร (จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร, 2558) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลรัฐมอนทานา ประเทศสหรัฐอเมริกา (Weston, 2008) มีข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน แปลผลคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง ค่าคะแนนมาหมายถึง มีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับสูงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถามของจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558) มาประยุกต์ใช้เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวได้ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker ในงานวิจัย ข้อคำถามครอบคลุมการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้ง 6 ด้าน ทำการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ศึกษาเฉพาะในเรื่องการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคสูง

## 5.7 ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

### 1) ความหมาย

ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา มี 2 ด้าน คือสิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเองเกี่ยวกับอาการของโรคหรือความเจ็บป่วย ไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และสิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อมวลชนหรือบุคคลในครอบครัว (Becker, 1974)

### 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

เมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความไม่สุขสบายต่อร่างกาย ประกอบกับการได้รับคำแนะนำจากเพื่อน บุคลากรทางสุขภาพ ครอบครัวหรือสื่อต่างๆ ซึ่งจะช่วยกระตุ้นและจูงใจให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จึงมีแนวโน้มที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน (สุจิตรา เหมวิเชียร, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ali (2002) ที่พบว่าปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจในประชากรชาวอเมริกันเพศหญิงได้

### 3) แบบประเมินปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

ในการประเมินปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ยังไม่พบงานวิจัยใดที่ทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ ซึ่งการประเมินปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผ่านมา ได้แก่

1) แบบประเมินแรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน (สุจิตรา เหมวิเชียร, 2549) มีข้อคำถาม 6 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วยไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6- 30 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีแรงจูงใจด้านสุขภาพสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .85

2) แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร (จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร, 2558) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพยาบาลวิชาชีพในตอนที่ใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา (McClendon, 2011) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน แปลผลคะแนนปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง ค่าคะแนนมาก หมายถึง มีปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ.77

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถามของจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558) มาประยุกต์ใช้เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวได้ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker ในงานวิจัย มีข้อคำถามครอบคลุมตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการของปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ศึกษาในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และศึกษาในบริบทของกรุงเทพมหานครซึ่งสอดคล้องกับบริบทของงานวิจัยนี้

### 6. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร

พยาบาลเป็นกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพทุกระดับทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนทำให้การสร้างเสริมสุขภาพบรรลุเป้าหมายของการนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพต่อประชาชนได้มากที่สุด (อารีวรรณ กลั่นกลิน, อรอนงค์ วิชัยคำ, วิภาดา คุณาวิฑิตกุล, & วิไลพรรณ ใจวิไล, 2558) บทบาทของพยาบาลในการช่วยปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงมีความสำคัญ เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด โดยเป้าหมาย

หลักเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในเชิงรุก ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งบทบาทพยาบาลที่จำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคมี่ดังนี้

**6.1 บทบาทด้านการเป็นผู้ให้การดูแล (Caregiver)** เป็นผู้ดูแลให้การพยาบาลเชิงป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีการประเมินอาการ วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาโดยนำกระบวนการพยาบาลและประสบการณ์มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล (ยุวดี ฤาชา, 2549) โดยการประเมิน คัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การมีประวัติของบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ สิ่งแวดล้อมที่ส่งผล พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การจัดการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ แล้วส่งเสริมสนับสนุนให้ชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ เสริมสร้างทัศนคติและความเชื่อให้ถูกต้อง และเสริมทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสม เพื่อให้ชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

**6.2 บทบาทด้านการให้ความรู้และการสอน (Educator)** เป็นผู้ให้ความรู้และสนับสนุนด้านข้อมูล รวมทั้งให้คำแนะนำที่ทำให้บุคคลนั้นมีความตระหนักรู้ถึงการดูแลตนเอง ปัญหาสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งแหล่งประโยชน์ทางด้านสุขภาพเพื่อให้มีทางเลือกที่เป็นไปได้มากยิ่งขึ้น (จรรยาวัตร คมพยัคฆ์, 2553) พยาบาลควรสร้างความตระหนักและความเข้าใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจแก่ชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยง จัดการสอนเน้นเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยแสดงให้เห็นพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม รวมไปถึงแสดงให้เห็นถึงผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม

**6.3 บทบาทด้านการให้คำปรึกษา (Consultant)** พยาบาลมีบทบาทในการให้คำปรึกษาแก่ชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยง ทั้งการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ การให้คำปรึกษาและส่งเสริมในการปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีการประคับประคองด้านจิตใจ ให้กำลังใจ รวมถึงการเสนอข้อคิดเห็นและวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพพร้อมกัน โดยการสื่อสารด้วยคำพูด สี่หน้าและท่าทางที่ดีในการสร้างสัมพันธภาพ และในการเป็นที่ปรึกษาที่ดีควรเคารพสิทธิของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงด้วย (จรรยาวัตร คมพยัคฆ์, 2553)

**6.4 บทบาทด้านการประสานงาน (Collaboration)** เป็นผู้ประสานความร่วมมือและอำนวยความสะดวกกับบุคลากรในทีมสุขภาพและกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้ตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการ

โรคหลอดเลือดหัวใจที่ถูกต้อง และตระหนักถึงการพัฒนาศักยภาพของแต่ละบุคคล (จรรยาวัตร คม พยัคฆ์, 2553)

**6.5 บทบาทด้านการวิจัยและพัฒนา (Research)** พยาบาลต้องส่งเสริมการทำวิจัยและใช้ ผลงานวิจัย มีการประเมินปรับปรุง ตลอดจนพัฒนาวิธีปฏิบัติการพยาบาลด้วยการทำวิจัยและเผยแพร่ ผลการวิจัยแก่เพื่อนร่วมวิชาชีพ เพื่อประโยชน์สูงสุดในการพัฒนางานด้านการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค (สุปราณี เสนาดีชัย, 2553) ปัญหาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในชายวัย กลางคนกลุ่มเสี่ยงต้องทำการวิจัยเพื่อประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยง และนำผลงานวิจัยมาพัฒนาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ ชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงให้เหมาะสมกับบริบทและการเปลี่ยนแปลงของสังคมและนำผลการวิจัยไป เผยแพร่ต่อไป

จะเห็นได้ว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจให้กับชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยง ทำให้ชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจได้ถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัยจากโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และพัฒนางานวิจัยให้มีคุณภาพ สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการ พยาบาลได้จริง

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 7.1 งานวิจัยในประเทศไทย

เมธิกานต์ ทิมุลนีย์ (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและ หลอดในพนักงานทำความสะอาดวัยก่อนหมดประจำเดือน จำนวน 123 คน พบว่า พฤติกรรมการ ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพนักงานทำความสะอาดวัยก่อนหมดประจำเดือนในภาพรวมอยู่ใน ระดับดี ( $\bar{X}$ =55.82, SD = 5.84) การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพนักงานทำความสะอาดวัยก่อนหมดประจำเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = 0.22, 0.20, 0.45; p < .05$ ) ส่วนการรับรู้ความคาดหวังใน ประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

สุจิตรา เหมวิเชียร (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและ หลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน จำนวน 200 คน พบว่า สตรีไทยมุสลิมวัยหมด ประจำเดือนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =2.66, SD=.34) โดยมคะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหารสูงสุด ( $\bar{X}$ =2.89, SD=.30)

รองลงมา คือ คะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการความเครียด ( $\bar{X}$ =2.83, SD=.39) และด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{X}$ =2.53, SD=.55) สำหรับด้าน ที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี ( $\bar{X}$ =2.13, SD=.92) แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมได้ร้อยละ 10 ( $R^2 = .10$ ,  $p < .05$ ) โดยแรงจูงใจด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้มากที่สุด ( $\beta = .28$ ,  $p < .01$ ) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน

จุฑามาศ คชโคตร (2555) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 450 คน พบว่า พนักงานธนาคารกสิกรไทยในเขตกรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 36.22$ ,  $SD = 6.93$ ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทยในเขตกรุงเทพมหานคร คือ ความรู้ ( $r = 0.53$ ,  $p < .001$ ) การมีสถานที่/อุปกรณ์ส่งเสริมสุขภาพ ( $r = 0.52$ ,  $p < .001$ ) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $r = 0.43$ ,  $p < .001$ ) และนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ( $r = 0.36$ ,  $p < .001$ ) พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนจากหัวหน้างาน ( $r = 0.17$ ,  $p < .001$ ) เพื่อนร่วมงาน ( $r = 0.13$ ,  $p < .009$ ) และบุคคลในครอบครัว ( $r = 0.08$ ,  $p < .001$ ) และพบว่าความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การมีสถานที่ อุปกรณ์ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจากหัวหน้างาน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 28.2 ( $R^2 = 0.282$ )

กนกกาญจน์ สวัสดิภาพ (2554) ศึกษาพฤติกรรมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 400 คน พบว่า ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในจังหวัดอุบลราชธานีมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับดี รองลงมาคือด้านการออกกำลังกายสม่ำเสมอ อยู่ในระดับปานกลาง และต่ำที่สุดคือด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง เพศชาย แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค สูบบุหรี่หรือเคยสูบแต่เลิกแล้ว เป็นโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือนสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในจังหวัดอุบลราชธานีได้ร้อยละ 26 ( $R^2 = .26$ ,  $p < .05$ )

ปิยาภรณ์ นิภษัณิกา (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 274 คน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 33.72, SD = 4.36) การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงาน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้ร้อยละ 24.2 ( $R^2$  = .242)

ยุวดี วิทย์พันธ์ และ ศิริพร สมบูรณ์ (2555) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จำนวน 202 คน พบว่า มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.15, SD = 0.32) โดยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ และการจัดการความเครียด ต่ำกว่าด้านอื่นๆ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F$  = 6.762,  $p$  < .01) ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r$  = -.302,  $p$  < .001) ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r$  = .341,  $p$  < .001)

พานทิพย์ แสงประเสริฐ และ จารุวรรณ วิโรจน์ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรในชุมชนกิ่งเมืองกิ่งชนบทแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล กรุงเทพมหานคร จำนวน 724 คน พบว่าอายุ ระดับการศึกษา การมีความเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุ ระดับการศึกษาและการเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยรวมได้ร้อยละ 8.8 ( $R^2$  = 0.088) อายุ ระดับการศึกษา และระดับความเครียดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลได้ร้อยละ 4.6 ( $R^2$  = 0.046) ระดับการศึกษาและการมีการเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวร่างกายได้ร้อยละ 4.4 ( $R^2$  = 0.044) เพศ อายุ ระดับการศึกษา การมีการเจ็บป่วยเรื้อรังและระดับความเครียดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพได้ร้อยละ 10.8 ( $R^2$  = 0.108)

สุธิสา ล่ามช้างและคณะ (2550) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ อาจารย์กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 246 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพร่างกายปกติ มีความเครียดในระดับปานกลาง และพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จรรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำนวน 325 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X}$  = 63.93, SD = 7.54) และพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและเพศหญิง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 41.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นุชรรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 300 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยนำ ได้แก่ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีทรัพยากรสนับสนุน การส่งเสริมสุขภาพ และการมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนของครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปริมประภา ก้อนแก้ว, จรรยา สันตยากร, ปกรณ์ ประจัญบาน และ วิโรจน์ วรรณภีระ (2554) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 267 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.32, S.D. = 0.40) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการงดสูบบุหรี่ การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ความรู้สึกที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมี

ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จันทิรา ทรงเต๊ะ (2554) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชาวไทยมุสลิมในชุมชนมีสุวรรณ 3 จำนวน 200 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62 มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง/โรคเบาหวาน/โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 74 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 40.5 โดยเพศชายมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.94 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 65.92, S.D. = 11.88) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการบริโภคอาหาร ( $\bar{X}$  = 16.36, S.D. = 3.37) ด้านการสูบบุหรี่ ( $\bar{X}$  = 10.83, S.D. = 5.68) ด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{X}$  = 20.31, S.D. = 5.83) และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 16.40, S.D. = 3.69) ส่วนด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X}$  = 2.11, S.D. = 0.47) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริพร ปารมะมะ (2549) ศึกษาพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้เข้ารับ การตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน จำนวน 155 คน พบว่า พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 38.91, S.D. = 8.48) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการบริโภค ( $\bar{X}$  = 23.73, S.D. = 6.14) และด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{X}$  = 10.61, S.D. = 3.73) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X}$  = 5.84, S.D. = 4.13)

กิตติ เอื้อพงษ์ (2550) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนในอำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 383 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.9 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมระดับปานกลาง ร้อยละ 67.9 ด้านการออกกำลังกายระดับปานกลาง ร้อยละ 51.2 ด้านการจัดการความเครียดในระดับสูง ร้อยละ 66.6 ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



นภาพดี อุดสม (2552) ศึกษาในกลุ่มอาการพร่องฮอร์โมนเพศชายและภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้ชายวัยทอง ตำบลแม่ป้าก อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ จำนวน 272 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายร้อยละ 57.7 มีภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ มีระดับคอเลสเตอรอลสูง ร้อยละ 90.4 สูบบุหรี่ ร้อยละ 57.3 มีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 45.2 ต่อมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 39 มีระดับความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.1 ขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 9.9 และรับประทานผักและผลไม้ไม่น้อยร้อยละ 6.3

สุภา อินทร (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 180 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 2.34$ , S.D. = 1.12) มีพฤติกรรมการออกกำลังกายร้อยละ 65 โดยเป็นการออกกำลังกายที่ถูกต้องร้อยละ 13.7

ปถมพร พันธุ์อุบล (2553) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 330 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมค่อนข้างดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ( $\bar{X} = 2.86$ , S.D. = .44) ด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{X} = 2.81$ , S.D. = .44) ด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ( $\bar{X} = 3.40$ , S.D. = .43) ด้านการหลีกเลี่ยงสารที่เป็นโทษ ( $\bar{X} = 3.30$ , S.D. = .45) และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ( $\bar{X} = 3.10$ , S.D. = .35) อยู่ในระดับค่อนข้างดี

## 7.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Ali (2002) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรชาวอเมริกันเพศหญิง โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 178 คน พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชาวอเมริกันเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 76 ( $R^2 = .76$ )

McClendon (2011) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพยาบาลวิชาชีพในตอนใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 220 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรค

หลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Thanavaro (2006) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประชากรเพศหญิงที่ไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจ ในทางตะวันออกเฉียงกลางประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 119 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพระดับสูง และพบว่าประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประชากรเพศหญิงที่ไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจได้ร้อยละ 31 ( $R^2=.31$ )

Elkashouty (2010) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้พยาบาลชาวตะวันออกกลาง ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 103 คน พบว่า ผู้พยาบาลชาวตะวันออกกลางมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมในระดับปานกลาง และพบว่าระยะเวลาที่อพยพ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้พยาบาลชาวตะวันออกกลางได้ร้อยละ 41 ( $R^2=.41$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

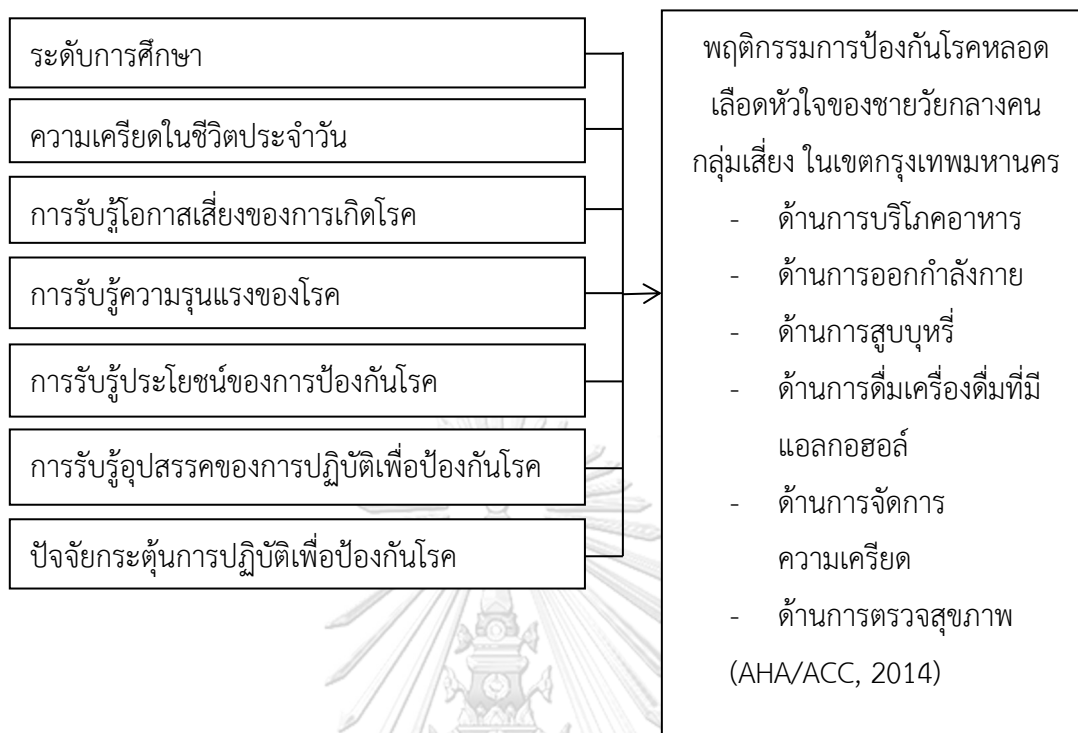
Kang (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเกาหลีใต้ 3 แห่ง จำนวน 157 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.68$ ,  $SD = 0.49$ ) และอายุ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับโรค และความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคได้ร้อยละ 48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Weston (2008) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลรัฐมอนทานา ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 220 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการรับประทานอาหารและการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในระดับปานกลาง และพบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p<.05$ ) และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p<.01$ )

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มบุคคลทั่วไป ได้แก่ การศึกษาของนุชรรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์ (2549) ปิยาภรณ์ นิกข์นิภา (2549) จุฑามาศ คชโคตร (2555) และ จริรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558) ซึ่งพบว่ามีพฤติกรรมป้องกันโรค

หลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลางถึงเหมาะสม มีการศึกษาเฉพาะในเพศหญิง ได้แก่ การศึกษาของสุจิตรา เหมวิเชียร (2550) เมธิกานต์ ทิมูลนีย์ (2554) และ McClendon (2011) พบว่ามีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และศึกษาในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ การศึกษาของกนกกาญจน์ สวัสดิภาพ (2554) ซึ่งพบว่ามีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษาในชาวไทยมุสลิมชุมชนสุวรรณ 3 กรุงเทพมหานคร ที่มีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายเป็นกลุ่มประชากรที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรในงานวิจัยนี้มากที่สุด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง (จันทิรา ทรงเต๊ะ, 2554) ทั้งนี้ ชายวัยกลางคนโดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน นับเป็นอีกหนึ่งกลุ่มประชากรที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบกับชายวัยกลางคนเป็นวัยที่มีบทบาทต้องรับผิดชอบสูงทั้งครอบครัวและการทำงาน ทำให้ต้องแสดงความเข้มแข็ง อาจส่งผลให้ละเลยต่อการดูแลสุขภาพ ทำให้มีปัญหาในการกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งปัญหาสุขภาพที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นเกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ในอนาคต (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553) จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (เมธิกานต์ ทิมูลนีย์, 2557) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (สุจิตรา เหมวิเชียร, 2549) ระดับการศึกษา (กนกกาญจน์ สวัสดิภาพ, 2554) ระดับความเครียด (พานทิพย์ แสงประเสริฐ และ จารุวรรณ วิโรจน์, 2558) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (จรัสรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร, 2558) ซึ่งการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดีที่สุดคือการป้องกันปฐมภูมิในกลุ่มชายวัยกลางคน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยซึ่งประกอบด้วย ระดับการศึกษา ความเครียดในชีวิตประจำวัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค โดยใช้ค่านิยามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ American Heart Association และ American College of Cardiology Association (2014) ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจทั้ง 6 ด้าน ดังนี้ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการจัดการความเครียด และด้านการตรวจสุขภาพ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

## 8. กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive Predictive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายระหว่าง ระดับการศึกษา ความเครียดในชีวิตประจำวัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคและปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ เพศชายวัยกลางคนที่มีอายุตั้งแต่ 40-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร  
**กลุ่มตัวอย่าง** คือ เพศชายวัยกลางคน อายุตั้งแต่ 40-60 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง และอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลเลิดสิน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน อย่างน้อย 1 โรค
2. เป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. มีการรับรู้และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ใช้โปรแกรม Analysis for sample size (PASS) โดยใช้ข้อมูลการศึกษาของจรัสรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร โดยมีขนาดของความสัมพันธ์อย่างน้อยในระดับต่ำขึ้นไป ( $R=.30$ ) ในการวิเคราะห์ เพื่อให้มีอำนาจการทดสอบ 80% (Power of test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 153 คน โดยผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 15% เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 175 คน

## ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling) ดังนี้

1. จำแนกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร จำแนกได้ 6 สังกัด ดังนี้

1) สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี, โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี 2) สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาธิบดี 3) สังกัดกระทรวงกลาโหม 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 4) สังกัดกรุงเทพมหานคร 1 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลวชิระ 5) สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ 1 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ 6) สังกัดองค์กรอิสระ 1 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

2. สุ่มสังกัดของโรงพยาบาลในอัตราส่วน 1:2 โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก (Simple Random Sampling) ทำให้ได้สังกัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร 3 สังกัด จาก 6 สังกัด โดยสุ่มได้สังกัดกระทรวงกลาโหม สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

3. ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกโรงพยาบาลจาก 3 สังกัด มาสังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โดยสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สุ่มได้โรงพยาบาลเลิดสิน สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ มีเพียง 1 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลตำรวจ และสังกัดกระทรวงกลาโหม สุ่มได้โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการคัดเลือกตามสะดวก (Convenience Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือกเข้าศึกษาที่กำหนดไว้ จากโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 53 คน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 62 คน และโรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 60 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 175 คน

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 175 คน ได้แบบสอบถามคืน 100% โดยผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของแบบสอบถาม พบว่าแบบสอบถามทั้ง 175 ชุดมีความครบถ้วนสมบูรณ์ ดังนั้น จึงมีแบบสอบถามที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติทั้งหมด 175 ชุด

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และดัดแปลงจากแบบสอบถามเดิม ประกอบด้วยแบบสอบถาม 8 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การได้รับควันบุหรี่เป็นประจำ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และอาการที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า RAMA EGAT heart score สำหรับประชาชนประเมินด้วยตนเอง

**ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับความเครียดในชีวิตประจำวันของสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20; SPST-20)** พัฒนาโดยนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) และ Selye (1978) มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างเครื่องมือวัดความเครียดสำหรับคนไทย โดยพัฒนาข้อคำถามที่เกี่ยวกับความเครียดจากการทบทวนวรรณกรรม และทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 149 คน แล้วปรับปรุงแบบวัดความเครียด ได้แบบวัดความเครียดจำนวน 102 ข้อ จากนั้นนำไปหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) ในกลุ่มตัวอย่าง 523 คน โดยใช้เครื่องมือค่าความเครียดของกล้ามเนื้อ (Electromyography; EMG) ซึ่งมีความตรงตามสภาพมากกว่า 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่ออิงตามค่า EMG ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% โดยแบ่งระดับความเครียดของแบบวัดความเครียดที่สร้างขึ้น ออกแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง และรุนแรง โดยใช้คะแนนปกติ (Normalized T-Score) ในการแบ่งโดยอิงตามค่า EMG ที่ใช้เป็นมาตรฐาน จากนั้นปรับเครื่องมือให้มีขนาดเล็กลงเหลือ 60 ข้อ และ 20 ข้อ พร้อมทั้งหาคุณภาพของแบบวัดที่ได้โดยใช้สถิติวิเคราะห์ปัจจัย เพื่อสกัดตัวปัจจัยให้เหลือข้อคำถามน้อยลง โดยแบบสอบถามชุด 60 ข้อ และ 20 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคมากกว่า 0.7

ผู้วิจัยนำแบบวัดระดับความเครียดของสวนปรุง ชุด 20 ข้อ (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) มาใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1	หมายถึง	ไม่รู้สึกเครียด
2	หมายถึง	รู้สึกเครียดเล็กน้อย
3	หมายถึง	รู้สึกเครียดปานกลาง
4	หมายถึง	รู้สึกเครียดมาก
5	หมายถึง	รู้สึกเครียดมากที่สุด

การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนช่วง 0-24.99 แปลผล มีความเครียดระดับเล็กน้อย หมายถึง ความเครียดเล็กน้อยสามารถหายไปได้เองในระยะเวลาอันสั้น ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลมีการปรับตัวอัตโนมัติ

คะแนนช่วง 25.00-42.99 แปลผล มีความเครียดระดับปานกลาง หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม หรือพบเหตุการณ์สำคัญในสังคม เป็นความเครียดที่ไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

คะแนนช่วง 43.00-62.99 แปลผล มีความเครียดระดับสูง หมายถึง เป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในระยะเวลาอันสั้น หากไม่ได้รับการรักษาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง

คะแนนช่วง 63.00-100.00 แปลผล มีความเครียดรุนแรง หมายถึง มีความเครียดในระดับสูง ที่เป็นอย่างต่อเนื่อง อาจก่อให้เกิดอาการทางกายต่างๆ ได้ ควรได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร** ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของจรรยารัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามข้อที่ 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 ให้ข้อคำถามมีความชัดเจน เมื่ออ่านแล้วสามารถรับรู้โอกาสเสี่ยงและเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้ ข้อ 2 จากข้อคำถามว่า เมื่อท่านมีอายุมากขึ้นท่านก็จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงเป็น อายุของท่านทำให้ท่านมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อ 4 จากข้อคำถามว่า ระดับไขมันในเลือดของท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงเป็นท่านมีค่าระดับไขมันในเลือดสูงทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อ 5 จากข้อคำถามว่า น้ำหนักตัวของท่านเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงเป็นน้ำหนักตัวของท่านทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อ 6 จากข้อคำถามว่า ระดับความดันโลหิตของท่านเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงเป็นท่านมีระดับความดันโลหิตที่ทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อ 7 จากข้อคำถามว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของท่านจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงเป็น การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณมากของท่าน (เกิน 2 แก้วมาตรฐานต่อวัน) ทำให้ท่านเสี่ยงต่อ



การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อ 8 จากข้อคำถามว่า การรับประทานเค้ก เนย น้ำอัดลม ขนมหวาน แกงกะทิ อาหารมันๆ เป็นประจำของท่าน เป็นการเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงเป็นการรับประทานเค้ก เนย น้ำอัดลม ขนมหวาน แกงกะทิ อาหารมันๆ เป็นประจำ ทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อ 9 จากข้อคำถามว่า การไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายแบบไม่สม่ำเสมอของท่านเป็นการเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงเป็นการไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายแบบไม่สม่ำเสมอทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อ 10 จากข้อคำถามว่า ท่านมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ในอนาคต ดัดแปลงเป็น ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของท่าน ทำให้ท่านมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ในอนาคต และเพิ่มข้อคำถาม 2 ข้อ ในข้อ 11 และ 12 ข้อความว่า ความเครียดจากการทำงานทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และ การเป็นเพศชายทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ชายมีความเสี่ยงมากกว่าหญิง) เมื่อดัดแปลงแบบสอบถามแล้ว ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มี 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน	4
เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	3
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน	1

แปลผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้วิธีหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ (ประคอง กรรมสูตร, 2542)

วิธีคำนวณช่วงของคะแนน คือ คะแนนมากที่สุด - คะแนนน้อยสุด  
จำนวนอันตรภาคชั้น

กำหนดช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนช่วง	12 – 24.00	หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนช่วง	24.01 – 36.00	หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนช่วง	36.01 – 48.00	หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคน ในเขตกรุงเทพมหานคร** ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้โอกาสความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของจรรยา สุธิพัฒนางกูร (2558) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามข้อที่ 2, 4, 5, 6, 10 เพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจน สั้น กระชับ และเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้ ข้อ 2 จากข้อคำถามว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ดัดแปลงเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ข้อ 4 จากข้อคำถามว่า ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และจะต้องพึ่งพาผู้อื่น ดัดแปลงเป็น ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมักมีอาการเหนื่อยง่าย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และอาจต้องพึ่งพาผู้อื่น ข้อ 5 จากข้อคำถามว่า ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ดัดแปลงเป็น ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือโรคหลอดเลือดสมอง ข้อ 6 จากข้อความว่า โรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความรุนแรงของโรคเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้น ดัดแปลงเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความรุนแรงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ข้อ 10 จากข้อคำถามว่า หากท่านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือเข้ารับการรักษา จะมีความรุนแรงกว่าคนปกติที่อายุเท่ากันและไม่ได้มีโรคประจำตัว ดัดแปลงเป็น หากท่านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือเข้ารับการรักษา จะมีความรุนแรงมากกว่าคนปกติที่ไม่มีโรคประจำตัว เมื่อดัดแปลงแบบสอบถามแล้ว ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มี 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9 และ 10 ข้อคำถามเชิงลบมี 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3 และ 4 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

		ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน	4	1
เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	3	2
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน	1	4

แปลผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้วิธีหาอันตรายภาคชั้น 3 อันดับ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) กำหนดช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนช่วง	10 – 20.00	หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนช่วง	21.01 – 30.00	หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนช่วง	30.01 – 40.00	หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง

**ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร** ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของจรัรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามข้อที่ 1, 3, 4, 5, 8, 10 เพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจน อ่านแล้วเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้ ข้อ 1 ซึ่งถามว่า การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงเป็น การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เช่น อาหารประเภทปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมันที่ต้ม นึ่ง ย่าง หรืออบ ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อ 3 ซึ่งถามว่า การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงเป็นการรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยมากเป็นประจำช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อ 4 ซึ่งถามว่า การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือสูดดมควันบุหรี่จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงคำถามว่าการหลีกเลี่ยงเป็นการไม่สูบบุหรี่ ข้อ 5 ซึ่งถามว่า การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงคำถามว่าการหลีกเลี่ยง เป็นการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ข้อ 8 ซึ่งถามว่า การออกกำลังกายเป็นประจำ เช่น ขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์ การเดินแทนการใช้รถยนต์ จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงโดยเพิ่มข้อความว่าขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์หรือบันไดเลื่อน และการเดินหรือปั่นจักรยานแทนการใช้รถยนต์หรือรถไฟฟ้า ข้อ 10 ซึ่งถามว่า การตรวจสุขภาพประจำปีจะช่วยคัดกรองโรคและค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงโดยเพิ่มข้อความเป็นการตรวจสุขภาพประจำปี หรือการตรวจร่างกายตามนัดหมายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อดัดแปลงแบบสอบถามแล้ว ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มี 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน	4
เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	3
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน	1

แปลผลคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้วิธีหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) กำหนดช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนช่วง	10 – 20.00	หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับต่ำ
คะแนนช่วง	21.01 – 30.00	หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนช่วง	30.01 – 40.00	หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง

**ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร** ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของจรรยา สุธิพัฒนางกูร (2558) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามข้อที่ 1, 3, 4, 7, 8 เพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจน กระชับ และอ่านแล้วเข้าใจได้มากขึ้น ดังนี้ ข้อ 1 ซึ่งถามว่า อาหารที่มีไขมันต่ำ หวานน้อย เค็มน้อย มีความยุ่งยากในการปรุง ดัดแปลงโดยเพิ่มข้อความ เป็น อาหารที่มีไขมันต่ำ หวานน้อย เค็มน้อย มีความยุ่งยากในการปรุงและหาซื้อมารับประทาน ข้อ 3 ซึ่งถามว่า ท่านไม่มีเวลาเพื่อใช้ในการออกกำลังกาย ดัดแปลงเป็น ท่านไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ข้อ 4 ซึ่งถามว่า ท่านคิดว่าการออกกำลังกายเป็นเรื่องที่กระทำได้ยาก เนื่องจากต้องมีเสื้อผ้า อุปกรณ์กีฬาและมีสถานที่ที่ใช้ในการออกกำลังกาย ดัดแปลงเป็น ท่านคิดว่าการออกกำลังกายเป็นเรื่องยุ่งยาก ข้อ 7 ซึ่งถามว่า การที่ท่านต้องรับผิดชอบทั้งงานประจำ และทำงานบ้านทำให้ท่านเกิดความเครียดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดัดแปลงเป็น ท่านเครียดที่ต้องรับผิดชอบทั้งเรื่องงานและครอบครัว ข้อ 8 ซึ่งถามว่า งานประจำที่ท่านทำอยู่มีความหนักมาก ทำให้ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมสันทนาการเพื่อผ่อนคลายจากความเครียดได้ ดัดแปลงเป็น ท่านทำงานหนักจนไม่สามารถทำกิจกรรมสันทนาการเพื่อผ่อนคลายจากความตึงเครียดได้ และได้เพิ่มข้อคำถาม 3 ข้อ ดังนี้ เมื่อไปงานเลี้ยงสังสรรค์ท่านถูกชักชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก การตรวจสุขภาพหัวใจ เช่น อัลตราซาวด์หัวใจ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทำให้ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น และ การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีรายละเอียดมากจนไม่สามารถทำได้อย่างครบถ้วน รวมข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มี 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน	4
เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	3
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน	1

แปลผลคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้วิธีหา  
 อัตรากาขั้น 3 อันดับ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) กำหนดช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนช่วง	13 – 26.00	หมายถึง	มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนช่วง	26.01 – 39.00	หมายถึง	มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนช่วง	39.01 – 52.00	หมายถึง	มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคอยู่ในระดับสูง

**ส่วนที่ 7 แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชาย  
 วัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร** ดัดแปลงจากแบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกัน  
 โรคหลอดเลือดหัวใจของจอร์จตัน สุทธิพัฒนางกูร (2558) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดย  
 ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามข้อที่ 4 ซึ่งถามว่า เพื่อนหรือเพื่อนร่วมงานมักจะชักชวนให้ท่านไปดื่ม  
 เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ ดัดแปลงเป็น เพื่อนหรือเพื่อนร่วมงานมักชักชวนให้ท่านดื่ม  
 เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หลังเลิกงานหรือในวันหยุด ส่วนข้อคำถามอีก 9 ข้อผู้วิจัยไม่ได้ปรับข้อคำถาม  
 เนื่องจากมีความครอบคลุมค่านิยามเชิงปฏิบัติการปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด  
 หัวใจและครอบคลุมบริบทของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อเป็น  
 ข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มี 4 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนทุกสัปดาห์
มาก	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนทุก 1-3 สัปดาห์
น้อย	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนทุก 4 สัปดาห์
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนเลยมากกว่า 4 สัปดาห์

การให้คะแนนแบบสอบถามด้านปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีข้อคำถามเชิงบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 และข้อคำถามเชิงลบมี 1 ข้อ คือ ข้อ 4 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ		
มากที่สุด	มีค่าคะแนน	4	1
มาก	มีค่าคะแนน	3	2
น้อย	มีค่าคะแนน	2	3
น้อยที่สุด	มีค่าคะแนน	1	4

แปลผลคะแนนปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้วิธีหาอันตรายภาค  
ชั้น 3 อันดับ (ประคอง วรรณสูตร, 2542) กำหนดช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนช่วง	10 – 20.00	หมายถึง	มีปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนช่วง	21.01 – 30.00	หมายถึง	มีปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนช่วง	30.01 – 40.00	หมายถึง	มีปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง

**ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร** ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของจรัลรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558) ครอบคลุมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 5 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ ด้านการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 2 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 5 ข้อ และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี 2 ข้อ ผู้วิจัยได้ปรับแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจให้ครอบคลุมพฤติกรรมทั้งหมด 6 ด้าน โดยแยกด้านการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ออกเป็น 2 ด้าน ผู้วิจัยตัดข้อคำถามด้านการบริโภคอาหารออก 1 ข้อ คือ ข้อ 6 ซึ่งถามว่า ท่านดื่มนมพร่องมันเนยหรือนมถั่วเหลืองแทนนมที่มีไขมันเต็มส่วน ซึ่งไม่สอดคล้องกับบริบทของเพศชาย และตัดข้อคำถามด้านการจัดการความเครียดออก 1 ข้อ คือ ข้อ 16 ซึ่งถามว่าท่านจะไปเที่ยวพักผ่อนตามสถานที่ท่องเที่ยวตามธรรมชาติเพื่อคลายเครียด เนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามที่ 17 และผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 12, 14, 17, 18, 19 โดยปรับข้อคำถามให้มีความชัดเจน เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับบริบทเพศชายมากขึ้น และได้เพิ่มข้อคำถามอีก 10 ข้อ ดังนี้ ด้านการบริโภคอาหาร 3 ข้อ ได้แก่ ท่านปรุงอาหารด้วยเครื่องปรุงรสเค็มจัด ท่านรับประทานผลไม้ที่มี

รศหวนจัด และ ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม ชาเย็น กาแฟเย็น เป็นต้น ด้านการออกกำลังกาย 1 ข้อ ได้แก่ ท่านควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน โดยให้มีรอบเอวไม่เกิน 36 นิ้ว ด้านการสูบบุหรี่ 2 ข้อ ได้แก่ ท่านไม่สูบบุหรี่ และ ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 1 ข้อ ได้แก่ ท่านดื่มแอลกอฮอล์ทุกครั้งที่มีโอกาส ด้านการจัดการความเครียด 1 ข้อ ได้แก่ ท่านหลีกเลี่ยงสิ่งทีกระตุ้นทำให้ท่านรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่สบายใจ และด้านการตรวจสุขภาพ 2 ข้อ ได้แก่ ท่านหมั่นดูแลสุขภาพและสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น และ เมื่อเจ็บป่วยท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัดและเข้ารับการตรวจตามนัดหมายของแพทย์เป็นประจำ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยมีข้อคำถามเชิงบวก 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28 และข้อคำถามเชิงลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 19, 24 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยผู้วิจัยปรับความถี่ของการปฏิบัติ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นประจำ สม่ำเสมอ 6-7 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นส่วนใหญ่ หรือ 4-5 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นบางครั้ง หรือ 2-3 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ นานๆ ครั้ง หรือ 1 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลยหรือปฏิบัติน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์

การให้คะแนนแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ		
ปฏิบัติเป็นประจำ	มีค่าคะแนน	5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	มีค่าคะแนน	4	2
ปฏิบัติบางครั้ง	มีค่าคะแนน	3	3
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	มีค่าคะแนน	2	4
ไม่เคยปฏิบัติ	มีค่าคะแนน	1	5

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม ใช้การแบ่งโดยกำหนดอันตรภาคชั้น 3 ระดับ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) กำหนดช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนช่วง	28.00 – 65.33	หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับไม่เหมาะสม
คะแนนช่วง	65.34 – 102.66	หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม
คะแนนช่วง	102.67 – 140.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 8 ข้อ ใช้การแบ่งโดยกำหนดอันตรภาคชั้น 3 ระดับ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) กำหนดช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนช่วง	08.00 – 18.66	หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับไม่เหมาะสม
คะแนนช่วง	18.67 – 29.33	หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสม
คะแนนช่วง	29.34 – 40.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการออกกำลังกาย จำนวน 6 ข้อ ใช้การแบ่งโดยกำหนดอันตรภาคชั้น 3 ระดับ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) กำหนดช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนช่วง	06.00 – 14.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับไม่เหมาะสม
คะแนนช่วง	14.01 – 22.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสม
คะแนนช่วง	22.01 – 30.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการสูบบุหรี่ จำนวน 3 ข้อ ใช้การแบ่งโดยกำหนดอันตรภาคชั้น 3 ระดับ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) กำหนดช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนช่วง	03.00 – 07.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับไม่เหมาะสม
-----------	---------------	---------	------------------------------------------------------------



คะแนนช่วง 07.01 – 11.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ  
อยู่ในระดับเหมาะสม

คะแนนช่วง 11.01 – 15.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ  
อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มี  
แอลกอฮอล์ จำนวน 2 ข้อ ใช้การแบ่งโดยกำหนดอันตรภาคชั้น 3 ระดับ (ประคอง กรรณสูตร, 2542)  
กำหนดช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนช่วง 02.00 – 4.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ  
อยู่ในระดับไม่เหมาะสม

คะแนนช่วง 04.67 – 07.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ  
อยู่ในระดับเหมาะสม

คะแนนช่วง 07.34 – 10.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ  
อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการจัดการความเครียด  
จำนวน 5 ข้อ ใช้การแบ่งโดยกำหนดอันตรภาคชั้น 3 ระดับ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) กำหนดช่วง  
คะแนน ดังนี้

คะแนนช่วง 05.00 – 11.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ  
อยู่ในระดับไม่เหมาะสม

คะแนนช่วง 11.67 – 18.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ  
อยู่ในระดับเหมาะสม

คะแนนช่วง 18.34 – 25.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ  
อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการตรวจสุขภาพ จำนวน  
4 ข้อ ใช้การแบ่งโดยกำหนดอันตรภาคชั้น 3 ระดับ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) กำหนดช่วงคะแนน  
ดังนี้

คะแนนช่วง 04.00 – 09.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ  
อยู่ในระดับไม่เหมาะสม

คะแนนช่วง 09.34 – 14.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ  
อยู่ในระดับเหมาะสม

คะแนนช่วง 14.67 – 20.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ  
อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและเหมาะสมของเนื้อหาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรศาสตร์หัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด 3 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน โดยระดับการแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมี 4 ระดับ ซึ่งแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

- |   |         |                                                                                                                      |
|---|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | หมายถึง | คำถามไม่สอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย                                                                       |
| 2 | หมายถึง | มีคำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย                 |
| 3 | หมายถึง | ค่อนข้างสอดคล้อง คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย |
| 4 | หมายถึง | คำถามมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย                                                                    |

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) (Polit & Beck, 2004) ซึ่งสามารถคำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนที่ให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

โดยค่า CVI มีค่าระหว่าง 0-1 ค่าที่ยอมรับได้ว่าคำถามมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในวิจัย หรือมีความตรงตามเนื้อหา คือมากกว่าหรือเท่ากับ .80 โดยมีเกณฑ์การแบ่งดังนี้ (Polit & Beck, 2004)

- |             |         |                           |
|-------------|---------|---------------------------|
| ≥ 0.8 -0.99 | หมายถึง | ระดับดี (Good)            |
| 1.00        | หมายถึง | ระดับดีเยี่ยม (Excellent) |

หากค่าที่ได้ต่ำกว่าเกณฑ์ควรตัดข้อคำถามนั้นทิ้ง และปรับปรุงแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีรายละเอียดแต่ละแบบสอบถาม ดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	CVI = 0.83
แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	CVI = 0.80
แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	CVI = 0.80
แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	CVI = 0.84
แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	CVI = 0.80
แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	CVI = 0.82

## 2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามวิจัยที่ได้รับปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ ที่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 40-60 ปี และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronhbach's alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์ความเที่ยงในระดับที่ดีที่ .7 - .8 (DeVellis, 2003)

แบบสอบถามความเครียดในชีวิตประจำวัน	$\alpha = 0.96$
แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	$\alpha = 0.77$
แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	$\alpha = 0.87$
แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	$\alpha = 0.93$
แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	$\alpha = 0.82$
แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	$\alpha = 0.71$
แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	$\alpha = 0.76$

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุมัติหนังสือจากทางมหาวิทยาลัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทั้ง 3 โรงพยาบาลแล้ว นำหนังสืออนุมัติให้ทำการวิจัยและหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์และตัวอย่างเครื่องมือวิจัย ส่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังจากได้รับหนังสืออนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาล ตำรวจ โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาลเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและ ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยเก็บ รวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยขออนุญาตเข้าแนะนำตัวเพื่อขอความร่วมมือการเก็บข้อมูล ชี้แจง วัตถุประสงค์ รายละเอียดของการทำวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับสิทธิที่จะ ปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษา และสอบถามความยินยอมเข้าร่วมงาน วิจัยโดยสมัครใจ

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถาม แต่ละส่วนให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการ ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างรอพบแพทย์

5. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ของแบบสอบถาม และรวบรวมข้อมูลที่ได้จาก แบบสอบถามนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตำรวจ เลขที่ จว.๖๑/๒๕๖๐ โรงพยาบาลเลิดสิน เลขที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๗๗๖ และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เลขที่ RP022/60 เมื่อได้รับการ อนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลผ่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงเข้าพบ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุกรรม ของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การ วิจัย และนัดหมายวันในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ ให้ความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษารั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อ ผู้เข้าร่วมการวิจัย หากมีข้อขัดข้องหรือไม่สะดวกใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งผู้วิจัย และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลตามปกติของกลุ่มตัวอย่าง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) ระหว่างปัจจัยด้านระดับการศึกษา ความเครียดในชีวิตประจำวัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการกำบังกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อกำบังกันโรค และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อกำบังกันโรค กับพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และสร้างสมการทำนาย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยเชิงทำนาย ระหว่างปัจจัยด้านระดับการศึกษา ความเครียดในชีวิตประจำวัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามจำนวน 8 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามวัดระดับความเครียดในชีวิตประจำวัน แบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค แบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจทำการศึกษาในกลุ่มชายวัยกลางคน อายุ 40-60 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 175 คน ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร
2. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร
3. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกโดยรวม และรายด้าน
4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จากปัจจัยด้านระดับการศึกษา ความเครียดในชีวิตประจำวัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตาม อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่เป็นประจำ ประวัติเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ และโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า (n=175)

ข้อมูลทั่วไปของชายวัยกลางคนในเขต กรุงเทพมหานคร	จำนวน	ร้อยละ
<b>ช่วงอายุ</b>		
40-44 ปี	44	25.1
45-49 ปี	62	35.5
50-54 ปี	31	17.7
55-59 ปี	38	21.7
(อายุเฉลี่ย = 48.97 ปี S.D.= 5.76 Max = 59 ปี Min = 40 ปี)		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	43	24.6
คู่	117	66.9
หม้าย/หย่า	9	5.1
แยกกันอยู่	6	3.4
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	15	8.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	17	9.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	23	13.1
ปวช. หรือ ปวส.	24	13.7
ปริญญาตรี	76	43.5
ปริญญาโท	20	11.4
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	6.9
เกษตรกรกรรม	6	3.4
รับจ้าง	17	9.7
ค้าขาย	9	5.1

**ตารางที่ 4** (ต่อ) จำนวน และร้อยละของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตาม อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การอยู่ในสถานที่ที่มี ควันบุหรืเป็นประจำ ประวัติเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการที่ สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ และโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า (n=175)

ข้อมูลทั่วไปของชายวัยกลางคนในเขต กรุงเทพมหานคร	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ (ต่อ)</b>		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	71	40.6
ธุรกิจส่วนตัว	21	12.0
พนักงานบริษัท	37	21.1
พนักงานมหาวิทยาลัย	1	0.6
พนักงานของรัฐ	1	0.6
<b>พฤติกรรมการสูบบุหรี่</b>		
ไม่สูบบุหรี่	101	57.7
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	21	12.0
สูบมาแล้วน้อยกว่า 15 ปี	7	4.0
สูบมาแล้วมากกว่า 15 ปี	14	8.0
(จำนวนปีที่สูบเฉลี่ย = 19.76 S.D. = 9.12 จำนวนมวนเฉลี่ย = 10.05 S.D. = 5.56)		
เคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว	53	30.3
เลิกสูบมาแล้วน้อยกว่า 15 ปี	40	22.9
เลิกสูบมาแล้วมากกว่า 15 ปี	13	7.4
(ระยะเวลาเลิกสูบเฉลี่ย = 9.42 S.D. = 9.14		
จำนวนปีที่เคยสูบเฉลี่ย = 18.83 S.D. = 8.50		
จำนวนมวนที่เคยสูบต่อวันเฉลี่ย = 11.55 S.D. = 7.35)		
<b>บุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่หรืออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรืเป็นประจำ</b>		
ไม่ใช่	121	69.1
ใช่	54	30.9



**ตารางที่ 4** (ต่อ) จำนวน และร้อยละของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตาม อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การอยู่ในสถานที่ที่มี ควันบุหรี่เป็นประจำ ประวัติเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการที่ สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ และโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า (n=175)

ข้อมูลทั่วไปของชายวัยกลางคนในเขต กรุงเทพมหานคร	จำนวน	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัว</b>		
โรคประจำตัว 1 โรค	110	62.9
เบาหวาน	9	5.1
ความดันโลหิตสูง	67	38.3
ไขมันในเลือดสูง	26	14.9
โรคอ้วน	8	4.6
โรคประจำตัว 2 โรค	48	27.4
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	13	7.4
เบาหวานและไขมันในเลือดสูง	8	4.6
เบาหวานและโรคอ้วน	1	0.6
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	20	11.4
ความดันโลหิตสูงและโรคอ้วน	6	3.4
โรคประจำตัว 3 โรค	17	9.7
เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันใน เลือดสูง	14	8.0
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน	2	1.1
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน	1	0.6

**ตารางที่ 4** (ต่อ) จำนวน และร้อยละของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตาม อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การอยู่ในสถานที่ที่มี ควันบุหรี่เป็นประจำ ประวัติเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการที่ สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ และโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า (n=175)

ข้อมูลทั่วไปของชายวัยกลางคนในเขต กรุงเทพมหานคร	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ</b>		
<b>ไม่มี</b>		
ไม่มี	140	80.0
มี	35	20.0
มารดา	13	7.4
บิดา	20	11.5
พี่	2	1.1
<b>ดัชนีมวลกาย</b>		
< 18.5 (ผอม)	1	0.6
18.5-22.99 (ปกติ)	20	11.4
23.0-24.99 (ภาวะน้ำหนักเกิน)	36	20.6
25.0-29.99 (อ้วน/โรคอ้วนระดับ 1)	77	44.0
> 30.0 (อ้วนมาก/โรคอ้วนระดับ 2)	41	23.4
(ดัชนีมวลกายเฉลี่ย = 27.66 S.D.= 4.90 Max = 53.04 Min = 18.08)		
<b>รอบเอว</b>		
น้อยกว่า 36 นิ้ว (ปกติ)	89	50.9
มากกว่าหรือเท่ากับ 36 นิ้ว (เกินเกณฑ์ปกติ)	86	49.1
(รอบเอวเฉลี่ย = 35.96 S.D. = 4.31 Max = 54 Min = 28)		

**ตารางที่ 4** (ต่อ) จำนวน และร้อยละของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตาม อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การอยู่ในสถานที่ที่มี ควันบุหรี่เป็นประจำ ประวัติเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการที่ สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ และโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า (n=175)

ข้อมูลทั่วไปของชายวัยกลางคนในเขต กรุงเทพมหานคร	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาการที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ</b>		
ไม่มีอาการ	139	79.4
เคยมีอาการ	36	20.6
เจ็บแน่นบริเวณกลางอกเหมือนมีอะไรมาทับ	11	6.3
ขณะออกกำลังกาย		
เจ็บแบบบีบรัดบริเวณกลางอก	5	2.9
เจ็บบริเวณกลางอกร้าวไปบริเวณลิ้นปี่หรือ	6	3.4
แขนซ้าย		
ปวดบริเวณกรามหรือใต้คาง	3	1.7
มีอาการอย่างน้อย 2 อาการ	11	6.3
<b>โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า</b>		
< 5 %	99	56.6
5-10%	57	26.3
11-15%	13	7.4
16-20%	17	9.7

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าชายวัยกลางคน มีอายุเฉลี่ย 48.97 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 66.9 กลุ่มตัวอย่างสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 43.5 ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมากที่สุด จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 40.6 รองลงมาเป็นพนักงานบริษัท จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 21.1 ชายวัยกลางคน ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7 รองลงมาเคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3 และไม่มีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่หรืออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่เป็นประจำ จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 69.1 ชายวัยกลางคนมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.3 รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง และ โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 14.9 และ 11.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 25-29.99 Kg/m<sup>2</sup> (อ้วน/โรคอ้วนระดับ 1) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44 มีรอบเอวน้อยกว่า 36 นิ้ว คิดเป็นร้อยละ 50.9 มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้าเฉลี่ย 6.03% ส่วนใหญ่ไม่มีอาการที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 79.4 อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 20.6 เคยมีอาการที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลกับผู้วิจัยว่าเคยมีอาการที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจแต่อาการเหล่านั้นหายไปเอง ในขณะที่เก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการดังกล่าว ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ช่องทางการขอรับบริการในโรงพยาบาล และในกรณีที่มีอาการที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจอีก กลุ่มตัวอย่างสามารถขอรับบริการได้ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกอายุรกรรมเพื่อรับการรักษาต่อไป

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค  
หลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n = 175)

ปัจจัยทำนาย	Possible Range	Min	Max	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ความเครียดในชีวิตประจำวัน	0-100	21.00	79.00	42.96	12.591	ปานกลาง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ	12-48	22.00	47.00	35.27	4.726	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงฯ	10-40	21.00	36.00	29.58	2.727	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ฯ	10-40	23.00	40.00	33.68	4.090	สูง
การรับรู้อุปสรรคฯ	13-52	13.00	49.00	28.33	5.609	ปานกลาง
ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติฯ	10-40	13.00	37.00	27.01	3.861	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 แสดงว่า ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครมีความเครียดในชีวิตประจำวันในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 42.96$ , S.D. = 12.591) มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 35.27, 29.58, 28.33, 27.01$  S.D. = 4.726, 2.727, 5.609, 3.861 ตามลำดับ) สำหรับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่าอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 33.68$ , S.D. = 4.090)

ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกโดยรวม และรายด้าน

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n = 175)

พฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ	Possible Range	Min	Max	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการรับประทานอาหาร	8-40	14.00	37.00	25.42	4.271	เหมาะสม
ด้านการออกกำลังกาย	6-30	6.00	30.00	17.99	4.648	เหมาะสม
ด้านการสูบบุหรี่	3-15	3.00	15.00	11.87	3.942	เหมาะสมมาก
ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	2-10	2.00	10.00	7.45	2.058	เหมาะสมมาก
ด้านการจัดการความเครียด	5-25	7.00	25.00	19.03	3.226	เหมาะสมมาก
ด้านการตรวจสุขภาพ	4-20	4.00	20.00	15.69	3.450	เหมาะสมมาก
รวม	28-140	66.00	134.00	97.44	12.758	เหมาะสม

จากตารางที่ 6 สรุปได้ว่า ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X}$  = 97.44, S.D. = 12.758) เมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 6 ด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกาย มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X}$  = 25.42, 17.99 S.D. = 4.271, 4.648) และด้านอื่นๆ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ได้แก่ ด้านการสูบบุหรี่ ( $\bar{X}$  = 11.87, S.D. = 3.942) ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ( $\bar{X}$  = 7.45, S.D. = 2.058) ด้านการจัดการความเครียด ( $\bar{X}$  = 19.03, S.D. = 3.226) และด้านการตรวจสุขภาพ ( $\bar{X}$  = 15.69, S.D. = 3.450)

#### ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7	8
1.ระดับการศึกษา	1.00							
2.ความเครียดในชีวิตประจำวัน	.157 <sup>*</sup>	1.00						
3.การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.152 <sup>*</sup>	.220 <sup>**</sup>	1.00					
4.การรับรู้ความรุนแรง	.035	-.004	.346 <sup>**</sup>	1.00				
5.การรับรู้ประโยชน์	.088	.062	.299 <sup>**</sup>	.557 <sup>**</sup>	1.00			
6.การรับรู้อุปสรรค	-.157 <sup>*</sup>	.210 <sup>**</sup>	.048	.076	-.116	1.00		
7.ปัจจัยกระตุ้น	.076	-.203 <sup>**</sup>	-.121	.047	.142	-.350 <sup>**</sup>	1.00	
8.พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	.215 <sup>**</sup>	-.286 <sup>**</sup>	-.110	.100	.198 <sup>**</sup>	-.307 <sup>**</sup>	.545 <sup>**</sup>	1.00

\*p < .05

\*\*p < .01

จากตารางที่ 7 พบว่า ระดับการศึกษา ( $r = .215, p < .05$ ) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ( $r = .198, p < .05$ ) และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ( $r = .545, p < .05$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเครียดในชีวิตประจำวัน ( $r = -.286, p < .05$ ) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ( $r = -.307, p < .05$ ) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

**ตารางที่ 8** ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ขั้น ที่	ปัจจัยทำนาย	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change	F	p - value
1	ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติฯ	.545	.297	.293	.297	73.172	.000
2	ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติฯ ความเครียดในชีวิตประจำวัน	.574	.329	.321	.032	42.214	.000
3	ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติฯ ความเครียดในชีวิตประจำวัน ระดับการศึกษา	.611	.373	.362	.044	33.899	.000
4	ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติฯ ความเครียดในชีวิตประจำวัน ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ฯ	.624	.389	.374	.016	27.038	.000
F = 27.038 ( p < .05 )							

จากตารางที่ 8 พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ความเครียดในชีวิตประจำวัน ระดับการศึกษา และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค โดยตัวแปรแต่ละตัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ( p < .05) ร้อยละ 37.4



## ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของตัวแปรทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

	ตัวทำนาย	B	S.E. <sub>b</sub>	Beta	t	p-value
1	ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	1.534	.206	.464	7.448	.000
2	ความเครียดในชีวิตประจำวัน	-.219	.059	-.232	-3.712	.000
3	ระดับการศึกษา	1.767	.528	.205	3.347	.001
4	การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	.400	.190	.128	2.102	.037
Constant		44.901	8.419		5.333	.000
R = .624      Adjusted R <sup>2</sup> = .374      S.E. = 10.090						

จากตารางที่ 9 เมื่อพิจารณาจากรูปแบบของคะแนนมาตรฐานของแต่ละตัวแปร พบว่า ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด (Beta = .464) รองลงมา คือ ความเครียดในชีวิตประจำวัน (Beta = -.232) ระดับการศึกษา (Beta = .205) และ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (Beta = .128) โดยตัวแปรทั้ง 4 สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ได้อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ = .624 (R = .624) มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ 10.090 (S.E. = 10.090)

โดยสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ดังนี้

### สมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ

$$\hat{y} = 44.901 + 1.534X_1 - .219X_2 + 1.767X_3 + .400X_4$$

$\hat{y}$  = พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

$X_1$  = ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

$X_2$  = ความเครียดในชีวิตประจำวัน

$X_3$  = ระดับการศึกษา

$X_4$  = การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค

### สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\hat{y}} = .464Z_{X_1} - .232Z_{X_2} + .205Z_{X_3} + .128Z_{X_4}$$

$Z_{\hat{y}}$  = พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

$X_1$  = ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

$X_2$  = ความเครียดในชีวิตประจำวัน

$X_3$  = ระดับการศึกษา

$X_4$  = การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค

ทั้งนี้ ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หากชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครมีปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่ดี มีความเครียดในชีวิตประจำวันในระดับปานกลาง มีระดับการศึกษาสูง และมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสูง

## บทที่ 5

### สรุปผลวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive Predictive Research) ระหว่าง ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ความเครียดในชีวิตประจำวัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ต่อพฤติกรรมป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จากปัจจัยด้านระดับการศึกษา ความเครียดในชีวิตประจำวัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

#### สมมติฐานการวิจัย

ระดับการศึกษา ความเครียดในชีวิตประจำวัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เพศชายวัยกลางคน อายุระหว่าง 40-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ เพศชายวัยกลางคน อายุระหว่าง 40-60 ปี ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน อย่างน้อย 1 โรค ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 175 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการคัดเลือกตามสะดวก (Convenience Sampling)

### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เป็นแบบสอบถามทั้งหมด 8 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การได้รับควันบุหรี่เป็นประจำ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 11 ข้อ และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ RAMA EGAT heart score

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินความเครียดในชีวิตประจำวันของสวนปรงที่พัฒนาโดยนายแพทย์ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ดัดแปลงจากแบบสอบถามของจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ดัดแปลงจากแบบสอบถามของจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

**ส่วนที่ 5** แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ดัดแปลงจากแบบสอบถามของจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

**ส่วนที่ 6** แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ดัดแปลงจากแบบสอบถามของจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

**ส่วนที่ 7** แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ดัดแปลงจากแบบสอบถามของจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

**ส่วนที่ 8** แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ดัดแปลงจากแบบสอบถามของจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร ครอบคลุมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 6 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การได้รับควันบุหรี่เป็นประจำ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และอาการที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจโดยการแจกแจงร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคน ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) ระหว่าง ระดับการศึกษา ความเครียดในชีวิตประจำวัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และสร้างสมการทำนาย

### สรุปผลการวิจัย

1. ระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 97.44$ , S.D. = 12.758)

2. ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ความเครียดในชีวิตประจำวัน ระดับการศึกษา และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร ได้อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถสร้างสมการทำนายได้ดังนี้

### สมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = 44.901 + 1.534X_1 - .219X_2 + 1.767X_3 + .400X_4$$

$\hat{Y}$  = พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

$X_1$  = ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

$X_2$  = ความเครียดในชีวิตประจำวัน

$X_3$  = ระดับการศึกษา

$X_4$  = การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค

### สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Z \hat{y} = .464Z_{x_1} - .232Z_{x_2} + .205Z_{x_3} + .128Z_{x_4}$$

$Z \hat{y}$  = พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

$X_1$  = ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

$X_2$  = ความเครียดในชีวิตประจำวัน

$X_3$  = ระดับการศึกษา

$X_4$  = การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร นำเสนอการอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

#### 1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษา พบว่า ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 97.44$ , S.D. = 12.758) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการสูบบุหรี่ ( $\bar{X} = 11.87$ , S.D. = 3.942) ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ( $\bar{X} = 7.45$ , S.D. = 2.058) ด้านการจัดการความเครียด ( $\bar{X} = 19.03$ , S.D. = 3.226) และด้านการตรวจสุขภาพ ( $\bar{X} = 15.69$ , S.D. = 3.450) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ส่วนด้านการรับประทานอาหาร ( $\bar{X} = 25.42$ , S.D. = 4.271) และด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{X} = 17.99$ , S.D. = 4.648) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม สามารถอธิบายได้จากข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ชายวัยกลางคนกลุ่มนี้มีอายุเฉลี่ย 48.97 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งเป็นวัยที่ร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทั้งลักษณะร่างกายและสรีรวิทยา โดยการทำงานของร่างกายมีการเสื่อมสภาพลง ทำให้ชายวัยกลางคนมีความตระหนักและใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นวัยที่มีบทบาทต้องรับผิดชอบหรือเป็นผู้นำทั้งในครอบครัวและการทำงาน จึงต้องสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรงเพื่อป้องกันการเกิดโรคต่างๆ ที่จะส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงส่งผลให้ชายวัยกลางคนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเหมาะสม ชายวัยกลางคนส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 43.5 ส่งผลให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค และสามารถค้นคว้าหาความรู้และข้อมูลทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคต่างๆ ได้ง่าย นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก

ที่สุด ร้อยละ 38.3 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 14.9 ซึ่งโรคประจำตัวดังกล่าวเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ชายวัยกลางคนมีความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคดังกล่าวตามมา รวมถึงการมีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 20 ทำให้มีความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ในอนาคต ประกอบกับปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ มีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงและการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมุ่งเน้นกลุ่มเยาวชนและกลุ่มวัยทำงานมากขึ้น รวมถึงมีการรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต รวมไปถึงแอปพลิเคชันต่างๆ ในโทรศัพท์มือถือที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ และตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการส่งเสริมและป้องกันโรคต่างๆ ส่งผลให้ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับที่เหมาะสม เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจรายด้านทั้ง 6 ด้าน สามารถอภิปรายได้ดังนี้

### 1.1 ด้านการรับประทานอาหาร

พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร คือ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง จำกัดอาหารที่มีปริมาณเกลือและน้ำตาลสูง การเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง การปรุงอาหารด้วยวิธีการต้ม นึ่ง แทนการทอด (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553) ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 25.42$ , S.D. = 4.271) สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจุบันรัฐบาลมีการรณรงค์ด้านการสร้างเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เอื้อต่อการใช้สุขภาพดีและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการทำลายสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการลดรับประทานหวาน มัน เค็ม เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ที่หลากหลายในปริมาณที่เพียงพอเป็นประจำ ซึ่งประชาสัมพันธ์ผ่านทางสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต นิตยสาร เป็นต้น (ปาณบดี เอกะจัมปะ และ นิธิศ วัฒนมนะโน, 2552) จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ชายวัยกลางคนสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 43.5 จึงมีความสามารถในการแสวงหาความรู้จากสื่อต่างๆ และสามารถทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารในการป้องกันโรคได้ดี จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับเหมาะสม เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการรับประทานอาหารเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูงโดยปฏิบัติบ่อยครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.9 มีการปรุงหรือเลือกรับประทานอาหารที่ทำด้วยการต้ม นึ่ง ย่าง อบ แทนการทอดหรือผัดโดยปฏิบัติเป็นบางครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.6 แต่มีการรับประทานอาหารที่มี

รสเค็มจัดโดยปฏิบัติบางครั้งมากที่สุด ร้อยละ 44 รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทะเล เครื่องในสัตว์ ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู อาหารทอด อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น ต้มยำไก่ แกงเขียวหวาน เป็นต้นโดยปฏิบัติบางครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.9 และรับประทานอาหารที่ทำจากแป้งโดยปฏิบัติเป็นบางครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.9 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวิถีชีวิตของคนเมืองในปัจจุบัน มีการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ ประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครรับประทานอาหารเช้าเป็นประจำ (ปาณบดี เอกะจัมปะ และ นิธิศ วัฒนมะโน, 2552) จึงส่งผลให้ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนพร สุตเสนาหา (2556) ที่ศึกษาตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่งาม อำเภอดงหลวง จังหวัดสระแก้ว จำนวน 190 คน พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 2.62$ , S.D. = 0.28) การศึกษาของปริมประภา ก้อนแก้ว, จรรยา สันตยากร และปรกรณ์ ประจัญบาน (2554) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 267 คน พบว่า ข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.16$ , S.D. = 0.532) และการศึกษาของปณมาพร พันธุ์อุบล (2553) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 330 คน พบว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับค่อนข้างดี ( $\bar{X} = 2.86$ , S.D. = 0.440)

## 1.2 ด้านการออกกำลังกาย

พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค ซึ่งส่งผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ในระดับปานกลาง ได้แก่ การเดินเร็ว ปั่นจักรยาน เป็นต้น อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือวันละ 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ และระดับหนัก ได้แก่ วิ่ง ว่ายน้ำ แบดมินตัน เทนนิส เป็นต้น อย่างน้อย 75 นาทีต่อสัปดาห์ หรือวันละ 15 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ รวมไปถึงการเคลื่อนไหวร่างกายในกิจวัตรประจำวัน เช่น การขึ้นลงบันได การทำงานบ้าน เป็นต้น ควรปฏิบัติทุกวัน (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ, 2560) การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 17.99$ , S.D. = 4.648) เมื่อพิจารณารายข้อด้านพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยปฏิบัติบางครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28 มีการออกแรงในกิจวัตรประจำวัน เช่น ขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ การเดินแทนการใช้รถยนต์ เป็นต้น โดย



ปฏิบัติบ่อยครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.6 และทำงานบ้านจนมีเหงื่อออกโดยปฏิบัติบางครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.1 แต่มีการออกกำลังกายแบบหนักโดยปฏิบัตินานๆ ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32 ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 ใน 4 ที่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 24.6 ซึ่งไม่มีภาระในการดูแลครอบครัวหรือดูแลบุตร จึงอาจมีเวลามากพอในการออกกำลังกายในระดับปานกลางถึงหนักอย่างเพียงพอ และกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 ใน 4 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.9 อาจมีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว เช่น การดูแลบุตร ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีเวลาในการออกกำลังกายที่เพียงพอ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.6 ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ทำให้ชีวิตประจำวันเสียเวลาไปกับการเดินทางในการไปทำงานเป็นจำนวนมาก รวมไปถึงในหน่วยงานอาจไม่มีสถานที่ที่เอื้ออำนวยสำหรับการออกกำลังกายแบบหนัก ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีเวลาในการออกกำลังกายแบบจริงจังและไม่มีสถานที่ที่เอื้ออำนวยสำหรับการออกกำลังกาย จึงส่งผลให้ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพียงในระดับเหมาะสมเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุภา อินทร (2546) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 180 คน พบว่า มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 2.34$ , S.D. = 1.12) และการศึกษาของปดมาพร พันธุ์อุบล (2553) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 330 คน พบว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับค่อนข้างดี ( $\bar{X} = 2.81$ , S.D. = 0.440)

### 1.3 ด้านการสูบบุหรี่

พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ คือ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ รวมถึงการหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ (AHA/ACC, 2014) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 11.87$ , S.D. = 3.942) สามารถอธิบายได้จาก ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ชายวัยกลางคนร้อยละ 88 ไม่สูบบุหรี่ หรือเคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้วมากกว่า 1 ปี มีเพียงร้อยละ 12 ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน และร้อยละ 69.1 ไม่มีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่หรืออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่เป็นประจำ จึงส่งผลให้ชายวัยกลางคนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับเหมาะสมมาก นอกจากนี้ในปัจจุบันพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 42,000-52,000 คนต่อปี (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ทำให้รัฐบาลมีการณรงค์ถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่ในสื่อต่างๆ ทั้งหน่วยงานของรัฐและเอกชน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 40.6 ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีการจำกัดการสูบบุหรี่และห้ามจำหน่ายในหน่วยงานราชการ สำเร็จ

การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 54.9 ทำให้ชายวัยกลางคนมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.3 จึงทำให้ชายวัยกลางคนรู้ถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อโรคประจำตัวของตนเอง ส่งผลให้ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการสูบบุหรี่ในระดับที่เหมาะสมมาก เมื่อพิจารณารายข้อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการสูบบุหรี่ พบว่า ชายวัยกลางคนไม่สูบบุหรี่โดยปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.1 หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้สูบบุหรี่โดยปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.6 และหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่โดยปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ Weston (2008) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชากรวัยผู้ใหญ่ที่มาตรวจสุขภาพในโรงพยาบาล ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 220 คน พบว่า มีพฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่อยู่ในระดับเหมาะสม ร้อยละ 54.5 การศึกษาของจิริรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558) ที่ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำนวน 325 คน พบว่า มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 6.38$ , S.D. = 1.39) และการศึกษาของปถมภาพ พันธุ์อุบล (2553) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 330 คน พบว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงเสพยาที่เป็นโทษอยู่ในระดับค่อนข้างดี ( $\bar{X} = 3.30$ , S.D. = 0.450)

#### 1.4 ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คือ การลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ โดยปริมาณการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่เหมาะสมสำหรับผู้ชาย คือ ไม่ควรเกิน 2 แก้วมาตรฐานต่อวัน โดย 1 แก้วมาตรฐาน หมายถึง เหล้าไม่เกิน 30 มิลลิลิตร เบียร์ไม่เกิน 360 มิลลิลิตร ไวน์ไม่เกิน 150 มิลลิลิตร วิสกี้ไม่เกิน 45 มิลลิลิตร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 7.45$ , S.D. = 2.058) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 54.9 ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโทษของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 48.97 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่ร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมสภาพลง ทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความรุนแรงจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพของตนเอง และกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก

ที่สุด ร้อยละ 38.3 ทำให้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรครุนแรงขึ้น นอกจากนี้ ปัจจุบันมีการรณรงค์ลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยมุ่งเน้นประชาชนเกิดความตระหนัก และเห็นโทษของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น การโฆษณาให้เห็นถึงโทษการดื่มแอลกอฮอล์ในโทรทัศน์ การรณรงค์ผ่านอินเทอร์เน็ต เป็นต้น รวมถึงมีการควบคุมการเข้าถึงโดยจำกัดอายุ และช่วงเวลาในการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ยงยุทธ ขจรธรรม, 2547) ส่งผลให้ชายวัยกลางคนมีพฤติกรรมด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับเหมาะสมมาก เมื่อพิจารณารายข้อด้านพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า ชายวัยกลางคนหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์โดยปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.1 สอดคล้องกับการศึกษาของปดมาพร พันธุ์อุบล (2553) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 330 คน พบว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงเสพยาที่เป็นโทษอยู่ในระดับค่อนข้างดี ( $\bar{X}$  = 3.30, S.D. = 0.450) และการศึกษาของจิริรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558) ที่ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำนวน 325 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในการสูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X}$  = 6.38, S.D. = 1.39)

### 1.5 ด้านการจัดการความเครียด

พฤติกรรมจัดการความเครียด คือ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายจากความตึงเครียด รวมทั้งมีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเมื่อเกิดความเครียดในชีวิตประจำวัน (AHA/ACC, 2014; กรมสุขภาพจิต, 2543) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{X}$  = 19.03, S.D. = 3.226) อภิปรายได้จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.9 มีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีบุคคลที่ไว้ใจได้ที่สามารถคอยปรึกษา ให้ความช่วยเหลือและช่วยคิดแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดความเครียด เมื่อพิจารณารายข้อด้านพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการจัดการความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้รู้สึกหงุดหงิดหรือไม่สบายใจโดยปฏิบัติบ่อยครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.6 เมื่อมีความเครียดจะปรึกษามิตรที่ไว้ใจได้โดยปฏิบัติบ่อยครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.6 เมื่อเกิดความเครียดจะพยายามคิดบวกโดยปฏิบัติบ่อยครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.4 และมีวิธีการจัดการความเครียดโดยการอ่านหนังสือ ฟังเพลง ออกกำลังกาย ไปเที่ยวพักผ่อน เป็นต้น โดยปฏิบัติบ่อยครั้งถึงปฏิบัติเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 69.8 ทำให้ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรม

การจัดการความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสมมาก สอดคล้องกับการศึกษาของนุชรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์ (2549) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 300 คน พบว่ามีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการจัดการความเครียดในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 6.37$ , S.D. = 1.04) และการศึกษาของปดมาพร พันธุ์อุบล (2553) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 330 คน พบว่าข้าราชการตำรวจวัยทองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.64$ , S.D. = 0.620)

### 1.6 ด้านการตรวจสุขภาพ

พฤติกรรมด้านการตรวจสุขภาพ คือ การเข้ารับการตรวจสุขภาพตามนัดหมายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมถึงได้รับการตรวจร่างกายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเพื่อคัดกรองหาความผิดปกติของร่างกาย (AHA/ACC, 2014) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการตรวจสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 15.69$ , S.D. = 3.450) สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 40.6 ซึ่งในหน่วยงานมีสวัสดิการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี โดยทุกคนต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 38.3 ซึ่งเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและต้องมาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการตรวจสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก เมื่อพิจารณารายชื่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการตรวจสุขภาพ พบว่า ชายวัยกลางคนเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีเสมอ แม้ไม่มีอาการเจ็บป่วยโดยปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.4 หมั่นดูแลสุขภาพและสังเกตอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเองโดยปฏิบัติบ่อยครั้งถึงปฏิบัติเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 65.7 เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย จะเข้ารับการตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาสาเหตุและคัดกรองโรคทันทีโดยปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.1 และเมื่อเจ็บป่วย จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัดและเข้ารับการตรวจตามนัดหมายของแพทย์เป็นประจำโดยปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.1 ทำให้ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการตรวจสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก สอดคล้องกับการศึกษาของจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำนวน 325 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม

ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการตรวจสุขภาพประจำปียู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X}$  = 5.94, S.D. = 1.52)

**2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคน ในเขตกรุงเทพมหานครจากปัจจัยด้านระดับการศึกษา ความเครียดในชีวิตประจำวัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค**

ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (Beta = .464,  $p < .05$ ) ความเครียดในชีวิตประจำวัน (Beta = -.232,  $p < .05$ ) ระดับการศึกษา (Beta = .205,  $p < .05$ ) และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (Beta = .128,  $p < .05$ ) โดยตัวแปรทั้ง 4 สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้ร้อยละ 37.4 (Adjust  $R^2 = .374$ ) โดยตัวแปรปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเป็นปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายสูงสุด สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานครได้ร้อยละ 29.3 (Adjust  $R^2 = .293$ ) และปัจจัยที่มีอำนาจรองลงมา ได้แก่ ความเครียดในชีวิตประจำวัน ระดับการศึกษา และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ทั้งนี้ สามารถกล่าวได้ว่าชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หากมีปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคระดับสูง มีความเครียดในชีวิตประจำวันต่ำ มีระดับการศึกษาสูง และมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง

### 2.1 ปัจจัยด้านปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ชายวัยกลางคนที่มีปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่าชายวัยกลางคนมีปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.9 ทำให้ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในด้านต่างๆ เช่น ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.6 ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ รองลงมาคือพนักงานบริษัทร้อยละ 21.1 จึงได้รับการกระตุ้นจากเพื่อนหรือเพื่อนร่วมงานในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยกระตุ้นภายในที่ส่งเสริมให้กระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเหมาะสม คือ ระบุว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากมีโรคประจำตัวเป็นโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรัง โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 38.3 ระบุว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในอนาคตเนื่องจากร้อยละ 20 มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และร้อยละ 56.6 มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า 1-5% รวมไปถึงการได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรค และได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคผ่านสื่อต่างๆ ซึ่งปัจจัยกระตุ้นดังกล่าว จะช่วยส่งเสริมการกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในประชากรเพศหญิง พบว่า ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 76 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Ali, 2002) และการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 41.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร, 2558)

## 2.2 ปัจจัยด้านความเครียดในชีวิตประจำวัน

ปัจจัยด้านความเครียดในชีวิตประจำวัน สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้ เนื่องจาก ความเครียดเป็นปัจจัยร่วม (Modifying factor) ที่จะส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Becker, 1974) หากบุคคลมีความเครียดในชีวิตประจำวันในระดับต่ำ ก็มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร มีความเครียดในชีวิตประจำวันระดับปานกลาง ซึ่งการมีความเครียดในระดับที่พอดีและในระยะสั้น จะส่งผลให้ร่างกายมีความตื่นตัว กระตือรือร้น มีพลังในการจัดการกับปัญหาที่ผ่านเข้ามา ในทางกลับกันหากมีความเครียดในระดับสูงมากเกินไปและเรื้อรังเป็นเวลานาน จะส่งผลเสียรุนแรงต่อสภาพร่างกายและจิตใจได้ (กรมสุขภาพจิต, 2543) ดังนั้น ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครที่มีความเครียดในชีวิตประจำวันระดับปานกลาง จึงกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของพานทิพย์ แสงประเสริฐและจากรุวรรณ วิโรจน์ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล กรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับความเครียดสามารถทำนายพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพได้ร้อยละ 10.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### 2.3 ปัจจัยด้านระดับการศึกษา

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้ เนื่องจากระดับการศึกษา เป็นปัจจัยพื้นฐานด้านประชากรที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลตนเองและเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (Becker, 1974) ซึ่งการที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ชายวัยกลางคนส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 54.9 จึงมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถค้นคว้าหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ระดับการศึกษา เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 26 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (กนกกาญจน์ สวัสดิภาพ, 2554) การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล กรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการศึกษา เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพได้ร้อยละ 10.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (พานทิพย์ แสงประเสริฐ และ จารุวรรณ วิโรจน์, 2558) และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ระดับการศึกษา เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Kang et al., 2010)

### 2.4 ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค

จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเป็นปัจจัยที่เป็นแรงเสริมให้บุคคลมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของพฤติกรรมในการลดภาวะคุกคามหรือการป้องกันโรค โดยต้องรับรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้และเชื่อว่าการกระทำนั้นดีมีประโยชน์ บุคคลก็จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคนั้น (Becker, 1974) ดังนั้น ชายวัยกลางคนที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง ย่อมกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างเหมาะสม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง

จึงกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของปิยาภรณ์ นิกษ์นิภา (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการทางสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 24.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การศึกษาของ Ali (2002) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในประชากรเพศหญิง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 76 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ Elakashouty (2010) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้อพยพชาวตะวันออกกลาง ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้ ดังนี้

## 2.5 ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นความความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมี โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นมากน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง จะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (Becker, 1974) ดังนั้น หากชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มมากกว่า 2 ใน 3 ไม่เคยมีอาการที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้รับรู้ว่าตนยังไม่มีความเสี่ยงหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจน้อย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 54.9 จึงมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและวิธีการรักษาหากเริ่มมีอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องติดตามผลการรักษาโดยเข้ารับการตรวจตามที่แพทย์นัดอย่างสม่ำเสมออยู่แล้ว จึงไม่คิดว่าตนมีความเสี่ยง และเมื่อพิจารณาข้อคำถามรายข้อ พบว่า ข้อคำถาม “ท่านมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเนื่องจากมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคนี้” กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไม่เห็นด้วย คิดเป็นร้อยละ 42.3 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือด



เลือดหัวใจ จึงไม่รับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ข้อคำถาม “ท่านมีระดับความดันโลหิตที่ทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทถือว่ามีความเสี่ยง)” มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 70.2 แต่ได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง จึงอาจควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทได้ จึงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลางเท่านั้น ทำให้ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่สามารถกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับเหมาะสมมากได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา เหมวิเชียร (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้

## 2.6 ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรค

การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความเชื่อหรือความรู้สึกของบุคคลที่มีผลต่อโรคว่าส่งผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้เกิดการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคจึงเป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย บุคคลที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง ก็มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับสูง (Becker, 1974) ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้ โดยพบว่า ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลาง ทั้งนี้ จากตารางที่ 7 จะพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ( $r = .557$ ) ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple regression) ที่ได้มีการหักเอาอิทธิพลของตัวแปรอื่นออกไป จึงทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณารายชื่อ ข้อคำถาม “การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นเรื่องที่กระทำได้ยากและมีอันตรายมาก” ตอบไม่เห็นด้วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.4 และข้อคำถาม “ผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดหัวใจมักมีอาการเหนื่อยง่าย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ” ตอบไม่เห็นด้วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.7 ซึ่งอาจเนื่องมาจากในปัจจุบันมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและสามารถรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจได้ทันท่วงที จึงอาจคิดว่าโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจแล้วได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือสวนหัวใจแล้ว จะสามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติเหมือนบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงพฤติกรรมป้องกัน

โรคหลอดเลือดหัวใจในระดับเหมาะสมมากได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา เหมวิเชียร (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้

## 2.7 ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เป็นปัจจัยที่ขัดขวางการแสดงพฤติกรรมป้องกันโรค หากบุคคลมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคก่อให้เกิดความไม่สบาย เกิดความปวด เสียค่าใช้จ่าย หรือเสียเวลา บุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม (Becker, 1974) ดังนั้น ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคในระดับต่ำ ก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเหมาะสมในการศึกษารุ่นนี้ ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเป็นตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้ โดยพบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ จากตารางที่ 7 จะพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $r = -.307$ ) นอกจากนี้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคยังมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษา ( $r = -.157$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในชีวิตประจำวัน ( $r = .210$ ) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ( $r = -.350$ ) ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple regression) ที่ได้มีการหักเอาอิทธิพลของตัวแปรอื่นออกไป จึงทำให้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อคำถาม “ท่านคิดว่าท่านมีสุขภาพดีอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี” กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.6 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมออยู่แล้ว โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 38.3 จึงคิดว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีถึงแม้จะมีโรคประจำตัว เนื่องจากได้รับการตรวจตามนัดหมายอย่างต่อเนื่อง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 ไม่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงไม่จำเป็นต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี รวมไปถึงอาจคิดว่าการตรวจสุขภาพประจำปีนั้นเป็นเรื่องยุ่งยากและเสียเวลามาก ทำให้ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับเหมาะสมมากได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจินดาพร ศิลาทอง (2557) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยง ในชุมชนอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้

ดังนั้น ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอนทำให้ตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ไม่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการ จึงไม่ใช่ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้

ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ความเครียดในชีวิตประจำวัน ระดับการศึกษา และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้ร้อยละ 37.4 (Adjust  $R^2 = .374$ ) ซึ่งสนับสนุนบางส่วนของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่เหลืออีกร้อยละ 62.6 อาจเป็นผลมาจากปัจจัยด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และควรมีการศึกษาต่อไป

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับเหมาะสมมากต่อไป เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกายในระดับเหมาะสมเท่านั้น จึงควรจัดกิจกรรมเน้นส่งเสริมพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นที่เหมาะสมตามระดับการศึกษา และสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีพฤติกรรมรับประทานอาหารและการออกกำลังกายในระดับเหมาะสมมากต่อไป

2. ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ความเครียดในชีวิตประจำวัน ระดับการศึกษา และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครได้ โดยปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานครสูงสุด บุคลากรทางการแพทย์ควรเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสมตามระดับการศึกษา เน้นส่งเสริมการจัดการความเครียดในชีวิตประจำวันที่เหมาะสม ส่งเสริมให้ครอบครัวเพื่อน และเพื่อนร่วมงานเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ชายวัยกลางคนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ถูกต้อง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในเชิงรุก โดยเน้นส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เน้นให้เล็งเห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ให้ความรู้เรื่องการจัดการความเครียดอย่างถูกวิธี กระตุ้นให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืนโดยให้ครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสมตามเพศและวัย

2. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างชายวัยกลางคนในภูมิภาคอื่นๆ เนื่องจากแบบแผนวิถีชีวิตคนชุมชนเมืองอาจส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้



## รายการอ้างอิง

- เกษชดา ปัญเศษ. (2558). ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่ปฏิบัติ  
ราชการส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและ  
หลอดเลือด Rama-EGAT Heart Score. *Nursing Journal of The Ministry of Public  
Health*, 27, 57-70.
- เครือมาศ มีเกษม. (2554). การศึกษาพฤติกรรมกรมการบริโภคอาหารจานด่วนของบุคคลวัยทำงาน ใน  
เขตกรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- เมธิกานต์ ทิมูลนีย์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดใน  
พนักงานทำความสะอาดวัยก่อนหมดประจำเดือน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กนกกาญจน์ สวัสดิภาพ. (2554). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและโรคหลอดเลือด  
ของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัย  
พิชญทรรศน์*, 6(1), 7-15.
- กรมสุขภาพจิต. (2541). คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กรมสุขภาพจิต. (2543). คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). เชียงใหม่: หจก.  
เชียงใหม่ พี.เอส.การพิมพ์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2548). คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์  
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมอนามัย. (2554). รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชายวัยทอง:  
กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ. (2560). ข้อเสนอแนะการส่งเสริมกิจกรรมทาง การลดพฤติกรรม  
เนือยนิ่ง และการนอนหลับ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กอบกุล บุญปราศภัย. (2546). พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และการพยาบาล.  
กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง.
- กิตติ เอื้อพงษ์ธร. (2550). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนใน  
อำเภอแก่งศรีภูมิ จังหวัดชัยภูมิ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2558). โครงการศึกษาระยะยาวเพื่อหาอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ปี 2528-2558. Retrieved 29 ตุลาคม, 2559, from <http://med.mahidol.ac.th/cvmc/thaicv/>.
- คณะทำงานจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย. (2552). ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.
- จรรย์ญา จันทร์เพ็ญ. (2553). ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีของผู้หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูง: การทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- จรรยา ตันติธรรม. (2547). กลยุทธ์การพยาบาลผู้ป่วย: โรคหัวใจและหลอดเลือด. In จรรยา ตันติธรรม, พิกุล ตันติธรรม, พัทยา บันสุขสวัสดิ์ และ สุคิม พงศ์พัฒน์วุดดี (Eds.), การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ.
- จรรย์วัตร คมพยัคฆ์. (2553). แนวคิด หลักการ และการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล. สมุทรปราการ: คอมเมอร์เชียล เวิลด์ มีเดีย.
- จรรย์รัตน์ สุทธิพัฒนางกูร. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรงค์ วรบุตร. (2550). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยกลางคน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- จันทิตรา ทรงเต๊ะ. (2554). พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชาวไทยมุสลิมในชุมชนมีสุวรรณ 3. (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิณณพัต ธนกิจวรบูลย์. (2554). พฤติกรรมสุขภาพเพื่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลท่าม่วงจังหวัดกาญจนบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- จิณห์จุฑา ฤทธิสวัสดิ์. (2541). รูปแบบเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสมในผู้ติดสุรา. วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 20(2), 17-20.
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ตันสกุล. (2549). พฤติกรรมสุขภาพ. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จุฑามาศ คชโคตร. (2555). พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารเกื้อการุณย์, 19(1), 71-86.

- ชญาสิน ทะนน. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของสตรีวัยทอง ตำบลป่าจ้าว อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ณัชชา โพระดก. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงอาการทางเมตาบอลิกในชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ทัศนพร สุดเสนาหา. (2556). ตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง กรณีศึกษา:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่งาม อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว. (คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร.
- ธนวรรณ อิมสมบูรณ์. (2546). พฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นภาพดี อุดสม. (2552). กลุ่มอาการพร่องฮอร์โมนเพศชายและภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้ชายวัยทอง ตำบลแม่ป่าก อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหลอดเลือดหัวใจตีบ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นุชรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ปณมาพร พันธุ์อุบล. (2553). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี. (ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2556). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในการศึกษาภาคตัดขวาง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 24(1), 44-55.
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ (Vol. 3). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์. (2560). การเลิกสูบบุหรี่. Retrieved 10 ตุลาคม, 2560, from <https://med.mahidol.ac.th/fammed/sites/default/files/public/pdf/smokingcessation.pdf>.

- ปราณี มิ่งขวัญ. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปริมประภา ก้อนแก้ว, จรรยา สันตยากร, ปกรณ์ ประจัญบาน และ วรณภีระ, ว. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 5(3), 17-28.
- ปานบดี เอกะจัมปกะ และ นิธิศ วัฒนมะโน. (2552). พฤติกรรมบริโภคอาหารของประชาชนไทยในยุคโลกาภิวัตน์. สถานการณ์สุขภาพไทย, 3(2), 1-32.
- ปิยมิตร ศรีธรา. (2549). ปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. วารสารโรคหัวใจ, 19(1), 86-87.
- ปิยาภรณ์ นิภ์นิภา. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พานทิพย์ แสงประเสริฐ และ จารุวรรณ วิโรจน์. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 23(1), 113-126.
- มงคล การุณงามพรรณ, สุภารัตน์ สุวารี และ นันทนา น้ำฝน. (2555). พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของคนทำงานในสถานประกอบการเขตเมืองใหญ่: กรณีศึกษาพื้นที่เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 32(3), 51-66.
- ยงยุทธ ขจรธรรม. (2547). นโยบายในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของโลก. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- ยุวดี ฤชา. (2549). สมรรถนะของพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี.
- ยุวดี วิทย์พันธ์, สมศักดิ์ วสุวิฑิตกุล และ ศิริพร สมบูรณ์. (2555). ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 26(3), 16-30.
- ระเริง ฤทธิเดช. (2558). การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยแบบประเมิน Rama-EGAT heart score ในบุคลากรโรงพยาบาลสงขลา. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด, 27(1), 14-27.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (Ed.) (2546). กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์.
- วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์. (2546). แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.



- วิไลพร หอมทอง. (2547). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลนครพิงค์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิชัย เอกพลากร. (2559). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิศาล คันธารัตนกุล. (2546). การออกกำลังกายในวัยทำงาน. นนทบุรี: กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- วีระพล จันทร์ดี. (2560). แอลกอฮอล์. Retrieved 10 ตุลาคม, 2560, from <http://www.clm.up.ac.th/pdf/article/Alcohol%20WA.pdf>.
- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพลส.
- ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย วัยรุ่น-วัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีธรรม ณะภูมิ. (2535). พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร ปาระมะ. (2549). พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้เข้ารับการรักษาสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลลี จังหวัดลำพูน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์เตือนภัยสุขภาพกรุงเทพมหานคร. (2558). รายงานเบื้องต้นข้อมูลด้านสุขภาพคนกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: บริษัท ไอ ปรีนติ้ง คัลเลอร์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2551). รายงานสถานการณ์สุรา ประจำปี พ.ศ. 2551: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2558). *Cardiovascular disease prevention and cardiac rehabilitation : Update*. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2553). แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2558). ข้อมูลมรณบัตร. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานประจำปี 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). โรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูบบุหรี่. Retrieved 15 ตุลาคม, 2560, from [http://203.172.130.98/nfe\\_webkm/report\\_pdf.php?enc\\_id=1957](http://203.172.130.98/nfe_webkm/report_pdf.php?enc_id=1957).
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). สรุปสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ ของประเทศ พ.ศ.2559. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมีนคงการพิมพ์.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2553). แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2552). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552. กรุงเทพฯ: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). สรุปรายงานการป่วย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุกิจ แยมวงษ์. (2548). การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด: เครื่องช่วยวินิจฉัยสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- สุจิตรา เหมวิเชียร. (2549). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์. (2543). การพัฒนาแบบวัดความเครียดในคนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 45(3), 237-250.
- สุทัสสา ทิจะยัง. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

- สุธิสา ล่ามช้าง, รัตนาวดี ขอนตะวัน, จูติมา สุขเลิศตระกูล และ วิภาดา คุณาวิกติกุล. (2550). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาจารย์ กลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 37(2), 86-99.
- สุปราณี เสนาดิชัย. (2553). การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ. นนทบุรี: จุดทอง.
- สุภา อินทร. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคน ในจังหวัดนครสวรรค์. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรางค์ จันทร์เอม. (2527). จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร: อักษรบัณฑิต.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และ พิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. *วารสารสวนปรุง*, 13(3), 1-20.
- สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. (2538). จิตวิทยาการเรียนรู้ผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- อภิชาติ สุนทรสรรพ. (2553). *Coronary Artery Disease: The New Frontiers*. เชียงใหม่: ทริคซิงค์.
- อัมพร โอตระกูล. (2541). สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดี.
- อารีวรรณ กลั่นกลิน, อรอนงค์ วิชัยคำ, วิภาดา คุณาวิกติกุล และ วิไลพรรณ ใจวิไล. (2558). บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภาคเหนือ. *พยาบาลสาร*, 42, 178-186.
- อุไร ศรีแก้ว. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ: การดูแลอย่างต่อเนื่อง. สงขลา: บริษัทลิมบราเตอร์การพิมพ์ จำกัด.
- AHA/ACC. (2014). Reprint: 2013 AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk. *J Am Pharm Assoc* (2003), 54(1), e2.
- Ali, N. S. (2002). Prediction of coronary heart disease preventive behaviors in women: a test of the health belief model. *Women Health*, 35(1), 83-96.
- American Heart Association. (2015). American Heart Association recommendation for physical activity in adult. Retrieved October 15, 2017, from [http://www.heart.org/HEARTORG/HealthyLiving/PhysicalActivity/FitnessBasics/American-Heart-Association-Recommendations-for-Physical-Activity-in-Adults\\_UCM\\_307976\\_Article.jsp#.WgJpgVuCzIU](http://www.heart.org/HEARTORG/HealthyLiving/PhysicalActivity/FitnessBasics/American-Heart-Association-Recommendations-for-Physical-Activity-in-Adults_UCM_307976_Article.jsp#.WgJpgVuCzIU).
- American Heart Association and American Stroke Association. (2017). Statistical Fact Sheet 2017 Update. Retrieved 10 October, 2560, from

[http://www.heart.org/idc/groups/ahamah-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm\\_495089.pdf](http://www.heart.org/idc/groups/ahamah-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_495089.pdf).

Andrus, B., & Lacaille, D. (2014). 2013 ACC/AHA guideline on the assessment of cardiovascular risk. *J Am Coll Cardiol*, 63(25), 2886.

Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Slack.

Chamberlain, J. J., Rhinehart, A. S., Shaefer, C. F., Jr., & Neuman, A. (2016). Diagnosis and Management of Diabetes: Synopsis of the 2016 American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes. *Ann Intern Med*, 164(8), 542-552.

Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., Jr., . . . National High Blood Pressure Education Program Coordinating, C. (2003). Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*, 42(6), 1206-1252.

DeVellis, R. F. (2003). *Scale Development : Theory and Application 2nd edition*. Sage Publication, Inc.

Devies, M., & Mehra, S. (2013). *Communication Based Rehabilitation องค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย: พรีเมียมเอ็กซ์เพรส*.

Elkashouty, E. (2012). *Preventive Behavior for Coronary Artery Disease Among Middle Eastern Immigrants*. (DOCTOR OF PHILOSOPHY), THE UNIVERSITY OF ARIZONA.

Heart Foundation. (2012). Reducing risk in heart disease An expert guide to clinical practice for secondary prevention of coronary heart disease: National Heart Foundation of Australia.

Heart Foundation. (2012). Reducing risk in heart disease An expert guide to clinical practice for secondary prevention of coronary heart disease: National Heart Foundation of Australia.

JNC VIII. (2014). 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8): The American Association.

- Kang, Y., Yang, I. S., & Kim, N. (2010). Correlates of health behaviors in patients with coronary artery disease. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*, 4(1), 45-55.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Levinson, D. J. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41(1), 3-13.
- McClendon, D. (2011). *Perceived Susceptibility of Cardiovascular Disease as a Moderator Of Relationships between Perceived Severity and Cardiovascular Health Promoting Behaviors among Female Registered Nurses*. (Nursing Dissertations), Georgia State University.
- Miller, B. E., & Keane, C. B. (1972). *Encyclopedia and Dictionary of Medicine and Nursing*. Philadelphia WB Saunders.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., . . . Stroke Statistics, S. (2016). Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 133(4), e38-360.
- National Cholesterol Education Program. (2001). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research principles and methods 7th edition*. New York: Lippincott Williams and Wilkins.
- Rimm, E. B., Williams, P., Fosher, K., Criqui, M., & Stampfer, M. J. (1999). Moderate alcohol intake and lower risk of coronary heart disease: meta-analysis of effects on lipids and haemostatic factors. *BMJ*, 319(7224), 1523-1528.
- Robinson, J. G. (2014). 2013 ACC/AHA cholesterol guideline for reducing cardiovascular risk: what is so controversial? *Curr Atheroscler Rep*, 16(6), 413.
- Selye, H. (1984). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill book company.
- Thanavaro, J. L., Moore, S. M., Anthony, M., Narsavage, G., & Delicath, T. (2006). Predictors of health promotion behavior in women without prior history of

- coronary heart disease. *Appl Nurs Res*, 19(3), 149-155. doi: 10.1016/j.apnr.2005.07.006
- Thomas, G. N., Ho, S. Y., Janus, E. D., Lam, K. S., Hedley, A. J., Lam, T. H., & Hong Kong Cardiovascular Risk Factor Prevalence Study Steering, C. (2005). The US National Cholesterol Education Programme Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III) prevalence of the metabolic syndrome in a Chinese population. *Diabetes Res Clin Pract*, 67(3), 251-257.
- Weston, N. M. (2008). *IDENTIFYING PERCEPTIONS OF HEALTH PROMOTION BARRIERS AND BENEFITS IN INDIVIDUALS AT RISK FOR CORONARY HEART DISEASE*. (Master of Science in Nursing), MONTANA STATE UNIVERSITY.
- W. H. O. Expert Consultation. (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*, 363(9403), 157-163. doi: 10.1016/S0140-6736(03)15268-3
- WHO. (1999). *Obesity; Preventing and managing the global epidemic*. Geneva Switzerland: WHO library cataloguing-in-publication.
- WHO. (2007). *Prevention of Cardiovascular Disease Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk*: World Health Organization.
- WHO. (2014). *GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases 2014*. Geneva Switzerland: WHO library cataloguing-in-publication.
- WHO. (2015). *The Atlas of Heart Disease and Stroke*. Retrieved 20 October, 2016, from [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/resources/atlas/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/).
- WHO. (2016). *WORLD HEALTH STATISTICS 2016*: World Health Organization
- World Heart Federation. (2012). *Cardiovascular disease; Modified risk factor*. Retrieved 20 October, 2016, from [World-heart-federation.org](http://World-heart-federation.org).



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**





รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

1. อาจารย์ นายแพทย์ปริญญา วาศาสกรกิจ      อาจารย์แพทย์ สาขาวิชาโรคหัวใจ ภาควิชา  
อายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุสุมา  
คุณวัฒนสัมพันธ์      อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะ  
แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ  
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ ดร.บวรลักษณ์ ทองทวี      อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลธรรมศาสตร์  
เฉลิมพระเกียรติ
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ รวีวรกุล      อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นายวินิตย์ หลงละเลิง      พยาบาลชำนาญการพิเศษและผู้ปฏิบัติการ  
พยาบาลขั้นสูง (สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-  
ศัลยกรรมศาสตร์) โรงเรียนพยาบาลธรรมศาสตร์  
เฉลิมพระเกียรติ

ที่ ศธ 0512.11/02๒๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒1 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวไวริญจน์ เปรมสุข นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. อาจารย์ นายแพทย์ ปริญญ์ วาทีสาธกกิจ อาจารย์แพทย์ สาขาวิชาโรคหัวใจ  
ภาควิชาอายุรศาสตร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ นายแพทย์ ปริญญ์ วาทีสาธกกิจ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์  
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 0-2218-1159  
อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม อาจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151  
ที่อนิสิต นางสาวไวริญจน์ เปรมสุข โทร. 09-0889-6706

ที่ ศธ 0512.11/0269



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑ กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวไวยัญจน์ เปรมสุข นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. บวรลักษณ์ ทองทวี อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร. บวรลักษณ์ ทองทวี  
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 0-2218-1159  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151  
ชื่อนิสิต นางสาวไวยัญจน์ เปรมสุข โทร. 09-0889-6706

ที่ ศธ 0512.11/0269



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๕ | กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวไวยัญจน์ เปรมสุข นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ รวีรกุล อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ รวีรกุล  
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 0-2218-1159  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151  
ชื่อ นิสิต นางสาวไวยัญจน์ เปรมสุข โทร. 09-0889-6706

ที่ ศธ 0512.11/๐๒๖๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวไริญจน์ เปรมสุข นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายวินิตย์ หลงละเลิง พยาบาลชำนาญการพิเศษและผู้บริหารพยาบาลชั้นสูง (สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนเวเรียน นายวินิตย์ หลงละเลิง  
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 0-2218-1159  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151  
ที่อนิสิต นางสาวไริญจน์ เปรมสุข โทร. 09-0889-6706



## ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขต  
กรุงเทพมหานคร

- เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 8 ชุด ได้แก่
- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ
  - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดระดับความเครียดในชีวิตประจำวัน จำนวน 20 ข้อ
  - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัย  
กลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 12 ข้อ
  - ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคน  
ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 ข้อ
  - ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัย  
กลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 ข้อ
  - ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ  
ของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 13 ข้อ
  - ส่วนที่ 7 แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัย  
กลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 ข้อ
  - ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคน  
ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 28 ข้อ

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่ตอบแบบสอบถาม.....

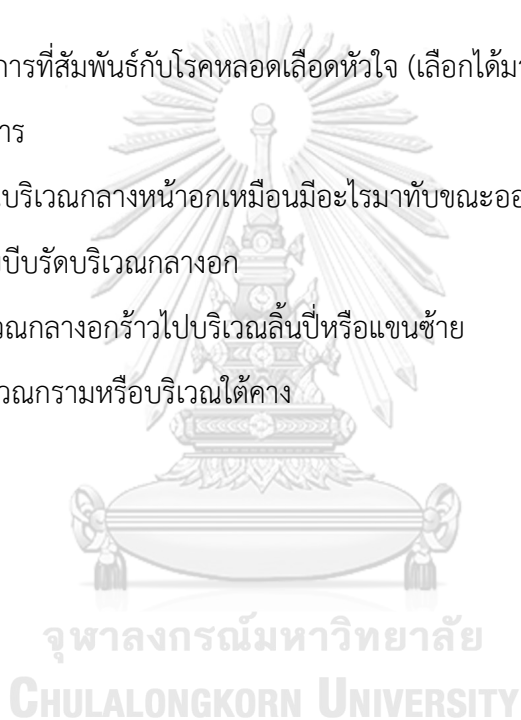
**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป**

**คำชี้แจง** กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย (/) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของท่าน

1. อายุ.....ปี
2. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร  
BMI.....kg/m<sup>2</sup> (สำหรับผู้วิจัย)
3. รอบเอว.....นิ้ว
4. สถานภาพสมรส  
( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย/หย่า ( ) แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา  
( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา/ปวช.  
( ) อนุปริญญา/ปวส ( ) ปริญญาตรี  
( ) ปริญญาโท ( ) อื่นๆ (ระบุ) .....
6. อาชีพ  
( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) เกษตรกรรม  
( ) รับจ้าง ( ) ค้าขาย  
( ) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) ธุรกิจส่วนตัว  
( ) พนักงานบริษัท ( ) อื่นๆ (ระบุ) .....
7. พฤติกรรมการสูบบุหรี่  
( ) เคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว  
เลิกสูบมาแล้ว.....เดือน/ปี เคยสูบบุหรี่มาเป็นเวลา.....ปี เฉลี่ย.....มวน/วัน  
( ) ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ สูบมา.....ปี เฉลี่ย.....มวน/วัน  
( ) ไม่สูบบุหรี่
8. มีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ หรืออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่เป็นประจำ  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่



9. โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (สามารถระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) เบาหวาน ( ) ความดันโลหิตสูง  
 ( ) ไขมันในเลือดสูง ( ) โรคอ้วน  
 ( ) อื่นๆ (ระบุ) .....
10. ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือญาติสายตรง (บิดา มารดา พี่ น้อง) ด้วยโรค  
 หลอดเลือดหัวใจ
- ( ) มี (ระบุ.....)  
 ( ) ไม่มี
11. ท่านเคยมีอาการที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) ไม่มีอาการ  
 ( ) เจ็บแน่นบริเวณกลางหน้าอกเหมือนมีอะไรมาทับขณะออกแรง  
 ( ) เจ็บแบบบีบรัดบริเวณกลางอก  
 ( ) เจ็บบริเวณกลางอกร้าวไปบริเวณลิ้นปี่หรือแขนซ้าย  
 ( ) ปวดบริเวณกรามหรือบริเวณใต้คาง



## 12. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ RAMA EGAT heart score

ปัจจัยเสี่ยง	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
<b>1. อายุ</b> 40-44 45-49 50-54 55-59	0 2 4 6	
<b>2. เพศ</b> ชาย	3	
<b>3. ระดับไขมันโคเลสเตอรอล ในเลือด</b> น้อยกว่า 280 มก./ดล. มากกว่า 280 มก./ดล.	0 2	
<b>4. ประวัติการสูบบุหรี่</b> ไม่สูบ สูบ/เลิกสูบน้อยกว่า 15 ปี	0 2	
<b>5. ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิต</b> สูง ไม่เป็น เป็น (หรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท)	0 3	
<b>6. ประวัติการเป็นเบาหวาน</b> ไม่เป็น เป็น	0 5	
<b>7. เส้นรอบเอว (ชายมากกว่า 36 นิ้ว)</b> ไม่ใช่ ใช่	0 3	
<b>รวม</b>		

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเครียดในชีวิตประจำวันของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร  
**คำชี้แจง** คำถามต่อไปนี้เป็นเหตุการณ์ ความรู้สึก หรืออาการที่ท่านอาจมีในชีวิตประจำวัน ให้ท่าน  
 เลือกตอบข้อที่ตรงกับเหตุการณ์ ความรู้สึก หรืออาการของท่านที่เป็นอยู่ในขณะนี้ โดยใส่เครื่องหมาย  
 (/) ลงในช่องที่ตรงกับเหตุการณ์ ความรู้สึกหรืออาการของท่าน โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ไม่ เครียด	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
<b>ท่านมีความรู้สึกเครียดกับเหตุการณ์ดังต่อไปนี้ใน ระดับใด</b>					
1. กลัวทำงานผิดพลาด					
2. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้					
3. ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงาน ในบ้าน					
4. เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน					
5. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ					
6. เงินไม่พอใช้จ่าย					
<b>ท่านมีอาการหรือความรู้สึกดังต่อไปนี้ในระดับใด</b>					
7. กล้ามเนื้อตึงหรือปวด					
8. ปวดหัวจากความตึงเครียด					
9. ปวดหลัง					
10. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง					
11. ปวดศีรษะข้างเดียว					
12. รู้สึกวิตกกังวล					
13. รู้สึกคับข้องใจ					
14. รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด					
15. รู้สึกเศร้า					
16. ความจำไม่ดี					
17. รู้สึกสับสน					
18. ตั้งสมาธิลำบาก					
19. รู้สึกเหนื่อยง่าย					
20. เป็นหวัดบ่อยๆ					

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคน ในเขตกรุงเทพมหานคร

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของท่าน โปรดอ่านข้อความให้ละเอียด แล้วเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แล้วใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่าง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด  
เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนมาก  
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่  
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเนื่องจากมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคนี้				
2. อายุของท่านทำให้ท่านมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (อายุมากกว่า 40 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากขึ้น)				
3. การสูบบุหรี่หรือการสูดดมควันบุหรี่ของท่านเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
4. ท่านมีระดับไขมันในเลือดสูงซึ่งทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ระดับไขมันในเลือดสูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่ามีความเสี่ยง)				
5. น้ำหนักตัวของท่านทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (น้ำหนักตัวที่มากหรือน้อยเกินเกณฑ์ปกติเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ)				
6. ท่านมีระดับความดันโลหิตที่ทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่ามีความเสี่ยง)				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
7. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณมากของท่าน (เกิน 2 แก้วมาตรฐานต่อวัน) ทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ปกติผู้ชายไม่ควรเกิน 2 แก้วต่อวัน โดย 1 แก้ว หมายถึง เหล้าไม่เกิน 30 มล. เบียร์ไม่เกิน 2 กระป๋อง ไวน์ไม่เกิน 150 มล. วิสกี้ไม่เกิน 45 มล.)				
8. ท่านรับประทานเค็ม เหนย น้ำอัดลม ขนมหวาน แงก กะทิ อาหารมันๆ เป็นประจำ ทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
9. การไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายแบบไม่สม่ำเสมอทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
10. ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของท่าน ทำให้ท่านมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ในอนาคต				
11. ความเครียดจากการทำงานทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
12. การเป็นเพศชายทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ชายมีความเสี่ยงมากกว่าหญิง)				

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ โปรดอ่านข้อความให้ละเอียด แล้วเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แล้วใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่าง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด  
เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนมาก  
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่  
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. โรคหลอดเลือดหัวใจอาจทำให้เสียชีวิตโดยเฉียบพลันได้หากเข้ารับการรักษาไม่ทันเวลา				
2. โรคหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง				
3. การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นเรื่องที่กระทำได้ยากและมีอันตรายมาก				
4. ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมักมีอาการเหนื่อยง่าย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และอาจต้องพึ่งพาผู้อื่น				
5. ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หรือโรคหลอดเลือดสมอง				
6. โรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความรุนแรงตามอายุที่เพิ่มขึ้น				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
7. โรคหลอดเลือดหัวใจทำให้เกิดความสิ้นเปลือง เพราะต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและมีค่า รักษาพยาบาลสูง				
8. หากท่านมีภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้โรค หลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรงมากขึ้น				
9. หากท่านมีภาวะเบาหวานหรือระดับน้ำตาลใน เลือดสูงจะทำให้โรคหลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรง มากขึ้น				
10. หากท่านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อเกิด ความเจ็บป่วยหรือเข้ารับการรักษา จะมีความ รุนแรงมากกว่าคนปกติที่ไม่มีโรคประจำตัว				

**ส่วนที่ 5      แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชาย  
วัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โปรดอ่านข้อความให้ละเอียด แล้วเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แล้วใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่าง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง      หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย                      หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเป็น  
ส่วนมาก

ไม่เห็นด้วย                      หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง      หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เช่น อาหารประเภทปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมันที่ต้ม นึ่ง ย่าง หรืออบ ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
2. การงดอาหารรสเค็มจัด หวานจัด และอาหารที่มีส่วนผสมของแป้งช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
3. การรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยมากเป็นประจำช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
4. การไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงสูดดมควันบุหรี่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
5. การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
6. การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				



ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
7. การออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
8. การออกกำลังกายในกิจวัตรประจำวัน เช่น ขึ้นบันได แทนการใช้ลิฟต์หรือบันไดเลื่อน การเดินหรือปั่นจักรยานแทนการใช้รถยนต์หรือรถไฟฟ้า ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
9. การทำจิตใจให้ผ่อนคลายจากความตึงเครียด จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
10. การตรวจสุขภาพประจำปี หรือการตรวจร่างกายตามนัดหมายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				

**ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ  
ชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โปรดอ่านข้อความให้ละเอียด แล้วเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แล้วใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่าง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด  
เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1. อาหารที่มีไขมันต่ำ ทานน้อย เค็มน้อย มีความ ยุ่งยากในการปรุงและหาซื้อมาบริโภคยาก				
2. การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำเป็นเรื่องที่ ทำได้ยาก				
3. ท่านไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย				
4. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายเป็นเรื่องยุ่งยาก				
5. ท่านคิดว่าการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการสูดดม ควันบุหรี่เป็นเรื่องที่กระทำได้ยาก				
6. ท่านคิดว่าการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็น เรื่องที่กระทำได้ยาก				
7. เมื่อไปงานเลี้ยงสังสรรค์ท่านถูกชักชวนให้ดื่ม แอลกอฮอล์ในปริมาณมาก				
8. ท่านเครียดที่ต้องรับผิดชอบทั้งเรื่องงานและ ครอบครัว				
9. ท่านทำงานหนักจนไม่สามารถทำกิจกรรมสันทนาการ เพื่อผ่อนคลายจากความตึงเครียดได้				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
10. ท่านคิดว่าท่านมีสุขภาพดีอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้อง เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี				
11. การตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ท่านต้องเสียเวลา และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น				
12. การตรวจสุขภาพหัวใจ เช่น อัลตราซาวด์หัวใจ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทำให้ท่านต้องเสีย ค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น				
13. การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีรายละเอียด มาก จนไม่สามารถทำได้อย่างครบถ้วน				

**ส่วนที่ 7      แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชาย  
วัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร**

**คำชี้แจง**      แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โปรดอ่านข้อความให้ละเอียด แล้วเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ที่สุด แล้วใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่าง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนทุกสัปดาห์
มาก	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนทุก 1-3 สัปดาห์
น้อย	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนทุก 4 สัปดาห์
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนเลย มากกว่า 4 สัปดาห์

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1. สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ รสเค็มน้อย หวานน้อย				
2. เพื่อนหรือเพื่อนร่วมงานมักชักชวนให้ท่านรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ				
3. สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยให้ท่านเลิกสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงการสูดดมควันบุหรี่				
4. เพื่อนหรือเพื่อนร่วมงานมักชักชวนให้ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หลังเลิกงานหรือในวันหยุด				
5. เมื่อท่านเกิดความเครียดท่านจะปรึกษากับบุคคลที่ท่านรักและไว้วางใจได้ เช่น สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนสนิท เป็นต้น				
6. สมาชิกในครอบครัวมักชักชวนให้ท่านออกกำลังกายเป็นประจำ				
7. เพื่อนหรือเพื่อนร่วมงานมักชักชวนให้ท่านออกกำลังกายในช่วงหลังจากเลิกงาน				
8. ท่านรู้จักแหล่งให้ความช่วยเหลือหรือหน่วยงานที่ให้บริการความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด เช่น บริการสายด่วนคลายเครียด เป็นต้น				

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
9. เมื่อท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านมักขอคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์				
10. เมื่อต้องการหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ท่านสามารถค้นคว้าได้จากหนังสือ วารสาร หรืออินเทอร์เน็ต				



**ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โปรดอ่านข้อความให้ละเอียด แล้วเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แล้วใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่าง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นประจำ สม่ำเสมอ 6-7 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นส่วนใหญ่ หรือ 4-5 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นบางครั้ง หรือ 2-3 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ นานๆ ครั้ง หรือ 1 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลยหรือปฏิบัติน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>					
1. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทะเล เครื่องในสัตว์ ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู อาหารทอด อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น ต้มข่าไก่ แกงเขียวหวาน เป็นต้น					
2. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น อาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง เป็นต้น					
3. ท่านปรุงอาหารด้วยเครื่องปรุงรสเค็มจัด เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว เกลือ เป็นต้น					
4. ท่านรับประทานอาหารที่ทำจากแป้ง เช่น พิซซ่า ก๋วยเตี๋ยว หอยทอด ผัดไท ราดหน้า เป็นต้น					
5. ท่านรับประทานผลไม้ที่หวานจัด เช่น ทูเรียน เงาะ มะม่วงสุก ลำไย เป็นต้น					
6. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม ชาเย็น กาแฟเย็น เป็นต้น					

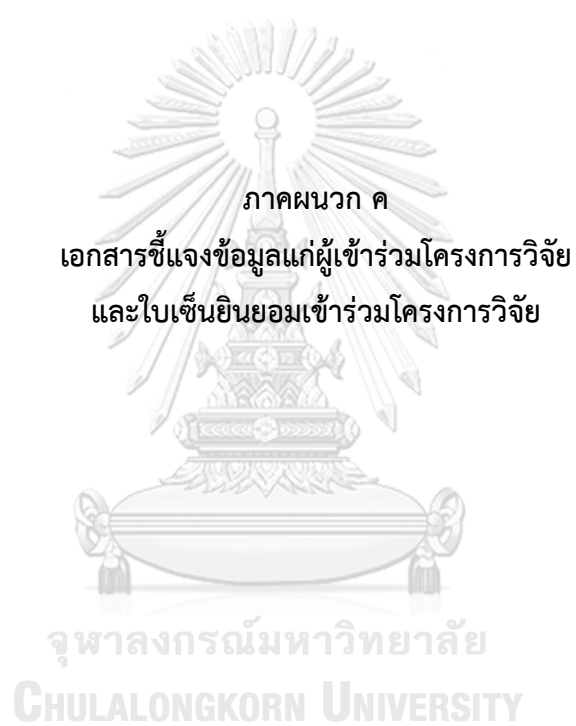
ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
7. ท่านรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง ผักกาด แอปเปิ้ล มะละกอ ส้ม ฝรั่ง เป็นต้น					
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b> 8. ท่านปรุงหรือเลือกรับประทานอาหารที่ทำ ด้วยการต้ม นึ่ง ย่าง อบ แทนการทอดหรือผัด					
9. ท่านออกกำลังกาย อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์					
10. ท่านออกกำลังกายแบบหนัก เช่น เล่น ฟุตบอล วิ่งเร็ว ว่ายน้ำ บาสเกตบอล แบดมินตัน เต้นแอโรบิค เทนนิส เป็นต้น					
11. ท่านออกกำลังกายด้วยความหนักปาน กลาง เช่น เดินเร็ว ปั่นจักรยาน เล่นกอล์ฟ ยกน้ำหนัก ปิงปอง เป็นต้น					
12. ท่านมีการออกแรงในกิจวัตรประจำวัน เช่น ขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ การเดินแทน การใช้รถยนต์ เป็นต้น					
13. ท่านทำงานบ้านจนมีเหงื่อออก เช่น ตัด หญ้า ทำสวน ล้างรถ เป็นต้น					
14. ท่านควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน โดยให้มี รอบเอวไม่เกิน 36 นิ้ว					
<b>ด้านการสูบบุหรี่</b> 15. ท่านไม่สูบบุหรี่					
16. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือปฏิเสธเมื่อ ถูกชักชวนให้สูบ					

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
17. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควัน บุหรี่					
<b>ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์</b> 18. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์					
19. ท่านดื่มแอลกอฮอล์/เหล้า/เบียร์ ทุกครั้ง ที่มีโอกาส					
<b>ด้านการจัดการความเครียด</b> 20. ท่านหลีกเลี่ยงสิ่งทีกระตุ้นทำให้ท่านรู้สึก หงุดหงิดหรือไม่สบายใจ					
21. ท่านปรึกษาบุคคลที่ไว้ใจได้เมื่อท่านมี ความเครียด					
22. เมื่อท่านเกิดความเครียดท่านจะพยายาม คิดบวก					
23. ท่านจัดการกับความเครียดโดยการอ่าน หนังสือ ฟังเพลง ออกกำลังกาย ไปเที่ยว พักผ่อน เป็นต้น					
24. เมื่อมีอาการเครียดท่านใช้ยาคลายเครียด หรือยานอนหลับ					
<b>ด้านการตรวจสุขภาพ</b> 25. ท่านหมั่นดูแลสุขภาพและสังเกตอาการ ผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น					
26. ท่านเข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำปี เสมอแม้ว่าจะไม่มีอาการเจ็บป่วยใดๆ					



ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
27. ท่านจะเข้ารับการตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาสาเหตุและคัดกรองโรคทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติขึ้นกับร่างกาย					
28. เมื่อเจ็บป่วยท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัดและเข้ารับการตรวจตามนัดหมายของแพทย์เป็นประจำ					





## เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร (Information Sheet)

### โรงพยาบาลตำรวจ

ชื่อโครงการวิจัย                      ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคน  
ในเขตกรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ            นางสาวไวยัญญา เปรมสุข นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการ พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน)    โรงพยาบาลรามาริบัติ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม อาคาร 1 ชั้น 5  
270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร  
10400

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2010210, 02-2010212

โทรศัพท์มือถือ 090-8896706

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา
2. โครงการวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา ความเครียดในชีวิตประจำวัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร
4. ท่านจะได้รับแบบสอบถามในงานวิจัยนี้ จำนวน 1 ครั้ง เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งสิ้น 115 ข้อ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 8 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความเครียดในชีวิตประจำวัน จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 28 ข้อ

โดยท่านตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ในระหว่างที่รอพบแพทย์

5. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ไม่มีความเสี่ยงมากไปกว่าความเสี่ยงต่ำสุดที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุลในแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย
6. การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้อาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่เป็นการช่วยให้ทราบถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร รวมทั้งยังสามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
7. ข้อมูลจากแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัย จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย และผู้วิจัยจะเปิดเผยต่อหน่วยงานโดยการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีการระบุชื่อของท่าน
8. งานวิจัยนี้ไม่มีค่าตอบแทนหรือของที่ระลึก
9. การเข้าร่วมการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาลของท่าน
10. ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

### โรงพยาบาลตำรวจ

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร  
วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....ปี.....พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ และเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิในการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูล เฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย

การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้นและจะต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเป็นลายลักษณ์อักษร

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ที่มีสาเหตุจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย และหรือจะมีการชดเชยค่าตอบแทน ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นตามความเหมาะสม

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยา สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เพื่อเป็นการยืนยันถึงขั้นตอนโครงการวิจัยทางคลินิก โดยไม่ล่วงละเมิดเอกสิทธิ์ ในการปิดบังข้อมูลของการสมัครตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบได้อนุญาตไว้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ นางสาวไวยัญจน์ เปรมสุข หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม อาคาร 1 ชั้น 5  
โรงพยาบาลรามาริบัติ โทรศัพท์ 02-2010210, 090-8896706

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

**เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**  
**(Research Subject Information sheet)**  
**โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า**

**ชื่อโครงการวิจัย** ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร  
**วันที่ชี้แจง** .....

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวไวยัญจน์ เปรมสุข นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**สถานที่ทำงาน** หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม อาคาร 1 ชั้น 5 โรงพยาบาลรามธิบดี 270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่ง  
 พญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

**โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)** 02-2010210, 02-2010212 **โทรศัพท์มือถือ** 090-8896706

**ผู้ให้ทุนวิจัย** บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่าน  
 ข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ ทำ  
 เพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่าง  
 การวิจัย

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้  
 เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง  
 เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้ง  
 นี้จะต้องเป็นความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับ  
 การรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการ  
 การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมใน  
 โครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้  
 หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้  
 โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเท่านั้น

**ที่มาและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย**

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศ  
 ไทย เนื่องจากพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และเป็นหนึ่งในสามของโรคที่มีผู้เสียชีวิต  
 มากที่สุด ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีทั้งปัจจัยที่สามารถควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ โดยปัจจัยที่ไม่  
 สามารถควบคุมได้ คือ เพศ พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศหญิง อายุ พบว่า  
 ยิ่งอายุมากขึ้น จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น กรรมพันธุ์ พบว่า บุคคลที่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือด  
 เลือดหัวใจจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น และปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ คือ ความดันโลหิตสูง  
 ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ความเครียด ภาวะ  
 อ้วน ทั้งนี้การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจกระทำได้โดยลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว โดยการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคประกอบด้วย การหยุดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ การลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงความเครียด การควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม การควบคุมระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การที่บุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้น จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่จะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค จึงจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่อาจส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งในงานวิจัยนี้ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเครียดในชีวิตประจำวัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เพื่อศึกษาว่าปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานครได้หรือไม่ ซึ่งประเมินได้โดยแบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร

**ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้**

1. เพศชาย
2. อายุระหว่าง 40-59 ปี
3. มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยประเมินจากแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ RAMA EGAT heart score
4. เป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ
5. มีการรับรู้และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

**ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้**

ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

**จะมีการทำโครงการวิจัยที่ใดและมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร**

โครงการวิจัยนี้ จะมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมดจำนวน 240 คน โดยจะทำโครงการวิจัยนี้ในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ทั้งหมด 3 โรงพยาบาล คือ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลเลิดสิน โดยมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโรงพยาบาลละ 80 คน

**ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งทั้งหมด**

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับแบบสอบถามในงานวิจัยนี้ จำนวน 1 ครั้ง เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 8 ส่วน รวมทั้งสิ้น 113 ข้อ โดยท่านใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาทีในระหว่างรอพบแพทย์

**หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนหรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง**

ท่านจะได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ Rama EGAT heart score เพื่อคัดกรองก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับข้อมูลของโครงการวิจัยจากผู้วิจัยโดยละเอียด โดยท่านมีโอกาสซักถามข้อสงสัยเพื่อพิจารณาและให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะได้รับแบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1 ฉบับ ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 8 ส่วน รวมคำถาม 114 ข้อ โดยท่านตอบ

แบบสอบถามเพียง 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที ในระหว่างที่ท่านรอพบแพทย์ หลังจากท่านตอบแบบสอบถามเสร็จผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

**ความไม่สุขสบาย หรือการเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้างและวิธีการป้องกัน / แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ไม่มีความเสี่ยงมากไปกว่าความเสี่ยงต่ำสุดในชีวิตประจำวัน ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เช่น การตอบแบบสอบถามจะต้องเสียเวลาประมาณ 20-30 นาที หากท่านไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาของท่าน

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย**

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่เป็นการช่วยให้ทราบถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร รวมทั้งยังสามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

**ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)**

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

**ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย**

งานวิจัยนี้ไม่มีค่าตอบแทนหรือของที่ระลึก

**หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง**

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลตามปกติของท่าน

**หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใคร และจะได้รับการปฏิบัติอย่างไร**

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อได้ที่ นางสาวไริญจน์ เปรมสุข หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม อาคาร 1 ชั้น 5 โรงพยาบาลรามาริบัติ โทรศัพท์ 02-2010210, 090-8896706 ทั้งในและนอกเวลาราชการ รวมทั้งหากเกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

**หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม**

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย นางสาวไริญจน์ เปรมสุข พยาบาลประจำหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม อาคาร 1 ชั้น 5 โรงพยาบาลรามาริบัติ โทรศัพท์ ที่ทำงาน 02-2010210 โทรศัพท์มือถือ 090-8896706

**หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่**

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ ที่สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ อาคารกองบังคับการ กรมแพทย์ทหารเรือ ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน บุคคโล ธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทร./โทรสาร 0-2475-2705, E-mail : rec@nmd.go.th



**ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้**

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้ จะถูกเก็บเป็นความลับและถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย และผู้วิจัยจะเปิดเผยข้อมูลของท่านต่อหน่วยงาน เพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล ของท่านเป็นรายบุคคล

**ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่**

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาลของท่าน ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยอาจถูกขอให้ออกจากโครงการวิจัยในกรณีที่มีอาการของโรครุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะฉุกเฉินในระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย



**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย**

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย      ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขต  
กรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัย      นางสาวไวยัญญา เปรมสุข นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ  
พยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่อยู่ติดต่อ      โรงพยาบาลรามาริบัติ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม อาคาร 1 ชั้น 5 270 ถนนพระราม  
6 แขวงทุ่ง

พญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2010210, 02-2010212      โทรศัพท์มือถือ 090-8896706

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด  
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการ  
วิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจาก  
ผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนใน  
เขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 8 ส่วน รวมทั้งสิ้น 113 ข้อ จำนวน 1 ครั้ง  
โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ในระหว่างที่รอพบแพทย์ และข้อมูลจากแบบสอบถามที่เกี่ยวข้อง  
กับข้าพเจ้าจะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล  
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ไม่เสียสิทธิในการรักษาพยาบาลที่จะ  
เกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไปต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ เลขที่ 504/54 อาคารกองบังคับการ กรมแพทยทหารเรือ ชั้น 1 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน บุคคโล ธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์ / โทรสาร 0-2475-2705 E-mail : rec@nmd.go.th

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว 1 ชุด

ลงชื่อ.....

(นางสาวไวริญจน์ เปรมสุข)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ

(.....)

ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## เอกสารแนะนำอาสาสมัคร (Information sheet)

### โรงพยาบาลเลิดสิน

ข้าพเจ้า นางสาวไวริญจน์ เปรมสุข หัวหน้าโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร โดยท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในโครงการวิจัย ทางโครงการจึงขอเชิญท่านเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยครั้งนี้

โดยท่านจะต้องเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 8 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความเครียดในชีวิตประจำวัน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนที่ 7 แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ตามแบบที่ได้รับการตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลเลิดสินแล้ว

หัวหน้าโครงการวิจัยจะเป็นผู้เก็บข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลการเจ็บป่วยของท่าน จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณชน และไม่สามารถสืบถึงตัวท่านได้ การรายงานผลการศึกษารายงานผลเป็นภาพรวมตามวัตถุประสงค์การศึกษาโครงการ

ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา และจะไม่มีผลกระทบต่อการเข้ารับการรักษา ท่านจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานและจรรยาบรรณของแพทย์ หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามหัวหน้าโครงการได้ตลอด 24 ชั่วโมง เบอร์โทรศัพท์ 090-8896706

ลงชื่อ.....

(นางสาวไวริญจน์ เปรมสุข)

หัวหน้าโครงการวิจัย

## Consent form

รหัสประจำตัว.....

ขอให้ความยินยอมของตนเองที่จะเข้าเกี่ยวข้องในการวิจัย/ค้นคว้า เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัย ได้แก่ นางสาวไวริญจน์ เปรมสุข ได้อธิบายต่อข้าพเจ้าเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยมีความยินดีที่จะให้คำตอบต่อคำถามประการใดที่ข้าพเจ้าอาจจะมิได้ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยและผู้วิจัยจะได้ปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของข้าพเจ้า ตลอดการวิจัยนี้ และรับรองว่า หากเกิดมีอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้ยินยอมจะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถที่จะถอนตัวจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับถ้าหากข้าพเจ้าเป็นผู้ป่วย และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวไวริญจน์ เปรมสุข ได้ที่ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม อาคาร 1 ชั้น 5 โรงพยาบาลรามธิบดี 270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2010210, 02-2010212 โทรศัพท์มือถือ 090-8896706

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 ลงนาม .....  
 CHULALONGKORN UNIVERSITY ผู้ยินยอม

ลงนาม .....

สามี / ภรรยา / ผู้ปกครองของผู้ยินยอม





โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ  
๔๔๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดยคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง ๑๖/๒๕๖๐

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	Factors predicting preventive behaviors for coronary artery disease among middle age at risk men in Bangkok
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	ไวริชญ์ เปรมสุข โรงพยาบาลรามธิบดี
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๐ (Version 1.0 Date 26 June 2560) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารแจ้งข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอมฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๐ (Version 1.0 Date 26 June 2560) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๐ (Version 1.0 Date 26 June 2560) (ฉบับภาษาไทย) ๔. อัดประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๐
วันที่หมดอายุ	๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๑

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ  
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

พันตำรวจเอกหญิง พินิต รัตนสุมาวงศ์


( พันวดี รัตนสุมาวงศ์ )

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย  
โรงพยาบาลตำรวจ

พันตำรวจเอก อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์

( อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์ )

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย  
โรงพยาบาลตำรวจ

	<b>เอกสารรับรองโครงการวิจัย(Certificate of Approval, COA)</b> <b>โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ</b>	
	สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ เลขที่ 504/54 อาคารกองบังคับการกรมแพทยทหารเรือ บุคโค อนุบุรี ถนน 10600 โทร.02-4752705	NO. : COA-NMD-REC027/60 : Expedited Review
หมายเหตุ : คู่มือการวิจัย โดยคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ดำเนินการในสถานพยาบาลของ พ.ร. หรือดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุข หรือบุคลากรสถาบันแบบ ให้เป็นไปตามระเบียบของ พ.ร. / นโยบาย พ.ร. / คำสั่งกำหนดการศึกษาริยธรรมของในมนุษย์ พ.ร. และถูกต้องตามหลักจริยธรรมสากล		

โครงการวิจัย และเอกสารประกอบตามรายการที่แสดงด้านล่างนี้ ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือแล้ว มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความ สอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนข้อบังคับและข้อกำหนดของกรมแพทยทหารเรือ จึงเห็นสมควรให้ ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการ	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขต กรุงเทพมหานคร
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นางสาวไวริชญ์ เปรมสุข โรงพยาบาลรามธิบดี (นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
รหัสโครงการ	RP022/60
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะบุณย์ กรมแพทยทหารเรือ
รายการเอกสารที่รับรอง	1) โครงการวิจัย (Version 2, วันที่ 13 กรกฎาคม 2560) 2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Version 2, วันที่ 13 กรกฎาคม 2560) 3) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Version 1, วันที่ 6 มิถุนายน 2560)
วันที่รับรอง	19 กรกฎาคม 2560
วันหมดอายุ	18 กรกฎาคม 2561

ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องดำเนินการวิจัยตามข้อกำหนดและเงื่อนไข ที่ผู้วิจัยต้องปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการ รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ ตามรายละเอียดใน FM-NMD-REC-12.1 ที่แนบ

พล.ร.ต. ....  
.....  
ประธาน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พ.ร.







## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเลิดสิน โทร. ๐-๒๓๕๓-๙๘๐๐ ต่อ ๙๗๓๔.....  
 ที่ สธ.๐๓๐๖/๑๓/๖๕๕..... วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๐.....  
 เรื่อง การขอเข้าเก็บข้อมูล.....

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน / ฝ่าย ที่เกี่ยวข้อง

งานจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ ขอรับรองว่าโครงการวิจัยเรื่อง บังคับทำนาย  
 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร  
 โดยมี (นาย,นาง,นางสาว)..... ไวริญจน์ เปรมสุข..... เป็นหัวหน้าโครงการ  
 ได้ขออนุมัติเข้าเก็บข้อมูลตามหนังสือที่..... ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๗๗๖.....  
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย..... โดยถูกต้องแล้ว  
 และคณะกรรมการจริยธรรมได้พิจารณาแล้ว(ว/ด/ป)..... ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๐.....  
 ผู้อำนวยการอนุมัติ (ว/ด/ป)..... ๑ กันยายน ๒๕๖๐.....  
 โดยเอกสารฉบับนี้หมดอายุ (ว/ด/ป)..... ๑ กันยายน ๒๕๖๑.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

*Ion mee*

(นายเอกฤทธิ์ คุณศรีรัชสกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลเลิดสิน





ที่ ตช ๐๐๓๖ (จว)/๑๑ ๕

โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ  
๔๔๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอส่งใบรับรองโครงการวิจัย  
เรียน วัชรวิญญู เปรมสุข  
สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบรับรองโครงการวิจัย ๑ ฉบับ

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร" ให้คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยโรงพยาบาลตำรวจพิจารณานั้น

เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าโครงการได้มาตรฐานไม่ขัดต่อสวัสดิภาพ และกายนตรายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอมาได้โดยอนุมัติเมื่อวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๐ และเมื่อโครงการวิจัยดำเนินการแล้วเสร็จให้ผู้วิจัยส่งข้อมูลงานวิจัยทั้งฉบับที่ดำเนินการเสร็จสมบูรณ์พร้อมหัตถ์ย่อลงในแผ่น CD ให้โรงพยาบาลตำรวจต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

พันตำรวจเอก

(อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์)

นายแพทย์ (สบ ๕) โรงพยาบาลตำรวจ/

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ

สำนักงานแพทยศาสตรศึกษา

โทร. ๐ ๒๖๕๒ ๕๐๓๕

โทรสาร ๐ ๒๖๕๒ ๕๐๓๕

โรงพยาบาลเลิดสิน  
เลขที่รับเรื่อง  
9501  
วันที่ 22 มิ.ย. 2560  
เวลา 15.05

ที่ ศร 0512.11/0776

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

16 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
- 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวไริญจน์ เปรมสุข นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยชายวัยกลางคน กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการแผนกอายุรกรรม จำนวน 80 คน โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ RAMA EGAT HEART SCORE แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามวัดระดับความเครียดในชีวิตประจำวันของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร แบบสอบถามด้านความรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวไริญจน์ เปรมสุข ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

*ไริญจน์ ผู้เขียน*  
- พี่ไปตบพิชกร  
- นิดดาวมอจตาจน ต. วิจัยในชุมชน  
จิตกรณ อานันท์ มอชไป  
๕ มิ.ย. ๖๐

ขอแสดงความนับถือ  
*ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา*  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 0-2218-1159  
อาจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151  
นางสาวไริญจน์ เปรมสุข โทร. 09-0889-6706

คณบดี - ดร. จิราพร  
*ดร. จิราพร*  
67 มิ.ย. ๖๐

ที่ ๑๖๖/๒๕๖๐  
คำสั่งกระทรวงมหาดไทย เรื่อง  
การแต่งตั้งข้าราชการ  
ตำแหน่ง ๑. ปลัดจังหวัด  
๒. ปลัดอำเภอ

๒  
นายสมชาย วัฒนศิริ  
ผู้อำนวยการสำนักงาน

ที่ ๑๖๖/๒๕๖๐

- ปลัดจังหวัด
- นายสมชาย วัฒนศิริ

๑๖๖  
๑๖๖

๑๖๖

อนุมัติ

๑๖๖

(นายสมชาย วัฒนศิริ)  
ผู้อำนวยการสำนักงาน

๑ ก.ย. ๒๕๖๐



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ แผนกศึกษาและพัฒนาบุคคล สน.กพ.กอ.รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้าฯ พร. (โทร. ๕๒๖๘๔)

ที่ ต่อ รพ.๑ เลขรับ ๒๐๒๖๖/๖๐ วันที่ ๕ ส.ค.๖๐

เรื่อง ขออนุมัติให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เสนอ รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้าฯ พร.

๑. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีหนังสือถึง รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้าฯ พร. ขอให้พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในการดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร” ของ น.ส.ไวยัญจน์ เปรมสุข นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รายละเอียดตามเอกสารที่แนบ

๒. ตามข้อ ๑ พร. โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พร. ได้อนุมัติให้ น.ส.ไวยัญจน์ เปรมสุข ดำเนินการวิจัยในเรื่องดังกล่าวได้ และเห็นควรมีหนังสือแจ้งให้ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทราบ

จึงเสนอมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบกรุณาลงนามในหนังสือเสนอ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามที่แนบ

น.ท.

รอง ทน.สน.กพ.กอ.รพ.๑ ทำการแทน  
ทน.สน.กพ.กอ.รพ.๑

- เห็นชอบ
  - ลงนามแล้ว
  - กลุ่มงานการพยาบาลอายุรเวชกรรม รพ.๑
- ให้การสนับสนุนในการเข้าเก็บข้อมูลของ  
/ น.ส.ไวยัญจน์ ๑
- สน.กพ.กอ.รพ.๑ (แผนกศึกษาและพัฒนาบุคคล)
- ทราบ

รับคำสั่ง ผอ.รพ.๑

น.อ.

รอง ผอ.รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้าฯ พร. (๓)

๕ ส.ค.๖๐

สำเนา - กลุ่มงานการพยาบาลอายุรเวชกรรม รพ.๑ ๕ ๑/๑

ที่: ๑๑/๑ ๑๑/๑ ๑๑/๑ ๑๑/๑ ๑๑/๑



### บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บก.พร. (กผ. โทร.๕๒๘๐๓)  
 ที่ ต่อ.พร. เลขรับ ๑๔๖๘๘/๖๐ วันที่ ๒๕ ก.ค.๖๐  
 เรื่อง อนุมัติให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เสนอ พร.

๑. คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พร. พิจารณาให้การรับรองโครงการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร” รหัส RP022/60 โดย น.ส.ไวยัญญ์ เปรมสุข นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งนี้ โดยให้ดำเนินการวิจัยภายใต้ข้อกำหนดและเงื่อนไข ฯ สำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรอง

๒. ผอ.พร. พิจารณาแล้ว เห็นควรดังนี้

- ๒.๑ พร. กรุณารับทราบผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย พร. ในข้อ ๑
- ๒.๒ แผนกธุรการ บก.พร. ส่งต้นเรื่องให้ รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า พร.

จึงเสนอมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาอนุมัติในข้อ ๒

น.อ.   
 ทก.กผ.พร.  
 น.อ.   
 ทน.นฝอ.พร.  
 ๒๕ ก.ค.๖๐  
 พล.ร.ต.   
 รอง จก.พร.(๒)  
 ๒๕ ก.ค.๖๐

- อนุมัติ ๒๐๖  
 ทอ.ร.ช.   
 ๒๕ กค ๖๐  
 ๒๕/๗/๖๐  
 ๒๕/๗/๖๐

ต้นเรื่อง - รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า พร.  
 .สำเนา - สน.จฮว.พร. กผ.พร.  
 ๒๕/๗/๖๐





ตารางที่ 10 ความถี่ของระดับความเครียดในชีวิตประจำวันของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายข้อ (n=175)

ข้อคำถาม	ไม่รู้สึกละ	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. กลัวทำงานผิดพลาด	19.4	29.7	36.6	11.4	2.9
2. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้	14.9	32.0	37.7	12.6	2.9
3. ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรืองานในบ้าน	30.3	36.6	20.0	12.0	1.1
4. เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน	23.4	36.0	28.6	10.9	1.1
5. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ	26.9	28.0	31.4	13.1	0.6
6. เงินไม่พอใช้จ่าย	21.1	31.4	25.1	17.1	5.1
7. กล้ามเนื้อตึงหรือปวด	28.0	28.0	32.6	9.7	1.7
8. ปวดหัวจากความตึงเครียด	33.7	30.3	25.1	9.7	1.1
9. ปวดหลัง	26.9	34.9	26.9	9.7	1.7
10. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง	46.3	33.7	18.9	1.1	0
11. ปวดศีรษะข้างเดียว	58.3	23.4	13.7	4.6	0
12. รู้สึกวิตกกังวล	29.1	37.7	22.3	9.7	1.1
13. รู้สึกคับข้องใจ	36.0	33.7	22.9	6.9	0.6
14. รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด	26.3	36.0	26.3	8.0	3.4
15. รู้สึกเศร้า	49.7	33.1	15.4	1.7	0
16. ความจำไม่ดี	29.1	44.0	20.6	4.6	1.7
17. รู้สึกสับสน	38.9	37.1	17.1	5.7	1.1
18. ตั้งสมาธิลำบาก	39.4	35.4	17.1	6.9	1.1
19. รู้สึกเหนื่อยง่าย	23.4	28.0	29.1	16.0	3.4
20. เป็นหวัดบ่อยๆ	35.4	41.7	16.0	6.3	0.6

**ตารางที่ 11** ความถี่ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายชื่อ (n=175)

คำถาม	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. ท่านมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเนื่องจากมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคนี้	6.9	39.4	42.3	11.4
2. อายุของท่านทำให้ท่านมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (อายุมากกว่า 40 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมกขึ้น)	10.9	75.4	12.0	1.7
3. การสูบบุหรี่หรือการสูดดมควันบุหรี่ของท่านเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	31.4	56.0	10.9	1.7
4. ท่านมีค่าระดับไขมันในเลือดสูงซึ่งทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ระดับไขมันในเลือดสูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่ามีความเสี่ยง)	23.4	63.4	11.4	1.7
5. น้ำหนักตัวของท่านทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (น้ำหนักตัวที่มากหรือน้อยเกินเกณฑ์ปกติเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ)	20.6	66.3	12.0	1.1
6. ท่านมีระดับความดันโลหิตที่ทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่ามีความเสี่ยง)	18.3	58.9	19.4	3.4
7. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณมากของท่าน (เกิน 2 แก้วมาตรฐานต่อวัน) ทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ปกติผู้ชายไม่ควรเกิน 2 แก้วมาตรฐานต่อวัน โดย 1 แก้วมาตรฐาน หมายถึง เหล้าไม่เกิน 30 มล. เบียร์ไม่เกิน 2 กระป๋อง ไวน์ไม่เกิน 150 มล. วิสกี้ไม่เกิน 45 มล.)	24.6	47.4	21.1	6.9
8. ท่านรับประทานเค็ม เนย น้ำอัดลม ขนมหวาน แงงกะทิ อาหารมันๆ เป็นประจำ ทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	22.3	63.4	12.6	1.7

คำถาม	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง			อย่างยิ่ง
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
9. การไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายแบบไม่สม่ำเสมอ ทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	25.1	64.0	9.1	1.7
10. ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของท่าน ทำให้ท่านมีโอกาสเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจได้ในอนาคต	16.6	64.6	18.9	0
11. ความเครียดจากการทำงานทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจ	15.4	57.7	25.7	1.1
12. การเป็นเพศชายทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ชายมีความเสี่ยงมากกว่าหญิง)	11.4	53.1	32.0	3.4



**ตารางที่ 12** ความถี่ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายชื่อ (n=175)

คำถาม	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. โรคหลอดเลือดหัวใจอาจทำให้เสียชีวิตโดยเฉียบพลันได้ หากเข้ารับการรักษาไม่ทันเวลา	57.1	42.3	0.6	0
2. โรคหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	21.7	48.6	28.0	1.7
3. การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นเรื่องที่กระทำได้ยากและมีอันตรายมาก	14.3	55.4	26.9	3.4
4. ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมักมีอาการเหนื่อยง่าย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และอาจต้องพึ่งพาผู้อื่น	18.9	65.7	14.3	1.1
5. ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หรือโรคหลอดเลือดสมอง	36.6	61.1	2.3	0
6. โรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความรุนแรงตามอายุที่เพิ่มขึ้น	25.7	59.4	14.3	0.6
7. โรคหลอดเลือดหัวใจทำให้เกิดความสิ้นเปลือง เพราะต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและมีค่ารักษาพยาบาลสูง	28.0	58.3	13.1	0.6
8. หากท่านมีภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้โรคหลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรงมากขึ้น	24.0	68.0	6.9	1.1
9. หากท่านมีภาวะเบาหวานหรือระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้โรคหลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรงมากขึ้น	22.9	66.9	9.1	1.1
10. หากท่านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือเข้ารับการรักษา จะมีความรุนแรงมากกว่าคนปกติที่ไม่มีโรคประจำตัว	23.4	65.1	9.1	2.3

**ตารางที่ 13** ความถี่ของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายชื่อ (n=175)

คำถาม	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เช่น อาหารประเภทปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมันที่ต้ม นึ่ง ย่าง หรืออบ ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	46.9	49.1	4.0	0
2. การงดอาหารรสเค็มจัด หวานจัด และอาหารที่มีส่วนผสมของแป้งช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	38.9	57.1	2.9	1.1
3. การรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยมากเป็นประจำ ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	35.4	57.1	7.4	0
4. การไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงสูดดมควันบุหรี่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	46.3	49.1	4.0	0.6
5. การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	39.4	55.4	4.6	0.6
6. การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	41.7	57.1	1.1	0
7. การออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	45.1	53.1	1.7	0
8. การออกแรงในกิจวัตรประจำวัน เช่น ขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์หรือบันไดเลื่อน การเดินหรือปั่นจักรยานแทนการใช้รถยนต์หรือรถไฟฟ้า ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	36.6	60.0	3.4	0
9. การทำจิตใจให้ผ่อนคลายจากความตึงเครียด จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	34.3	62.3	3.4	0
10. การตรวจสุขภาพประจำปี หรือการตรวจร่างกายตามนัดหมายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	45.1	51.4	2.3	1.1

**ตารางที่ 14** ความถี่ของการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายชื่อ (n=175)

คำถาม	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง	ร้อยละ	ร้อยละ	อย่างยิ่ง
1. อาหารที่มีไขมันต่ำ หวานน้อย เค็มน้อย มีความยุ่งยากในการปรุงและหาซื้อมาบริโภคยาก	9.1	41.7	41.1	8.0
2. การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำเป็นเรื่องที่ทำยาก	12.6	61.7	22.3	3.4
3. ท่านไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย	10.3	54.9	29.7	5.1
4. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายเป็นเรื่องยุ่งยาก	18.9	64.0	15.4	1.7
5. ท่านคิดว่าการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการสูดดมควันบุหรี่เป็นเรื่องที่กระทำได้ยาก	18.3	50.3	25.7	5.7
6. ท่านคิดว่าการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นเรื่องที่กระทำได้ยาก	20.0	60.6	16.0	3.4
7. เมื่อไปงานเลี้ยงสังสรรค์ท่านถูกชักชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก	14.9	53.1	28.0	4.0
8. ท่านเครียดที่ต้องรับผิดชอบทั้งเรื่องงานและครอบครัว	6.3	40.6	45.7	7.4
9. ท่านทำงานหนักจนไม่สามารถทำกิจกรรมสันทนาการเพื่อผ่อนคลายจากความตึงเครียดได้	10.9	52.0	33.7	3.4
10. ท่านคิดว่าท่านมีสุขภาพดีอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี	30.3	60.6	6.9	2.3
11. การตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ท่านต้องเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น	20.6	57.7	18.3	3.4
12. การตรวจสุขภาพหัวใจ เช่น อัลตราซาวด์หัวใจ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทำให้ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น	21.1	56.0	20.0	2.9
13. การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีรายละเอียดมากจนไม่สามารถทำได้อย่างครบถ้วน	14.9	53.1	28.0	4.0

**ตารางที่ 15** ความถี่ของปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคน  
ในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายชื่อ (n=175)

คำถาม	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ รสเค็มน้อย หวานน้อย	22.9	48.0	24.0	5.1
2. เพื่อนหรือเพื่อนร่วมงานมักชักชวนให้ท่านรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	6.9	33.1	50.3	9.7
3. สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยให้ท่านเลิกสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงการสูดดมควันบุหรี่	42.9	46.3	7.4	3.4
4. เพื่อนหรือเพื่อนร่วมงานมักชักชวนให้ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หลังเลิกงานหรือในวันหยุด	5.7	33.1	44.0	17.1
5. เมื่อท่านเกิดความเครียดท่านจะปรึกษากับบุคคลที่ท่านรักและไว้ใจได้ เช่น สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนสนิท เป็นต้น	28.0	58.3	11.4	2.3
6. สมาชิกในครอบครัวมักชักชวนให้ท่านออกกำลังกายเป็นประจำ	14.3	44.0	34.3	7.4
7. เพื่อนหรือเพื่อนร่วมงานมักชักชวนให้ท่านออกกำลังกายในช่วงหลังจากเลิกงาน	6.9	33.1	50.3	9.7
8. ท่านรู้จักแหล่งให้ความช่วยเหลือหรือหน่วยงานที่ให้บริการความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด เช่น บริการสายด่วนคลายเครียด เป็นต้น	3.4	21.7	52.6	22.3
9. เมื่อท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านมักขอคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์	14.9	44.0	31.4	9.7
10. เมื่อต้องการหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ท่านสามารถค้นคว้าได้จากหนังสือ วารสาร หรืออินเทอร์เน็ต	20.0	55.4	17.7	6.9

**ตารางที่ 16** ความถี่ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายข้อ (n=175)

คำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>					
1. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทะเล เครื่องในสัตว์ ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู อาหารทอด อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น ต้มยำไก่ แกงเขียวหวาน เป็นต้น	9.1	30.3	42.9	16.6	1.1
2. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น อาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง เป็นต้น	2.3	10.3	44.0	35.4	8.0
3. ท่านปรุงอาหารด้วยเครื่องปรุงรสเค็มจัด เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว เกลือ เป็นต้น	6.3	22.9	38.3	23.4	9.1
4. ท่านรับประทานอาหารที่ทำจากแป้ง เช่น พิซซ่า ก๋วยเตี๋ยว หอยทอด ผัดไท ราดหน้า เป็นต้น	4.0	27.4	42.9	22.3	3.4
5. ท่านรับประทานผลไม้ที่หวานจัด เช่น ทุเรียน เงาะ มะม่วงสุก ลำไย เป็นต้น	1.7	14.9	35.4	41.7	6.3
6. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม ชาเย็น กาแฟเย็น เป็นต้น	9.7	22.9	26.3	32.0	9.1
7. ท่านรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง เช่น ผักบุ้ง ผักคะน้า ผักกาด แอปเปิ้ล มะละกอ ส้ม ฝรั่ง เป็นต้น	11.4	50.9	30.9	6.9	0
8. ท่านปรุงหรือเลือกรับประทานอาหารที่ทำด้วยการต้ม นึ่ง ย่าง อบ แทนการทอดหรือผัด	5.7	29.7	48.6	14.9	1.1
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>					
9. ท่านออกกำลังกาย อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์	18.9	15.4	28.0	25.1	12.6
10. ท่านออกกำลังกายแบบหนัก เช่น เล่นฟุตบอล วิ่งเร็ว ว่ายน้ำ บาสเกตบอล แบดมินตัน เต้นแอโรบิค เทนนิส เป็นต้น	6.9	9.7	21.1	32.0	30.3
11. ท่านออกกำลังกายด้วยความหนักปานกลาง เช่น เดินเร็ว ปั่นจักรยาน เล่นกอล์ฟ ยกน้ำหนัก ปิงปอง เป็นต้น	10.3	17.1	28.6	28.0	16.0
12. ท่านมีการออกกำลังกายในกิจวัตรประจำวัน เช่น ขึ้นบันได แทนการใช้ลิฟต์ การเดินแทนการใช้รถยนต์ เป็นต้น	12.6	36.6	35.4	12.6	2.9



คำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
13. ท่านทำงานบ้านจนมีเหงื่อออก เช่น ตัดหญ้า ทำสวน ล้างรถ เป็นต้น	8.6	30.9	41.1	13.7	5.7
14. ท่านควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน โดยให้มีรอบเอว ไม่เกิน 36 นิ้ว	21.1	21.1	27.4	18.3	12.0
<b>ด้านการสูบบุหรี่</b>					
15. ท่านไม่สูบบุหรี่	65.1	5.1	3.4	9.1	17.1
16. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือปฏิเสธเมื่อถูกชักชวน ให้สูบบุหรี่	64.6	7.4	6.9	6.3	14.9
17. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่	48.6	21.7	13.1	8.6	8.0
<b>ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์</b>					
18. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	37.1	21.1	25.7	7.4	8.6
19. ท่านดื่มแอลกอฮอล์/เหล้า/เบียร์ ทุกครั้งที่มีโอกาส	5.1	12.0	24.0	21.1	37.7
<b>ด้านการจัดการความเครียด</b>					
20. ท่านหลีกเลี่ยงสิ่งที่กระตุ้นทำให้ท่านรู้สึกหงุดหงิด หรือไม่สบายใจ	17.1	36.6	32.6	10.3	3.4
21. ท่านปรึกษาบุคคลที่ไวใจได้เมื่อท่านมีความเครียด	16.6	32.6	29.1	12.6	9.1
22. เมื่อท่านเกิดความเครียดท่านจะพยายามคิดบวก	25.1	39.4	25.7	5.1	4.6
23. ท่านจัดการกับความเครียดโดยการอ่านหนังสือ ฟังเพลง ออกกำลังกาย ไปเที่ยวพักผ่อน เป็นต้น	30.9	38.9	19.4	8.0	2.9
24. เมื่อมีอาการเครียดท่านใช้ยาคลายเครียดหรือยา นอนหลับ	2.3	4.0	6.3	14.3	73.1
<b>ด้านการตรวจสุขภาพ</b>					
25. ท่านหมั่นดูแลสุขภาพและสังเกตอาการผิดปกติที่เกิด ขึ้นกับตนเอง เช่น เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เจ็บแน่น หน้าอก ใจสั่น	33.1	32.6	24.0	6.3	4.0
26. ท่านเข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำปีเสมอแม้ว่า จะไม่มีอาการเจ็บป่วยใดๆ	43.4	18.9	17.7	10.9	9.1
27. ท่านจะเข้ารับการตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาสาเหตุและ คัดกรองโรคทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติขึ้นกับร่างกาย	37.1	24.0	24.0	8.6	6.3
28. เมื่อเจ็บป่วยท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ อย่างเคร่งครัดและเข้ารับการตรวจตามนัดหมายของ แพทย์เป็นประจำ	53.1	30.9	10.9	3.4	1.7

ตารางที่ 17 ตัวแปรที่คัดเข้าหรือคัดออกจากสมการ

**Variables Entered/Removed<sup>a</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Action		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
2	Stress		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
3	Educate		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
4	benefit		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).

a. Dependent Variable: behaviors

ตารางที่ 18 ผลสรุปของสมการ

**Model Summary<sup>e</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics		
					R Square Change	F Change	Sig. F Change
1	.545 <sup>a</sup>	.297	.293	10.72633	.297	73.172	.000
2	.574 <sup>b</sup>	.329	.321	10.50965	.032	8.207	.005
3	.611 <sup>c</sup>	.373	.362	10.19129	.044	11.914	.001
4	.624 <sup>d</sup>	.389	.374	10.09090	.016	4.420	.037

a. Predictors: (Constant), action

b. Predictors: (Constant), action, stress

c. Predictors: (Constant), action, stress, Educate

d. Predictors: (Constant), action, stress, Educate, benefit

e. Dependent Variable: behaviors

ตารางที่ 19 ตารางการวิเคราะห์ความแปรปรวน

ANOVA<sup>e</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	8418.752	1	8418.752	73.172	.000 <sup>a</sup>
	Residual	19904.368	173	115.054		
	Total	28323.120	174			
2	Regression	9325.263	2	4662.631	42.214	.000 <sup>b</sup>
	Residual	18997.857	172	110.453		
	Total	28323.120	174			
3	Regression	10562.635	3	3520.878	33.899	.000 <sup>c</sup>
	Residual	17760.485	171	103.862		
	Total	28323.120	174			
4	Regression	11012.667	4	2753.167	27.038	.000 <sup>d</sup>
	Residual	17310.453	170	101.826		
	Total	28323.120	174			

a. Predictors: (Constant), action

b. Predictors: (Constant), action, stress

c. Predictors: (Constant), action, stress, Educate

d. Predictors: (Constant), action, stress, Educate, benefit

e. Dependent Variable: behaviors

ตารางที่ 20 ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	48.778	5.746		8.489	.000
	action	1.802	.211	.545	8.554	.000
2	(Constant)	59.639	6.788		8.787	.000
	action	1.679	.211	.508	7.966	.000
	stress	-.172	.060	-.183	-2.865	.005
3	(Constant)	55.874	6.672		8.375	.000
	action	1.599	.206	.484	7.777	.000
	stress	-.208	.059	-.221	-3.518	.001
	Educate	1.837	.532	.213	3.452	.001
4	(Constant)	44.901	8.419		5.333	.000
	action	1.534	.206	.464	7.448	.000
	stress	-.219	.059	-.232	-3.712	.000
	Educate	1.767	.528	.205	3.347	.001
	benefit	.400	.190	.128	2.102	.037

a. Dependent Variable: behaviors

ตารางที่ 21 ตารางแสดงตัวแปรที่ถูกคัดออกจากสมการ

Excluded Variables<sup>e</sup>

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics			
					Tolerance	VIF	Minimum Tolerance	
1	Educate	.175 <sup>a</sup>	2.785	.006	.208	.994	1.006	.994
	stress	-.183 <sup>a</sup>	-2.865	.005	-.213	.959	1.043	.959
	suscep	-.045 <sup>a</sup>	-.698	.486	-.053	.985	1.015	.985
	severity	.074 <sup>a</sup>	1.162	.247	.088	.998	1.002	.998
	benefit	.123 <sup>a</sup>	1.922	.056	.145	.980	1.021	.980
	barrier	-.132 <sup>a</sup>	-1.957	.052	-.148	.878	1.139	.878
2	Educate	.213 <sup>b</sup>	3.452	.001	.255	.963	1.038	.929
	suscep	-.009 <sup>b</sup>	-.140	.889	-.011	.946	1.058	.920
	severity	.075 <sup>b</sup>	1.205	.230	.092	.998	1.002	.957
	benefit	.141 <sup>b</sup>	2.251	.026	.170	.971	1.030	.935
	barrier	-.106 <sup>b</sup>	-1.573	.118	-.119	.858	1.166	.858
3	suscep	-.038 <sup>c</sup>	-.606	.546	-.046	.929	1.076	.900
	severity	.069 <sup>c</sup>	1.134	.258	.087	.997	1.003	.929
	benefit	.128 <sup>c</sup>	2.102	.037	.159	.967	1.034	.923
	barrier	-.069 <sup>c</sup>	-1.041	.299	-.080	.833	1.201	.833
4	suscep	-.086 <sup>d</sup>	-1.321	.188	-.101	.842	1.187	.842
	severity	-.002 <sup>d</sup>	-.034	.973	-.003	.686	1.457	.666
	barrier	-.059 <sup>d</sup>	-.890	.375	-.068	.828	1.208	.828

a. Predictors in the Model: (Constant), action

b. Predictors in the Model: (Constant), action, stress

c. Predictors in the Model: (Constant), action, stress, Educate

d. Predictors in the Model: (Constant), action, stress, Educate, benefit

e. Dependent Variable: behaviors

ตารางที่ 22 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามความเครียดในชีวิตประจำวันของชายวัยกลางคน  
ในเขตกรุงเทพมหานคร (n=30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .935

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.935	.934	20

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Stress1	40.4667	174.257	.486	.884	.935
Stress2	40.7000	172.079	.711	.894	.930
Stress3	40.9333	175.030	.593	.816	.932
Stress4	40.9333	186.340	.106	.649	.941
Stress5	40.8667	173.223	.563	.848	.933
Stress6	40.7333	169.582	.706	.861	.930
Stress7	40.8333	169.661	.690	.917	.931
Stress8	41.0667	175.513	.515	.892	.934
Stress9	40.8000	168.855	.716	.896	.930
Stress10	41.0333	170.930	.639	.883	.932
Stress11	41.6333	182.930	.306	.819	.937
Stress12	41.0333	167.551	.849	.937	.928
Stress13	41.0333	170.930	.771	.908	.930
Stress14	40.9000	170.162	.706	.905	.930
Stress15	41.2000	170.648	.706	.953	.930
Stress16	40.8667	169.085	.694	.926	.931
Stress17	41.3000	169.941	.730	.976	.930
Stress18	41.1000	166.852	.787	.846	.929
Stress19	40.9000	165.817	.797	.939	.928
Stress20	41.2000	178.993	.436	.869	.935

ตารางที่ 23 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามความเครียดในชีวิตประจำวันของชายวัยกลางคน  
ในเขตกรุงเทพมหานคร (n=175) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .934

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.934	.935	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Stress1	41.3143	169.826	.456	.537	.934
Stress2	41.2343	165.905	.636	.601	.931
Stress3	41.6286	167.166	.555	.490	.932
Stress4	41.4971	170.872	.434	.371	.935
Stress5	41.4743	165.078	.638	.510	.931
Stress6	41.2629	167.068	.490	.449	.934
Stress7	41.5086	166.562	.577	.477	.932
Stress8	41.6571	163.663	.693	.617	.930
Stress9	41.3886	165.998	.564	.483	.932
Stress10	41.8343	168.197	.585	.466	.932
Stress11	42.1543	170.361	.515	.460	.933
Stress12	41.6400	162.128	.787	.818	.928
Stress13	41.7257	161.557	.790	.837	.928
Stress14	41.5371	163.491	.690	.633	.930
Stress15	41.9714	163.131	.757	.724	.929
Stress16	41.5829	164.015	.662	.591	.930
Stress17	41.8686	163.552	.769	.746	.929
Stress18	41.7486	163.730	.705	.640	.930
Stress19	41.3200	161.725	.705	.611	.929
Stress20	41.8514	170.955	.475	.357	.934

ตารางที่ 24 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .767

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.767	.778	12

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Suscep1	32.8000	14.303	-.084	.154	.806
Suscep2	32.0000	13.448	.227	.557	.767
Suscep3	31.6333	12.033	.521	.561	.739
Suscep4	31.9000	11.334	.596	.700	.728
Suscep5	32.0667	11.375	.713	.712	.719
Suscep6	31.9667	11.482	.624	.714	.727
Suscep7	32.0000	11.172	.499	.658	.740
Suscep8	31.9333	12.409	.406	.566	.751
Suscep9	31.9000	12.507	.416	.634	.751
Suscep10	32.0667	12.064	.603	.657	.734
Suscep11	32.1667	12.420	.309	.380	.763
Suscep12	32.2000	12.786	.219	.352	.775



ตารางที่ 25 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=175) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .822

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.822	.828	12

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Suscep1	32.8571	20.238	.211	.214	.834
Suscep2	32.3200	19.874	.446	.332	.812
Suscep3	32.1029	19.484	.397	.299	.816
Suscep4	32.1886	19.280	.469	.363	.810
Suscep5	32.2114	18.524	.658	.487	.795
Suscep6	32.3543	18.563	.530	.369	.804
Suscep7	32.3771	17.662	.552	.485	.802
Suscep8	32.2114	19.087	.503	.422	.807
Suscep9	32.1486	19.081	.519	.396	.806
Suscep10	32.2971	19.038	.566	.482	.803
Suscep11	32.4000	18.828	.530	.405	.804
Suscep12	32.5486	19.226	.422	.270	.814

ตารางที่ 26 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ  
ของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .869

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.869	.874	10

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Severity1	27.5667	11.357	.515	.416	.862
Severity2	28.2667	10.754	.536	.445	.862
Severity3	28.3667	11.413	.498	.519	.863
Severity4	28.0000	10.690	.727	.663	.846
Severity5	27.8000	11.062	.649	.621	.852
Severity6	28.1000	11.128	.452	.434	.869
Severity7	28.1333	11.361	.585	.688	.857
Severity8	27.9667	10.999	.703	.681	.849
Severity9	28.0000	10.966	.547	.711	.860
Severity10	28.0000	10.069	.726	.771	.844

ตารางที่ 27 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ  
ของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=175) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .834

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.834	.839	10

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Severity1	27.6743	14.014	.381	.303	.832
Severity2	28.3371	13.236	.354	.197	.840
Severity3	28.4343	12.615	.510	.378	.822
Severity4	28.2171	12.907	.551	.399	.817
Severity5	27.8971	13.219	.588	.467	.815
Severity6	28.1371	12.809	.542	.336	.818
Severity7	28.1029	12.311	.660	.483	.805
Severity8	28.0914	12.877	.606	.534	.812
Severity9	28.1257	12.892	.579	.508	.814
Severity10	28.1429	12.824	.543	.342	.818

ตารางที่ 28 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .934

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.934	.937	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Benefit1	30.0667	16.685	.631	.735	.933
Benefit2	30.0667	15.926	.803	.735	.924
Benefit3	30.0667	16.547	.749	.881	.927
Benefit4	30.1000	16.024	.716	.768	.929
Benefit5	30.0333	16.171	.734	.742	.928
Benefit6	30.0667	16.478	.892	.827	.921
Benefit7	30.0667	17.030	.738	.603	.928
Benefit8	30.0667	16.202	.836	.863	.923
Benefit9	30.0667	16.409	.784	.756	.925
Benefit10	30.0000	17.172	.576	.517	.935

ตารางที่ 29 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=175) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .897

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.897	.899	10

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Benefit1	30.2514	13.879	.594	.386	.891
Benefit2	30.3429	13.870	.570	.371	.892
Benefit3	30.4000	14.034	.528	.324	.895
Benefit4	30.2686	13.439	.669	.545	.885
Benefit5	30.3429	13.479	.668	.509	.886
Benefit6	30.2743	13.706	.725	.569	.883
Benefit7	30.2457	13.911	.643	.488	.887
Benefit8	30.3486	13.677	.693	.552	.884
Benefit9	30.3714	13.752	.684	.507	.885
Benefit10	30.2743	13.361	.690	.521	.884

ตารางที่ 30 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค  
หลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=30) ได้ค่า Cronbach's Alpha =  
.817

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.817	.827	13

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Barriers1	34.2333	17.289	.447	.693	.808
Barriers2	34.0000	17.448	.559	.786	.796
Barriers3	34.1000	17.610	.605	.756	.794
Barriers4	33.8667	19.775	.204	.549	.822
Barriers5	34.0333	17.620	.366	.698	.817
Barriers6	33.7333	17.995	.617	.770	.795
Barriers7	33.8667	19.085	.308	.602	.816
Barriers8	34.2667	18.409	.327	.472	.817
Barriers9	34.1333	16.809	.691	.714	.785
Barriers10	33.6667	19.264	.404	.618	.810
Barriers11	33.7333	18.616	.469	.754	.805
Barriers12	33.9000	18.507	.464	.701	.805
Barriers13	34.0667	17.651	.613	.789	.793

ตารางที่ 31 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค  
หลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=175) ได้ค่า Cronbach's Alpha =  
.852

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.852	.852	13

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Barriers1	25.8457	27.235	.451	.390	.845
Barriers2	26.1600	28.641	.325	.329	.852
Barriers3	26.0286	26.614	.581	.574	.837
Barriers4	26.3257	27.278	.561	.505	.838
Barriers5	26.1371	26.165	.571	.431	.837
Barriers6	26.2971	27.245	.504	.492	.842
Barriers7	26.1143	26.734	.547	.415	.839
Barriers8	25.7829	28.033	.378	.345	.850
Barriers9	26.0286	26.568	.605	.518	.835
Barriers10	26.5143	27.734	.478	.500	.843
Barriers11	26.2800	26.950	.529	.562	.840
Barriers12	26.2800	26.789	.552	.647	.838
Barriers13	26.1143	26.826	.534	.427	.840

ตารางที่ 32 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .707

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.707	.708	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Action1	26.2667	7.306	.267	.706
Action2	26.4667	7.223	.344	.689
Action3	26.5667	7.220	.483	.666
Action5	26.4333	7.633	.232	.708
Action6	26.6333	7.275	.358	.685
Action7	26.5667	7.978	.193	.710
Action8	26.5667	7.909	.218	.706
Action9	26.2000	6.855	.535	.654
Action10	26.1000	6.714	.694	.632
Action4.1	26.2000	7.338	.431	.674



ตารางที่ 33 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=175) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .653

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.653	.657	10

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Action1	24.1257	12.317	.336	.325	.624
Action2	24.6400	11.921	.465	.347	.599
Action3	23.7257	12.798	.289	.203	.634
Action44	24.2857	13.941	.051	.074	.682
Action5	23.8914	12.753	.342	.187	.625
Action6	24.3600	11.657	.464	.416	.596
Action7	24.6400	11.669	.519	.422	.587
Action8	24.9486	13.049	.234	.154	.645
Action9	24.3657	12.003	.360	.282	.619
Action10	24.1200	13.302	.160	.149	.661

ตารางที่ 34 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชาย  
วัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .756

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.756	.771	28

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Behaviors1.1	94.0333	117.413	.129	.756
Behaviors2.1	93.3333	119.057	.053	.758
Behaviors3.1	93.4667	112.189	.362	.745
Behaviors4.1	94.0000	111.379	.430	.742
Behaviors5.1	93.5000	115.362	.256	.750
Behaviors6.1	93.9000	111.472	.336	.745
Behaviors7	93.6667	116.644	.136	.756
Behaviors8	93.9000	115.817	.229	.751
Behaviors9	93.9000	108.369	.462	.738
Behaviors10	94.7667	119.220	.003	.763
Behaviors11	94.5333	111.223	.301	.747
Behaviors12	93.9333	111.099	.358	.744
Behaviors13	94.0333	115.482	.180	.754
Behaviors14	93.7667	111.082	.326	.746
Behaviors15	93.3667	106.378	.316	.748
Behaviors16	93.1667	108.075	.317	.747
Behaviors17	93.1000	111.748	.218	.754
Behaviors18	93.2000	115.131	.161	.756
Behaviors19.1	93.8333	113.454	.157	.759

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Behaviors20	93.8333	113.454	.213	.753
Behaviors21	93.8000	109.200	.477	.738
Behaviors22	93.5333	110.809	.540	.738
Behaviors23	93.0000	113.034	.407	.744
Behaviors24.1	92.6667	113.195	.231	.752
Behaviors25	93.3667	110.516	.334	.745
Behaviors26	92.7333	113.651	.267	.749
Behaviors27	92.8667	113.154	.279	.749
Behaviors28	92.7000	111.252	.399	.743

ตารางที่ 35 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชาย  
วัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร (n=175) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .812

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.812	.813	28

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Behav1	94.7371	155.344	.298	.454	.808
Behav2	94.0743	155.207	.319	.553	.807
Behav3	94.3771	156.409	.203	.396	.811
Behav4	94.5029	156.826	.231	.395	.810
Behav5	94.0800	159.476	.115	.325	.813
Behav6	94.3600	153.565	.279	.372	.808

## Item-Total Statistics

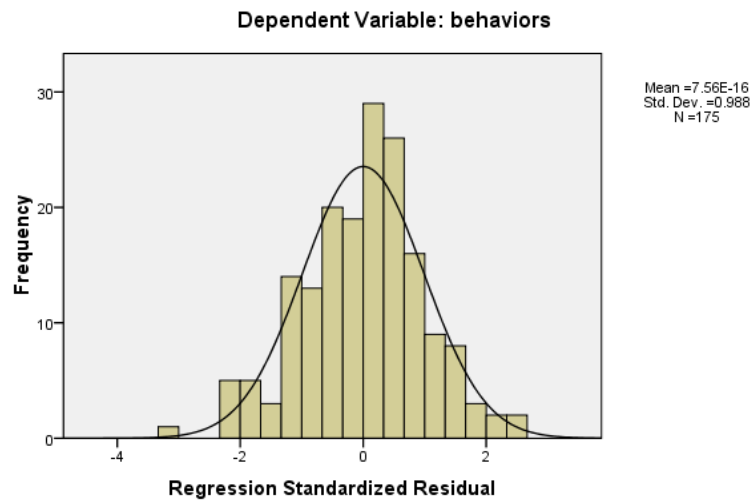
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Behaviors7	93.7714	154.568	.399	.426	.805
Behaviors8	94.2000	156.253	.287	.302	.808
Behaviors9	94.4114	142.807	.592	.651	.794
Behaviors10	95.1314	153.414	.267	.501	.809
Behaviors11	94.6629	148.225	.445	.530	.801
Behaviors12	94.0057	154.362	.313	.345	.807
Behaviors13	94.2114	157.363	.180	.301	.812
Behaviors14	94.2286	149.936	.351	.366	.805
Behaviors15	93.5200	150.286	.250	.649	.812
Behaviors16	93.4343	147.109	.362	.743	.805
Behaviors17	93.4971	146.918	.450	.679	.801
Behaviors18	93.7314	148.278	.415	.534	.802
Behav19	93.6971	154.051	.237	.257	.810
Behaviors20	93.9029	153.295	.341	.364	.806
Behaviors21	94.0914	154.244	.247	.345	.810
Behaviors22	93.6857	149.975	.463	.585	.801
Behaviors23	93.5714	150.844	.428	.509	.803
Behav24	92.9200	161.557	.014	.265	.817
Behaviors25	93.5943	148.300	.506	.418	.799
Behaviors26	93.6743	148.255	.386	.554	.804
Behaviors27	93.6686	147.981	.451	.641	.801
Behaviors28	93.1371	152.671	.408	.320	.804



### การตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์ความถดถอย

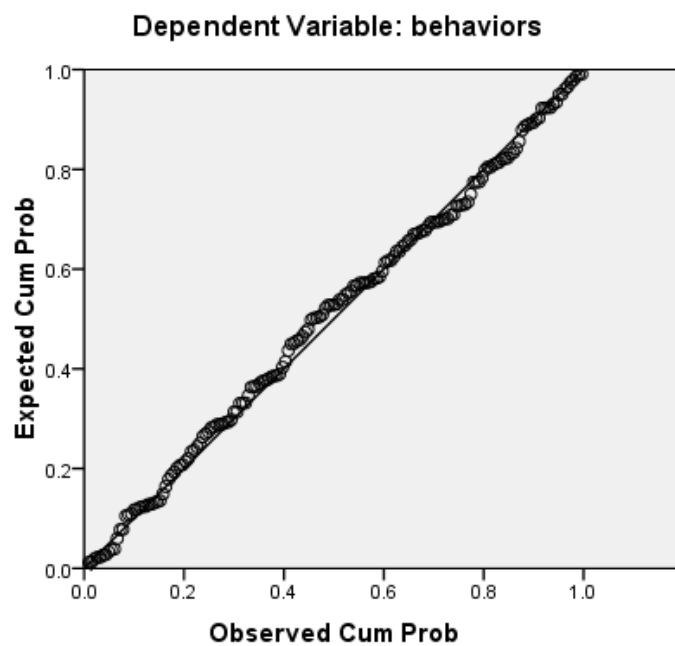
1. ค่าความคลาดเคลื่อน (error or residual) มีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) ตรวจสอบด้วยแผนภาพ histogram หรือ P-P plot

**Histogram**



ภาพที่ 2 การแจกแจงปกติของตัวแปร จากแผนภาพ Histogram

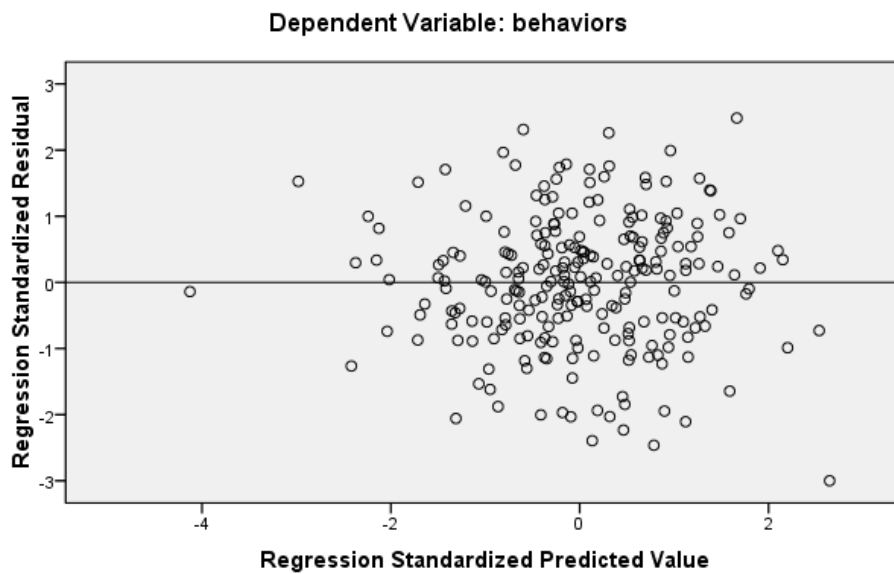
**Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual**



ภาพที่ 3 การแจกแจงปกติของตัวแปร จากแผนภาพ P-P plot

2. ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนต้องคงที่ (Homoscedasticity) ตรวจสอบโดยการ plot กราฟ แกน Y = ZRESID , แกน X = ZPRED เมื่อ plot Residual กับค่า X พบว่าจุดไม่มีลักษณะอยู่ด้านบนหรือ ลบตลอด หรือ เป็น 0 ตลอด หรือกว้างออกตลอดเมื่อค่า X สูงขึ้นหรือต่ำลง จึงอนุมานได้ว่า ค่าความคลาดเคลื่อนคงที่

### Scatterplot



ภาพที่ 4 ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity)

3. ค่าความคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระต่อกัน ตรวจสอบโดยใช้วิธี Durbin – Watson ค่าที่อยู่ในช่วง 1.5 -2.5 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน ค่า Durbin – Watson = 1.898

ตารางที่ 36 Model Summary เพื่อพิจารณาค่า Durbin-Watson

Model Summary<sup>e</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.545 <sup>a</sup>	.297	.293	10.72633	.297	73.172	1	173	.000	
2	.574 <sup>b</sup>	.329	.321	10.50965	.032	8.207	1	172	.005	
3	.611 <sup>c</sup>	.373	.362	10.19129	.044	11.914	1	171	.001	
4	.624 <sup>d</sup>	.389	.374	10.09090	.016	4.420	1	170	.037	1.898

a. Predictors: (Constant), action

b. Predictors: (Constant), action, stress

c. Predictors: (Constant), action, stress, Educate

d. Predictors: (Constant), action, stress, Educate, benefit

e. Dependent Variable: behaviors

4. ตัวแปรแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (no multicollinearity) สามารถทดสอบได้หลาย

วิธี

4.1 ค่า Tolerance ของตัวแปรอิสระทุกตัว > 0.2

4.2 ค่า Variance inflation factor (VIF) < 10



ตารางที่ 37 ตาราง Coefficients เพื่อพิจารณาค่า Tolerance และ VIF

Coefficients<sup>a</sup>

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
1 (Constant)	48.778	5.746		8.489	.000	37.436	60.120		
Action	1.802	.211	.545	8.554	.000	1.386	2.217	1.000	1.000
2 (Constant)	59.639	6.788		8.787	.000	46.241	73.036		
Action	1.679	.211	.508	7.966	.000	1.263	2.095	.959	1.043
Stress	-.172	.060	-.183	-2.865	.005	-.291	-.054	.959	1.043
3 (Constant)	55.874	6.672		8.375	.000	42.704	69.043		
Action	1.599	.206	.484	7.777	.000	1.193	2.005	.947	1.056
Stress	-.208	.059	-.221	-3.518	.001	-.325	-.091	.929	1.077
Educate	1.837	.532	.213	3.452	.001	.786	2.887	.963	1.038
4 (Constant)	44.901	8.419		5.333	.000	28.282	61.520		
Action	1.534	.206	.464	7.448	.000	1.128	1.941	.925	1.081
Stress	-.219	.059	-.232	-3.712	.000	-.335	-.102	.923	1.084
Educate	1.767	.528	.205	3.347	.001	.725	2.809	.959	1.042
Benefit	.400	.190	.128	2.102	.037	.024	.775	.967	1.034

a. Dependent Variable: behaviors



action	Pearson	.076	-.203**	-.121	.047	.142	-.350**	1	.545**
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	.316	.007	.111	.533	.061	.000		.000
N		175	175	175	175	175	175	175	175
behavior rs	Pearson	.215**	-.286**	-.110	.100	.198**	-.307**	.545**	1
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	.004	.000	.147	.189	.009	.000	.000	
N		175	175	175	175	175	175	175	175

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

จากข้อ 4.1 – 4.3 แสดงว่า ตัวแปรแต่ละตัวไม่มี Multicollinearity



### Multiple Regression Power Analysis

#### Numeric Results

Power	N	Alpha	Beta	Ind. Variables Tested		Ind. Variables Controlled	
				Cnt	R2	Cnt	R2
0.80236	153	0.05000	0.19764	7	0.09	0	0.00

#### References

Cohen, Jacob. 1988. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey.

#### Report Definitions

Power is the probability of rejecting a false null hypothesis.

N is the number of observations on which the multiple regression is computed.

Alpha is the probability of rejecting a true null hypothesis. It should be small.

Beta is the probability of accepting a false null hypothesis. It should be small.

Cnt refers to the number of independent variables in that category.

R2 is the amount that is added to the overall R-Squared value by these variables.

Ind. Variables Tested are those variables whose regression coefficients are tested against zero.

Ind. Variables Controlled are those variables whose influence is removed from experimental error.

#### Summary Statements

A sample size of 153 achieves 80% power to detect an R-Squared of 0.09 attributed to 7 independent variable(s) using an F-Test with a significance level (alpha) of 0.05000.

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวไวริญจน์ เปรมสุข เกิดวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2533 จังหวัดเพชรบูรณ์ สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2555 และเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี

