

พฤติกรรมกรป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด
ของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา



นางสาวจันทร์ ศรีสุรักษ์

สถาบันวิทยบริการ
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สาขาวิชาประชากรศาสตร์
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2544

ISBN 974-03-1114-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREVENTIVE BEHAVIOR FOR ISCHAEMIC HEART DISEASE AMONG
THE RISK POPULATION IN CHACHOENSAO PROVINCE

Miss Chantorn Srisuruk

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts in Demography

College of Population Studies

Chulalongkorn University

Academic Year 2001

ISBN 974-03-1114-8

จันทร์ ศรีสุรักษ์: พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงใน
จังหวัดฉะเชิงเทรา (PREVENTIVE BEHAVIOR FOR ISCHAEMIC HEART
DISEASE AMONG THE RISK POPULATION IN CHACHOENGSAO PROVINCE)
อ. ที่ปรึกษา : ศาสตราจารย์ ดร.เกื้อ วงศ์บุญสิน, 159 หน้า ISBN 974-03-1114-8

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามกับผู้ที่มีอายุ 35-59 ปี ที่มีความดันโลหิตสูง จำนวน 416 คน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง อำเภอบางปะกง และอำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ผลการศึกษาพบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในระดับปานกลาง การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยเลขคณิตในระดับสองตัวแปรพบว่าตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อนำปัจจัยทางประชากรและสังคมมาเป็นตัวแปรควบคุม พบว่าตัวแปรการรับรู้คุณธรรมเมื่อคุมด้วยปัจจัยทางประชากรและสังคมที่ละตัวยังคงมีความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ส่วนตัวแปรการรับรู้อื่น ๆ เป็นไปตามสมมุติฐานบางกลุ่ม

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ภาวะคุกคาม การรับรู้ความคาดหวัง และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ โดยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยการรับรู้ภาวะคุกคามสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ร้อยละ 12.0 การรับรู้ความคาดหวังอธิบายได้ร้อยละ 33.4 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติอธิบายได้ร้อยละ 16.2 เมื่อนำปัจจัยด้านประชากรและสังคมมาศึกษาช่วย โดยวิธีการถดถอยเชิงพหุพบว่าการรับรู้ภาวะคุกคามร่วมกับปัจจัยด้านประชากรและสังคมสามารถอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 25.6 การรับรู้ความคาดหวังอธิบายได้ร้อยละ 39.8 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติอธิบายได้ร้อยละ 31.5

วิทยาลัยประชากรศาสตร์
สาขาวิชา ประชากรศาสตร์
ปีการศึกษา 2544

ลายมือชื่ออนิสิต.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

4287051751: MAJOR DEMOGRAPHY.

KEY WORDS: PREVENTIVE BEHAVIOR/ ISCHAEMIC HEART DISEASE

CHANTORN SRISURUK: PREVENTIVE BEHAVIOR FOR ISCHAEMIC HEART
DISEASE AMONG THE RISK POPULATION IN CHACHOENGSAO PROVINCE.

THESIS ADVISOR: PROF. KUA WONGBOONSIN, Ph.D. 159 pp.

ISBN 974-03-1114-8

The objective of this research is to investigate factors affecting preventive behavior for ischaemic heart disease among the risk population. A cross-sectional survey was used in interviewing 416 people aged from 35 to 59 who had high blood pressure in Muang, Bangpakong and Banpho districts of Chachoengsao province.

Results revealed that most of the samples exhibited moderate levels of preventive behavior; meanwhile, bivariate analyses showed that every independent variable was correlated with a dependent variable. After controlling for socioeconomic and demographic variables, only perceived barriers were associated with preventive behavior as hypothesized.

The correlations between preventive behavior for ischaemic heart disease and perceived threat, perceived expectations and cues to action were analyzed by simple regression. It was found that there are correlations between variables with statistical significance at 0.001. Perceived threat can explain 12.0 percent of the changes in preventive behavior; perceived expectations explain, 33.4 percent; and cues to action, 16.2 percent. Adding socioeconomic and demographic variables in multiple regression, it was found that perceived threat, socioeconomic and demographic variables can explain 25.6 percent of the changes in preventive behavior; perceived expectations, 39.8 percent; and cues to action, 31.5 percent.

College of Population Studies

Field of study Demography

Academic year 2001

Student's signature.....

Advisor's signature.....

Co- Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ศาสตราจารย์ ดร.เกื้อ วงศ์บุญสิน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ อัจฉรา เอ็นท์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่าเพื่อให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นรวมทั้งแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านไว้เป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์มาลินี วงษ์สิทธิ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ รักชนก คชานุกูล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ และขอขอบพระคุณ คณาจารย์วิทยาลัยประชากรศาสตร์ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้ อบรมสั่งสอนจนกระทั่งสำเร็จการศึกษา

ขอขอบพระคุณคุณศิริวรรณ ศิริบุญ ที่ให้ความรู้ในการประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows และคุณชัยวิทย์ วรสุตร ที่อำนวยความสะดวกในการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ คุณพรทิพย์ ไสภณ ที่ช่วยประสานงานระหว่างอาจารย์และผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ อภิชัย ศิริวิวัฒน์ ที่ให้โอกาสลาศึกษาต่อ นายแพทย์นิพนธ์ ไชยกุล ที่กรุณาตรวจสอบแบบสอบถาม และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย รวมทั้งแพทย์หญิง สุกัญญา โลहितกุล ที่อำนวยความสะดวกและช่วยประสานงาน ในการตรวจแบบสอบถามครั้งนี้

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนในการศึกษาวิจัย และ บริษัทคอลเกต ปาล์มโอเล็ฟ ประเทศไทยจำกัด ที่ให้ความอนุเคราะห์สปู โพรเทคส์ สำหรับแจกผู้มีความดันโลหิตสูงที่ให้สัมภาษณ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้ความร่วมมือในการติดตามผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะกง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ สาธารณสุขอำเภอเมือง สาธารณสุขอำเภอบางปะกง สาธารณสุขอำเภอบ้านโพธิ์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าพนักงานสถิติ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการสืบค้นข้อมูลผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และประสานงานระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้สัมภาษณ์ และผู้ให้สัมภาษณ์ทุก ๆ ท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยดี

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และพี่ ๆ ทุกคนในครอบครัวเป็นอย่างสูง ที่สนับสนุนในด้านการศึกษา คอยให้ความช่วยเหลือ ห่วงใย และเป็นกำลังใจตลอดมา และขอความดีที่เกิดขึ้นจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด และโรคอื่นใด

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	4
1.3 แนวคิดทฤษฎี.....	4
1.4 กรอบแนวคิดการศึกษา.....	9
1.5 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
1.6 สมมุติฐานการศึกษา.....	23
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	24
บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัยและลักษณะทั่วไปของข้อมูล.....	25
2.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง.....	25
2.2 ขนาดของตัวอย่าง.....	25
2.3 วิธีเลือกตัวอย่าง.....	26
2.4 ขอบเขตการศึกษา.....	28
2.5 ข้อตกลงเบื้องต้น.....	28
2.6 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	28
2.7 การทดสอบแบบสอบถาม.....	29
2.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล.....	29
2.9 นิยามตัวแปรและการวัดตัวแปร.....	30
2.10 ลักษณะทั่วไปของข้อมูล.....	35
บทที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	41

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

3.1	การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด การได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและการรับรู้ด้านต่าง ๆ ของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา.....	41
3.2	การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาด้วยค่าเฉลี่ยเลขคณิตและนำปัจจัยทางประชากรและสังคมมาเป็นตัวแปรควบคุม.....	55
3.3	การวิเคราะห์การถดถอยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา.....	97
บทที่ 4	สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ.....	104
4.1	สรุปผลการศึกษาลักษณะทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง.....	105
4.2	สรุปผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด การรับข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และการรับรู้ด้านต่าง ๆ.....	105
4.3	สรุปความสัมพันธ์ระดับ 2 ตัวแปรระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระด้วยค่าเฉลี่ยเลขคณิตโดยนำปัจจัยทางประชากรและสังคมมาเป็นตัวแปรควบคุมแล้วนำเสนอด้วยตารางไขว้ 3 ทาง	106
4.4	สรุปผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ความคาดหวัง และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติด้วยการวิเคราะห์การถดถอย.....	109
4.5	สรุปแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่นำมาศึกษา.....	110
4.6	ข้อเสนอแนะ.....	111
	รายการอ้างอิง.....	114
	ภาคผนวก.....	126
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	146

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนตำบล เทศบาล และจำนวนประชากรอายุ 35-59 ปีของจังหวัด ฉะเชิงเทรา ที่ผ่านการตรวจคัดกรองว่าเป็นความดันโลหิตสูงประจำปีงบประมาณ 2543 จำแนกตามอำเภอ/กิ่งอำเภอ.....	26
2	แสดงจำนวนประชากรที่มีความดันโลหิตสูงที่เป็นตัวอย่างจากการคำนวณและจาก ตัวอย่างที่สามารถเก็บรวบรวมได้จำแนกตามอำเภอ.....	27
3	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัด ฉะเชิงเทรา.....	36
4	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากร กลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา.....	42
5	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของ ประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา.....	43
6	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยง ในจังหวัดฉะเชิงเทรา.....	44
7	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดของประชากร กลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา.....	45
8	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามการรับข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจาก แหล่งต่าง ๆ และความถี่ที่ได้รับ.....	46
9	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจ ขาดเลือด.....	47
10	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด.....	47
11	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด.....	48
12	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด.....	49
13	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด.....	50
14	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหัวใจ ขาดเลือด.....	51

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
15	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจ ขาดเลือด.....52
16	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน โรคหัวใจขาดเลือด.....53
17	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค หัวใจขาดเลือด.....54
18	ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด.....55
19	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด.....56
20	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและเพศ.....57
21	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและอายุ.....58
22	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและรายได้.....59
23	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและระดับการศึกษา.....60
24	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและอาชีพ.....61
25	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและที่อยู่อาศัย.....62
26	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด.....63
27	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ความ รุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด.....64

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
	สามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและรายได้.....91
55	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ใน ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและ ระดับการศึกษา.....92
56	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ ในความ สามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและอาชีพ.....93
57	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและที่อยู่อาศัย.....94
58	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ ในความ สามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและความรู้เรื่อง โรคหัวใจขาดเลือด.....95
59	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามระยะเวลาในการ ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด.....96
60	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ข่าวสาร การป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด.....97
61	การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่ายของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด.....99
62	การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับ ตัวแปรการรับรู้ภาวะคุกคาม และปัจจัยประชากรและสังคม.....100
63	การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับ ตัวแปรการรับรู้ความคาดหวังและปัจจัยประชากรและสังคม.....101
64	การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับ ตัวแปรสิ่งชักนำให้ปฏิบัติและปัจจัยประชากรและสังคม.....102
65	สรุปความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด.....108
66	สรุปความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ ภาวะคุกคาม การรับรู้ความคาดหวัง สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ โดยวิธีการวิเคราะห์ การถดถอย.....110

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น รายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าจากปี พ.ศ. 2517-2519 ถึง พ.ศ. 2538-2539 ความคาดหมายการคงชีพของประชากรชายเพิ่มขึ้นจาก 58 ปี เป็น 69.9 ปี ส่วนประชากรหญิงเพิ่มจาก 63.8 ปี เป็น 74.9 ปี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2542: 2) เนื่องจากการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นผลของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้แบบแผนการเกิดโรคและสาเหตุการตายได้เปลี่ยนไปจากเดิม คือ การตายด้วยโรคติดเชื้อลดลง แต่การตายด้วยโรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อที่มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมของมนุษย์เองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โรคไม่ติดต่อดังกล่าวได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และ อุบัติเหตุ เป็นต้น

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลาย ๆ ประเทศ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักเสียชีวิตเนื่องจากหัวใจไม่สามารถทำงานได้อย่างกะทันหัน (heart attack) สำหรับประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2536 - 2540 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจต่อประชากรหนึ่งแสนคน ดังนี้ คือ 58.5, 62.5, 69.3, 77.4 และ 72.1 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542: 140) เห็นได้อย่างชัดเจนว่าอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และอยู่ในเกณฑ์สูง สาเหตุดังกล่าวส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรม ทำให้วิถีชีวิตของประชากรเปลี่ยนไปจากเดิมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนเมือง ซึ่งเห็นได้ชัดเจนในกรุงเทพมหานครที่มีรายงานอัตราการตายจากโรคหัวใจสูงถึง 62 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2542: 140) เนื่องด้วยมีเครื่องจักรกล และบริการต่าง ๆ ที่สะดวกสบาย สิ่งดังกล่าวทำให้ประชากรมีการเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกายลดน้อยลง การใช้ชีวิตที่เร่งรีบ แข่งขันกันประกอบอาชีพทำให้ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอเกิดความเครียด ขาดการดูแลสุขภาพ ประกอบกับการติดต่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้อย่างกว้างขวางทั่วโลก มีสื่อโฆษณาชักชวนการบริโภคสินค้าอย่างแพร่หลาย ทำให้มีการบริโภคอาหารสำเร็จรูป สุนัขหรือ ติ่มสุรา เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน และน้ำตาลมต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น มีการบริโภคอาหารประเภทไขมัน และคาร์โบไฮเดรต ที่ให้แคลอรีสูงเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้มีรูปร่างอ้วน สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงเกิดภาวะความดันโลหิตสูงและระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น การมีความดันโลหิตสูงหรือ

คลอเลสเตอรอลในเลือดสูงมากกว่า 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์จะทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ (พรวณีย์ เสถียรโชค, 2536: 430; วินัส ลิพพิกุล, 2539: 39-47)

ในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุของการป่วยและตายที่สำคัญ สาเหตุเกิดจากการเกาะสะสมของไขมันและคลอเลสเตอรอลที่ผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้หลอดเลือดตีบแข็ง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจลำบาก ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายทำงานผิดปกติ ถ้าไม่ดูแลรักษาจะเกิดโรคแทรกซ้อนที่เกี่ยวกับระบบไหลเวียนเลือดขึ้น เช่นโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) และโรคหัวใจล้มเหลว (หัวใจวาย) เป็นต้น ทั้งนี้อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นไม่เพียงสร้างปัญหาให้กับผู้ป่วยฝ่ายเดียวเท่านั้น แต่นำมาซึ่งภาระของผู้ที่เกี่ยวข้องมากมาย เนื่องจากโรคหัวใจขาดเลือดนี้เป็นโรคที่มีระยะเวลาของการดำเนินโรคยาวนาน กว่าที่รู้ตัวมักปรากฏอาการป่วยมากแล้ว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตนเองในด้านความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ข้อจำกัดในการปฏิบัติตนในด้านต่าง ๆ เช่นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เสียโอกาสในการมีส่วนร่วมเชิงเศรษฐกิจ และมีผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวในการรับภาระดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ถ้าประชากรดังกล่าวมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้วยังไม่ได้รับการป้องกันแก้ไข ปัญหาอาจก่อตัวรุนแรงเพิ่มขึ้นในวัยสูงอายุ ทำให้รัฐบาลต้องรับภาระในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากยิ่งขึ้น จากรายงานพบว่าการตายส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นระหว่างอายุ 40 ปีจนถึงวัยก่อน 70 ปี ส่วนใหญ่เป็นการตายก่อนวัยอันควร นับว่าเป็นที่น่าเสียดายอย่างยิ่ง เพราะโรคดังกล่าวเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมที่สามารถป้องกันได้ (กรมการแพทย์, ม.ป.ป: 1-4)

จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นจังหวัดหนึ่งที่พื้นที่บางส่วนมีโครงสร้างพื้นฐานเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม มีการพัฒนาความเจริญทางวัตถุต่าง ๆ เช่น มีโรงงานอุตสาหกรรม บริษัทห้างร้านเพิ่มขึ้น มีการคมนาคมที่สะดวก มีพื้นที่ติดกับกรุงเทพมหานครทำให้ ขานรับเทคโนโลยี วัฒนธรรม หรือเลียนแบบพฤติกรรมที่ทันสมัยต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว ลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สาเหตุการตายด้วยโรคดังกล่าวได้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราได้ตระหนักถึงปัญหาและความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด ในปีงบประมาณ 2540 ได้จัดอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด เพื่อให้ นำความรู้ไปเผยแพร่แก่ประชากรทั่วไปในการป้องกันโรค แต่ยังไม่สามารถทำให้อัตราการป่วยและตายลดลง เนื่องจากในปี 2542 พบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สูงเป็นอันดับ 1 ของจังหวัด คือ เท่ากับ 59.8 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (ฝ่ายแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2543: 116) ต่อมาได้มีการรณรงค์ตรวจ

คัดกรองผู้ที่อายุ 35-59 ปี ที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งถือว่าเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อแนะนำให้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ถูกต้อง เช่นงดการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ควบคุมการบริโภคอาหาร มีการออกกำลังกายและผ่อนคลายความเครียด โดยมีวัตถุประสงค์ในการลดความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และลดอัตราการป่วยและตายด้วยโรคหัวใจให้น้อยลง เพราะความดันโลหิตสูงทำให้เกิดสภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (พรธณี เสถียรโชค, 2536: 431-432; World Health Organization, 1995: 22 -23) แต่ในปี 2543 พบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจของจังหวัดฉะเชิงเทรายังคงสูงถึง 66.3 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2544: 3)

การดำเนินงานตามที่กล่าวมาเป็นการตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ที่ตั้งเป้าหมายลดอัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดให้เหลือไม่เกิน 50 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย, 2543: 93-99) และเน้นให้มีการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพโดยให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2540: 31-33) กล่าวคือ เน้นการปฏิรูปการป้องกันโรคในเชิงรุก ด้วยการค้นหาวิธีป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ (ประเวศ วะสี, 2543: 10-16) แต่การส่งเสริมสุขภาพของประชากรเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดอาจทำได้ไม่ถนัดนักถ้าไม่ทราบว่าปัจจัยใดสามารถอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคได้ เพราะการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคอาจขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการด้วยกัน ทั้งนี้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) เป็นรูปแบบที่มีข้อสนับสนุนว่ามีความสามารถสูงในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2536: 100-108) ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้เป็นทฤษฎีประกอบการศึกษาค้นคว้า โดยศึกษาประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทราที่ผ่านการตรวจคัดกรองแล้วว่ามีความดันโลหิตสูง เพื่อจะได้ทราบถึงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของประชากรกลุ่มเสี่ยงว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร และปัจจัยใดที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ จะได้เป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด การได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และการรับรู้ด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา

1.3 แนวคิดเชิงทฤษฎี

แนวคิดเชิงทฤษฎีในการศึกษาคั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 หัวข้อคือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค
2. แนวความคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค

1.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค

1.3.1.1 พฤติกรรม

พฤติกรรมหมายถึงสิ่งที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์หนึ่ง ทั้งภายในร่างกายที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ และภายนอกร่างกายที่สามารถสังเกตเห็นได้ ซึ่งพฤติกรรมต้องมีสาเหตุ อาจมีสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุก็ได้ รวมทั้งอาจทำให้เกิดพฤติกรรมเดียวกันหรือต่างพฤติกรรมกันก็ได้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536: 2-3; มานิต มานิตเจริญ, 2537: 652)

1.3.1.2 พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพนั้นมีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่วไป แต่มุ่งเฉพาะเรื่องบุคคลกระทำอันเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537: 211) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงกิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มนุษย์แสดงออกทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งสามารถสังเกตและวัดได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม พฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่สังเกตเห็น

ได้นั้นอาจแยกออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ 1) พฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค 2) พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

Palank (1991: 818) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพและความภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสในการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น

Gochman (1988: 3-4 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2532: 44-45) ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพไว้ 3 ประเภทคือ

1. พฤติกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (preventive and protective behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่มีสุขภาพดี และไม่เคยเจ็บป่วยมาก่อน เพื่อดำรงส่งเสริมภาวะสุขภาพของตน การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ได้แก่การไปรับภูมิคุ้มกันโรค การตรวจทางพันธุกรรม และการสืบค้นหาโรครวมทั้งการป้องกันอุบัติเหตุขณะทำงาน
2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกป่วย (illness behavior) หมายถึงกิจกรรมใดๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบายหรือเริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตนเองซึ่งอาจเป็นทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติ และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา เพื่อประเมินความเจ็บป่วยของตนเองและการหายจากอาการเจ็บป่วย บุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การขอคำปรึกษา ขอความคิดเห็นและคำแนะนำจากญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ
3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (sick- role behavior) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาการต่าง ๆ ดีขึ้น ซึ่งบุคคลจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพของร่างกาย

1.3.1.3 พฤติกรรมการป้องกันโรค

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2536: 94) กล่าวว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค เช่น การออกกำลังกายการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น และในการที่บุคคลจะยอมรับพฤติกรรมป้องกันโรค โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เพื่อป้องกันโรคต่าง ๆ นั้นประกอบด้วย

ขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อเข้าสู่บทบาทผู้เสี่ยงดังนี้ (สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข, 2538: 252-254)

1. การหาข้อมูล บุคคลจะหาข้อมูลจากสื่อมวลชน หรือบุคคลข้างเคียง และนำมาพิจารณาว่าตนเองอยู่ในระยะการเสี่ยงต่อการป่วยหรือการเป็นโรคเหล่านั้นหรือไม่

2. การตรวจสอบข้อมูล เป็นการที่บุคคลค้นหาความรู้สึกเจตคติของบุคคลอื่นๆ ในสังคมที่มีต่อคำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคว่าสอดคล้องกับความรู้สึกของตนหรือไม่

3. การสรุปว่าอยู่ในบทบาทเสี่ยง บุคคลที่อยู่ในบทบาทเสี่ยงคือผู้ที่ไม่ได้นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล และบุคคลอื่นพิจารณาว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้ที่เสี่ยงในการป้องกันโรค

4. การแสดงพฤติกรรมของผู้ที่อยู่ในบทบาทเสี่ยง พฤติกรรมบางอย่างที่ผู้อยู่ในบทบาทเสี่ยงต้องปฏิบัติ นั้น เป็นพฤติกรรมที่ผิดแผกแตกต่างไปจากพฤติกรรมของคนทั่วไป ทำให้คนในสังคมมองเสมือนเป็นผู้แตกแยกจากสังคม ซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบ

5. บทบาทของผู้เสี่ยงตั้งอยู่บนพื้นฐานของความน่าจะเป็นทางสถิติ ซึ่งได้จากการศึกษาเปรียบเทียบ หรือหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่ปฏิบัติ และพฤติกรรมเพื่อการรักษาสุขภาพมักเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาด ซึ่งผู้รับผิดชอบในการรักษาควรเป็นแพทย์ แต่ผู้ที่เสี่ยงถูกพิจารณาว่าต้องรับผิดชอบในการเจ็บป่วยของตนเอง

1.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

คำว่า ความเชื่อ คือความเข้าใจและการยอมรับเกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่งฝังแน่นอยู่ในตัวบุคคล และเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ทำให้เกิดความโน้มเอียงในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามความเข้าใจนั้น ๆ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพสามารถกำหนดพฤติกรรมด้านสุขภาพ (จรรยา สุวรรณทัต, 2536: 815; พันธุ์ทิพย์ รามสูตร, 2540: 161)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวคิดหนึ่งเพื่ออธิบายพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่จะป้องกันโรคภัยไข้เจ็บหรือรักษาสุขภาพของตนเอง เกิดจากการรับรู้ (Maiman and Becker, 1974: 349) ซึ่ง Rosenstock (1974: 354-385) ได้กล่าวว่างองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรค หรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์นั้นขึ้นอยู่กับการณ์ที่บุคคลนั้นรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และโรคนั้น

ความรุนแรงหรือมีผลต่อการดำเนินชีวิต และการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงความรุนแรงของโรคไม่ควรมีอุปสรรคทางด้าน จิตวิทยา เช่น ค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ความไม่สะดวกต่าง ๆ เป็นต้น

ต่อมา Becker and Maiman (1975: 10-24) ได้นำปัจจัยอื่น ๆ มาศึกษาเพิ่มขึ้นเพื่อปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่ง Rosenstock, Strecher and Becker (1994:7-10) ได้สรุปองค์ประกอบที่สำคัญไว้ดังนี้

1. การรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรค (perceived threat) เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนเองเสี่ยงของการเกิดโรค ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย

1.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (perceived seriousness or severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่เชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต มีผลต่อสมรรถภาพร่างกายในการทำงาน ความพิการ ความเจ็บปวด การใช้เวลาในการรักษา หรือสัมพันธภาพทางสังคม และการดำรงชีวิต เมื่อบุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคบุคคลจะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

2 การรับรู้ความคาดหวัง (perceived expectations) เป็นการประเมินพฤติกรรมของบุคคลโดยบุคคลพิจารณาความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และผลที่คาดว่าจะได้รับว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค

2.1 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ (perceived benefits) หมายถึงความเชื่อของบุคคลถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งว่าทำให้ลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรคได้ เช่นการตัดสินใจปฏิบัติตามคำแนะนำ ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติมีผลดีต่อสุขภาพ

2.2 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (perceived barriers) หมายถึงการคาดหมายเหตุการณ์ล่วงหน้าในทางลบของบุคคลในการปฏิบัติตามคำแนะนำได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก ในการรักษาพยาบาล การถูกจำกัดกิจกรรม การมารับบริการ หรือปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยที่ขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้เกิดความขัดแย้ง

2.3 การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ (self- efficacy) หมายถึงความเชื่อของบุคคลในความสามารถของตนเอง ว่าสามารถแสดงพฤติกรรมที่ต้องการได้สำเร็จ องค์ประกอบนี้ Bandura เป็นผู้แนะนำในปี 1977 ซึ่งเชื่อว่ามีผลสำคัญในการอธิบายพฤติกรรม

การดำเนินชีวิตที่จำเป็นต้องอาศัยทักษะ ความสามารถในการเปลี่ยนแปลง เช่นการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และพฤติกรรมทางเพศ เป็นต้น

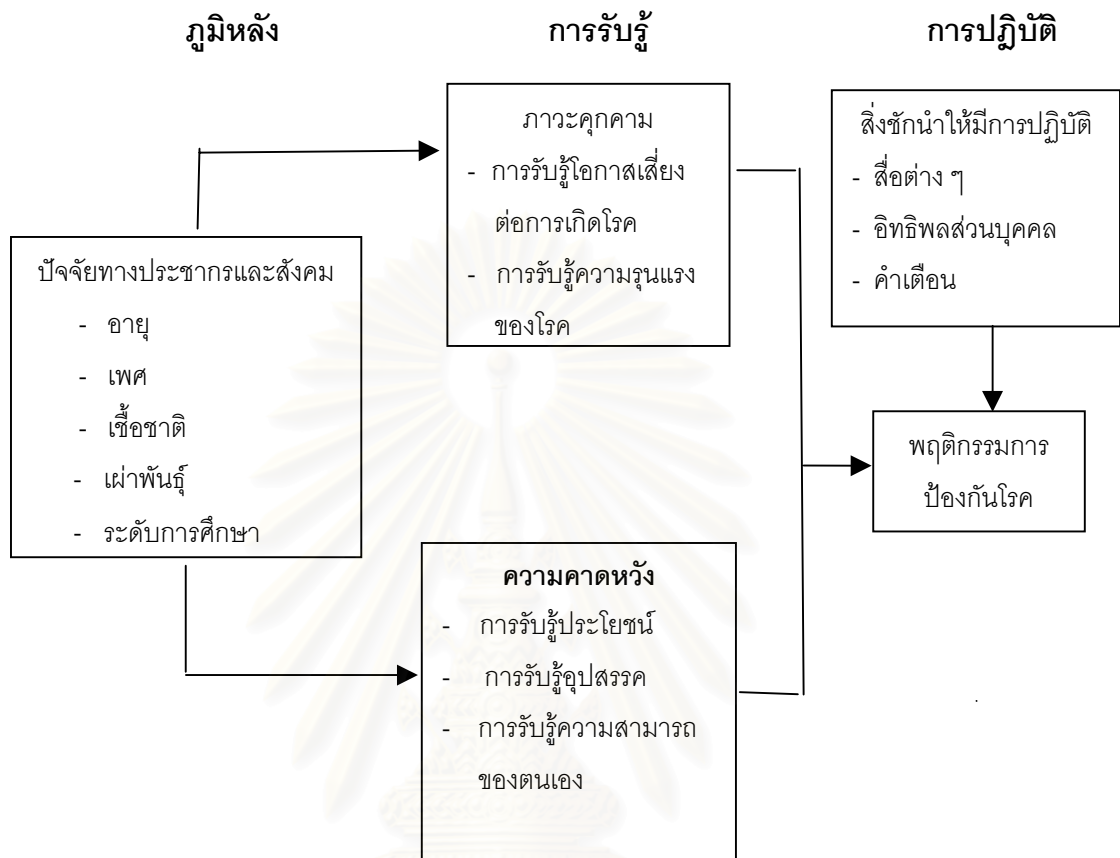
3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (cues to action) เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของตนเอง และมีความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมกับสภาพการณ์นั้น ๆ สิ่งชักนำนี้ได้แก่ สิ่งชักนำภายในเช่น การรับรู้ต่อสภาวะต่าง ๆ ในร่างกายตนเองเช่นเมื่อมีอาการเจ็บป่วย และสิ่งชักนำภายนอกได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรับข่าวสารจากหนังสือพิมพ์ นิตยสาร การรณรงค์ทางสุขภาพจากสื่อมวลชน และการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนบ้าน เป็นต้น

4. ปัจจัยร่วม (modifying Factors) หรือปัจจัยทางประชากรและสังคม (sociodemographic factor) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้ขณะเดียวกันก็ส่งผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันและรักษาโรค ประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ เช่น เพศ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ศาสนา ระดับการศึกษา บุคลิกภาพ และความรู้ เป็นต้น

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ดังกล่าวแสดงดังแผนภูมิที่ 1

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ



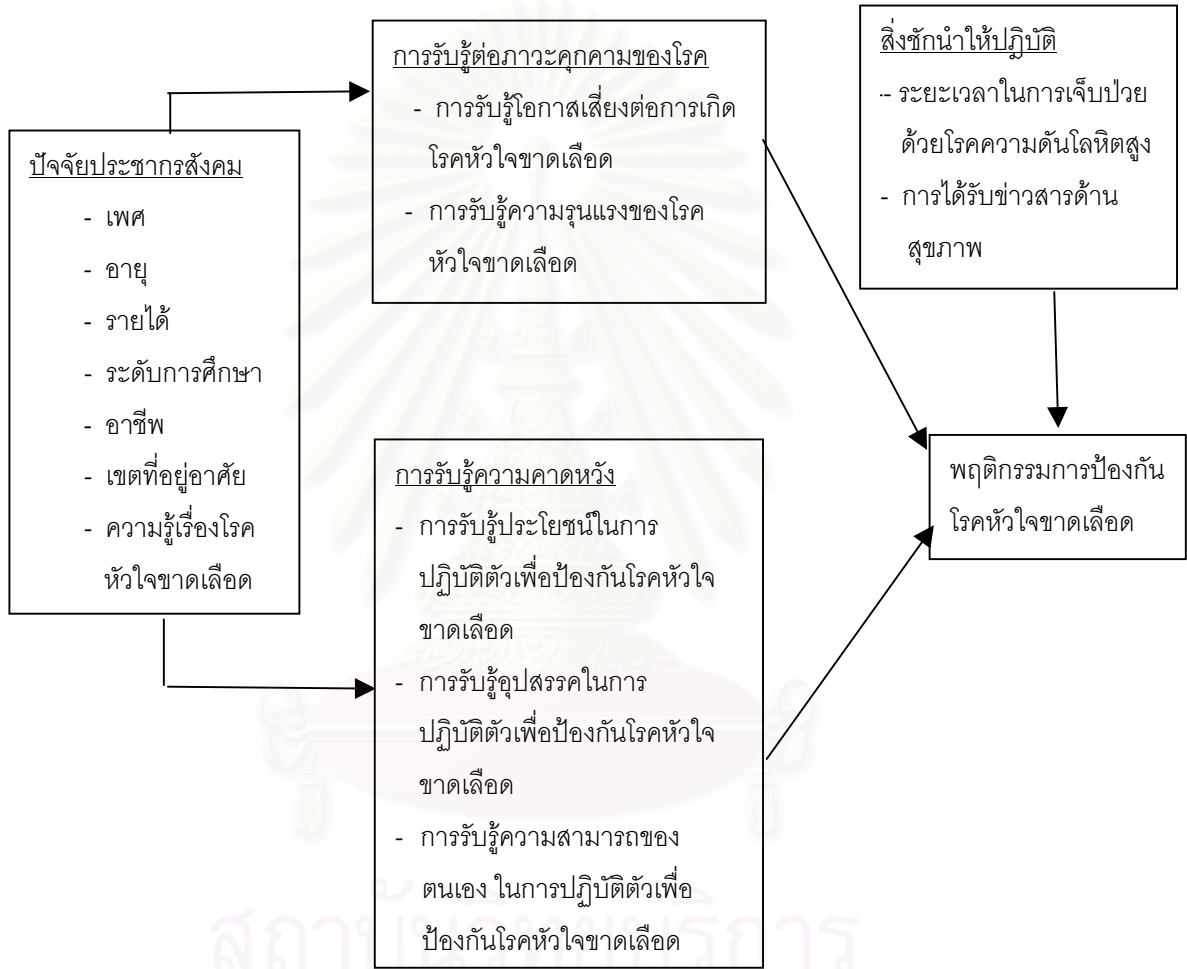
ที่มา : Rosenstock, Strecher and Becker, 1994: 11

1.4 กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) มาเป็นแนวคิดเพื่อสร้างกรอบในการศึกษา ด้วยเหตุผลที่ว่า การรับรู้ด้านต่าง ๆ น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในการแสดงพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพและป้องกันโรค โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาคือการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรค (ได้แก่การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด) การรับรู้ความคาดหวัง (ได้แก่การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด) สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (ได้แก่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และการได้รับข่าวสารด้าน

สุขภาพ) โดยนำปัจจัยทางประชากรและสังคมมาเป็นตัวแปรควบคุม (ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 กรอบการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยง จังหวัดฉะเชิงเทรา



สถาบันส่งเสริมบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.5 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาว่าตัวแปรตามคือพฤติกรรม การป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางใดกับตัวแปรอิสระ ซึ่งตัวแปรที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย การรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรค (ได้แก่ การรับรู้ถึง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค) การรับรู้ความคาดหวัง (ได้แก่ การรับรู้ถึง ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค) สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (ได้แก่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ) ปัจจัยทางประชากรและสังคม (ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการ ศึกษา อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.5.1 การรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรค

1.5.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

การรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นปัจจัยที่มี อาจมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรค เนื่องจากการที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิด โรคมาก อาจแสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรคเพิ่มมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาของ สุวลา จิตติชัย (2540 : 67) ที่ศึกษาพฤติกรรมการ ป้องกันการขาดสารไอโอดีนของผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.01 ทิศทางของความสัมพันธ์สอดคล้องกับการศึกษาของ สมฤดี ธีรนัยปาลิต (2536: 64) ที่ศึกษาการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนในหมู่บ้านโคกสะแบง ตำบลท่าข้าม อำเภอ อรัญประเทศ จังหวัดปราจีนบุรี กรรณิกา เรืองจันทร์ (2535: 59) และนิตยา ภาสุนันท์ (2529: 73) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยความโรคความดันโลหิตสูง ในขณะที่ พวงพยอม การภิญโญ (2536: 96) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคแตกต่างกันทำให้ความร่วมมือของผู้ป่วยเบาหวานในการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง แตกต่างกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ พนมศรี เสาร์สาร (2532: 58) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกันมีผลให้พฤติกรรมการป้องกันโรค เอดส์ของหญิงบริการต่างกันอย่างไรไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 เช่นกัน สำหรับในต่างประเทศจาก การศึกษาของ Howe (1981: 251-255) พบว่าระดับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็ง

เด้านมของหญิงที่มีความเสี่ยงสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ส่วน Andreoli (1980: 232-238) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ให้ความร่วมมือในการรักษาและไม่ให้ความร่วมมือมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าส่วนใหญ่การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคแต่มีบางส่วนไม่มีผล ดังนั้นการที่ประชากรที่รับรู้ว่าคุณเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าน่าจะมีการป้องกันโรคได้ดีกว่าผู้ที่รับรู้ว่าคุณเสี่ยงน้อยกว่า

1.5.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นโรคที่รุนแรงมีผลกระทบต่อ สุขภาพและการดำรงชีวิต อาจส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหรือตัดสินใจร่วมมือในการรักษามากยิ่งขึ้น

จากงานวิจัยของ นภัสวรรณ อินประสิทธิ์ (2536: 46) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันโรคชนิดพิเศษของพนักงานโรงงาน ไม่นิน จังหวัด สระบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทิศทางและระดับความสัมพันธ์ดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวลา จิตติชัย (2540: 67) ที่พบว่านักเรียนชั้นประถมที่รับรู้ถึงความรุนแรง และผลกระทบของการขาดสารไอโอดีนสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนสูงตามไปด้วย ส่วนภรณ์ วัฒนสมบุญ และคณะ (2542: 43) พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่มีการรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบแตกต่างกัน โดยผู้ที่รับรู้ว่าคุณเกิดจากการสูบบุหรี่มีความรุนแรงมากจะไม่สูบบุหรี่ หรือสูบบุหรี่น้อย (สุพิศชา กิ่งแก้วก้านทอง, 2540: 80) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Nelson และคณะ (1978: 898-905) พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่รับรู้ว่าคุณความดันโลหิตสูงมีความรุนแรง จะให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ที่รับรู้ว่าคุณไม่มีความรุนแรง

ขณะที่ผลการศึกษาของ สมฤดี ธีรนยาปาลิต (2536: 64) พวงพยอม การภิญโญ (2536: 96) และสุภาพ ไบแก้ว (2529: 98) พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงและผลกระทบของการเกิดโรคแตกต่างกันไม่ทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษางานวิจัยข้างต้นส่วนใหญ่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบมี อิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ทำให้ผู้วิจัยคาดว่า การที่ประชาชนได้รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดมากจะทำให้แสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น

1.5.2 การรับรู้ความคาดหวัง

1.5.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค เนื่องจากเมื่อบุคคลรู้ว่าการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคมีประโยชน์ช่วยให้ตนเองสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยได้ จะทำให้บุคคลแสวงหาวิธีป้องกันโรค และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง

จากการวิจัยของวราภรณ์ โตเต็มศักดิ์ และ สุวิมล กิมปี (2543: 4)

พบว่า การรับรู้ประโยชน์สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย กล่าวคือ ผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายสูงจะออกกำลังกายสูงตามไปด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า มีงานวิจัยในหลายเรื่อง ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมต่าง ๆ เช่นเดียวกัน ได้แก่ พฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (นิตยา ภาสุนันท์, 2529: 73) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (ปริศนา วรรณท์, 2541: 47) การป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ (หทัยชนก ธนะศิริ นานนท์, 2536: 89; พนมศรี เสาร์สาร, 2532: 58) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ปราณี ทองพิลา, 2542: 62)

ในขณะที่การศึกษาของ ดวงเดือน พันธุ์โยธี (2539: 49) สุภาพ ไบแก้ว (2528: 89) พวงพยอม การภิญโญ (2536: 96) และปริศนา นวลบุญเรือง (2535: 81) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค ด้วยการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีผลต่อการป้องกันโรค

จากการศึกษางานวิจัยข้างต้นส่วนใหญ่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค แต่ยังมีงานวิจัยบางส่วนพบว่า ไม่มีอิทธิพล ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า การที่ประชาชนได้รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากจะทำให้ประชาชนมีพฤติกรรม การป้องกันโรคเพิ่มสูงขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.5.2.2 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ

การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่ขัดขวางพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งอาจได้แก่ การเสียค่าใช้จ่าย ความไม่สุขสบาย ความเครียดและความไม่สะดวกต่าง ๆ ในการปฏิบัติ อุปสรรคที่ได้รับอาจทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติได้

การศึกษาของจิตอาารี ศรีอาคะ (2543: 42) พบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่มีผลต่อการป้องกันโรค กล่าวคือ การมีอุปสรรคในการออกกำลังกาย เช่น ความพร้อมของร่างกาย หรือเวลาในการออกกำลังกายมากจะทำให้พฤติกรรมการออกกำลังกายลดน้อยลง ส่วนการศึกษาอุปสรรคในด้านความสะดวกพบว่าผู้ที่สะดวกในตรวจเต้านมด้วยตนเองจะตรวจเต้านมเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความสะดวก (ประกายทิพย์ จันทร์ภิรมย์, 2541: 53) อุปสรรคในด้านระยะทางพบว่าระยะทางในไปฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด (วรารภรณ์ พรหมพินใจ, 2543: 10) และการดูแลตนเองหลังคลอด (วีรวรรณ เสถียรกาล, 2542: 93) ส่วนจันทร์นิภา ต้นภูมิประเทศ (2543:60) พบว่าผู้ที่ใช้เวลาในการเดินทางไปรับบริการด้านสุขภาพมากจะมารับบริการน้อย นอกจากนั้น ปราณี ทองพิลา (2542: 62) พบว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณสมบัติอุปสรรคในด้านต่าง ๆ สูงจะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำมีผลทำให้สุขภาพไม่ดี

ในขณะที่การศึกษาของพัฒน์วดี เสรินทร์วัฒน์ และจริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2542: 46) พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันติดเชื้อโรคเอดส์ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีศนา วรรณทร์ (2541: 48) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีผลต่อการป้องกันหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ

ผลการศึกษาดังกล่าวส่วนใหญ่พบว่าการมีอุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคในด้านต่าง ๆ เช่นความไม่พร้อมของร่างกาย ความไม่สะดวกในการเดินทางไปรับบริการเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่าถ้าประชากรรับรู้ว่าคุณสมบัติอุปสรรคมากจะทำให้พฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดลดน้อยลง

1.5.2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมเพราะบางครั้งการที่ตนเองมีความรู้ มีความเข้าใจวิธีการป้องกันโรคแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ อาจเกิดมาจากไม่มีความสามารถในการปฏิบัติ

จากงานวิจัยของเกษร สำเนาทอง (2536: 98) พบว่าความเชื่อในความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตต์ลัดดา สุภานันท์ (2539: 101) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความเชื่อในความสามารถในการดูแลตนเองสูงจะป้องกันการเกิดโรคแผลที่ฝ่าเท้าได้สูง และนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงยังมีความสามารถในการป้องกันโรคต่างๆ ได้ดีเช่น การป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ การป้องกันอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (เยาวลักษณ์ ตรีธัญญาทรัพย์, 2538: 103; กาญจนา ประสานปราน, 2535: 57; เยาวรัตน์ มัชฌิม, 2542: 71)

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าความเชื่อในความสามารถในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยผู้ที่มีความเชื่อในความสามารถในการป้องกันโรคสูงจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าประชากรที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าน่าจะป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้มากกว่าผู้ที่มีความเชื่อในความสามารถของตนเองต่ำกว่า

1.5.3 สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ

1.5.3.1 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย

ระยะเวลาในเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเนื่องจากตามธรรมชาติการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ต้องอาศัยเวลาการที่บุคคลทราบมานานแล้วว่าตนเองเจ็บป่วยอาจทำให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันโรคให้ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษาของมาลี จำนงผล (2540: 63) พบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวคือระยะเวลาในการเจ็บป่วยนานจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมากยิ่งขึ้น ทิศทางของความสัมพันธ์สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ (2535: 59) และ

อัจฉริยา พวงแก้ว (2540: 65) ที่พบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันโรคแทรกซ้อนแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้การศึกษาของพัชรา สุหนทรารชุน (2541: 61) พบว่าระยะเวลาที่มารดาทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลบุตรวัยขวบปีแรกเพื่อป้องกันการติดเชื้ออวัยวะแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน

ผลการศึกษารายงานแสดงให้เห็นว่าระยะเวลาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค โดยผู้ที่ทราบว่าตนเองเจ็บป่วยระยะเวลานานจะมีพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคมายิ่งขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ทราบจากการตรวจวินิจฉัยมานานแล้วว่าตนเองมีความดันโลหิตสูงจะป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้ดีกว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เพิ่งทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง

1.5.3.2 การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ

การได้รับข่าวสารเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้บุคคลได้รับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและวิธีการในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ถ้าบุคคลใดมีโอกาสได้รับรู้ข่าวสารมาก ก็จะทำให้บุคคลนั้นเข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาของ สุจิตรา ภูแก้วล้วน (2540: 79) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาจังหวัดกระบี่ พบว่าเด็กนักเรียนที่มีโอกาสได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารมากกว่าจะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนดีกว่าเด็กนักเรียนที่มีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ประกายทิพย์ จันทรภิรมย์ (2541: 53) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีวัยรุ่นโดยสตรีวัยรุ่นที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากกว่าสตรีวัยรุ่นที่ไม่ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วน วณิดา อินทราชา (2537 : 83) พบว่าผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งหลังจากการได้รับข้อมูลข่าวสารมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ มากกว่าก่อนการได้รับข้อมูลข่าวสาร และจากการศึกษาของ วราภรณ์ พรหมพินใจ (2543: 10) พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน

ในขณะที่การศึกษาของประดับ ทองใส (2541: 62) ที่ศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารแตกต่างกันทำให้มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคแตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการทบทวนงานวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่าการรับรู้ข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค เนื่องจากการได้รับข่าวสารเรื่องโรคต่าง ๆ มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมดังกล่าว การที่ประชากรรับรู้ข่าวสารต่างก็น่าจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดต่างกันโดยผู้ที่รับรู้ข่าวสารเรื่องโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าน่าจะป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้ดีกว่า

1.5.4 ปัจจัยทางประชากรและสังคม

1.5.4.1 เพศ

เพศเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเนื่องจากความแตกต่างด้านร่างกาย จิตใจ และบทบาททางเพศของชายและหญิงอาจส่งผลให้แสดงพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน กล่าวคือ การที่เพศหญิงได้รับการปลูกฝังให้เป็นผู้ที่ต้องมีหน้าที่รักษาความสะอาดของบ้านเรือน ดูแลบุตร ดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้หญิงมีความละเอียดรอบคอบในการสังเกตสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย สนใจที่จะเอาใจใส่รักษาสุขภาพหรือดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคมากกว่าเพศชาย ประกอบกับการที่เพศหญิงมีโครงสร้างทางร่างกายที่อ่อนแอกว่าเพศชาย อาจทำให้หญิงสนใจดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคมากกว่าเพศชาย ดังนั้นเพศจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

จากการศึกษาของรัจจา ศรีสุเทพ (2542: 67) ที่ศึกษาภาวะการตายและปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดในจังหวัดพิจิตร พบว่าเพศหญิงมีการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจดีกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษานี้สอดคล้องกับ วราภรณ์ นารินทร์ (2540: 74) ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความดันโลหิตสูงดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และรุ่งศรี ยุ่งทอง (2537: 82) พบว่าพนักงานเพศหญิงในสถานเริงรมย์จังหวัดราชบุรีมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์มากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน นอกจากนี้การสำรวจด้านสาธารณสุขในปี 2539 พบว่าหญิงมาใช้บริการด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย กล่าวคือร้อยละ 6.72 เปรียบเทียบกับร้อยละ 5.08 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2542: 20) ซึ่งข้อค้นพบจากการสำรวจดังกล่าวอาจแสดงว่าเพศหญิงสนใจดูแลสุขภาพและป้องกันโรคมากกว่าเพศชาย สำหรับการศึกษาในต่างประเทศโดย Weissfeld และคณะ (1990: 143-155) พบว่าเพศหญิงมีการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้แก่การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงจากการดื่มสุรา ควบคุมการรับประทานอาหารดีกว่าเพศชาย

ในขณะที่การศึกษาของ สุภาพ ไบแกว (2528: 98) ซึ่งศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน และพวงพยอม การภิญโญ (2536: 96) ซึ่งศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน พบว่า เพศชายและหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคแตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นส่วนใหญ่จะแสดงให้เห็นว่าเพศหญิงจะมีความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่าเพศชาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าเพศหญิงจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าเพศชาย

1.5.4.2 อายุ

อายุเป็นองค์ประกอบของบุคคลที่สำคัญยิ่ง เพราะอายุมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันอาจมีความแตกต่างกันในด้านความรู้ ความชำนาญ ความรับผิดชอบ ความสนใจ และความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ฉะนั้นอายุจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคด้วย

ปราณี มหาศักดิ์พันธ์ (2538: 62) พบว่าอายุแตกต่างกันจะดูแลสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าจะมารับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า ความสัมพันธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของอรอนงค์ สัมพันธ (2539: 102) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคแทรกซ้อนดีกว่าผู้ที่อายุต่ำกว่า 35 ปี ส่วนการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของรุ่งศรี ยุ่งทอง (2537: 88) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ พนักงานบริการในสถานเริงรมย์ที่มีอายุมากจะป้องกันโรคเอดส์ได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ วราภรณ์ พรหมพินิจและคณะ (2543: 10) ที่พบว่ามารดาที่อายุมากจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดน้อยกว่า

ในขณะที่ผลการศึกษาเกี่ยวกับโรคที่ติดต่อได้ของพนมศรี เสาร์สาร (2532: 52) และสุกัญญา ณรงค์วิทย์ (2532: 60) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคสอดคล้องกับการศึกษาของนภัสวรรณ อินประเสริฐ (2536: 36) ซึ่งพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคซึลโคซิส ส่วนการศึกษาในต่างประเทศของ Becker (1974: 88) พบว่าความไม่ร่วมมือในการรักษา และการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาพบได้ในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ

ข้อมูลดังกล่าวทำให้คาดว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด โดยที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงของจังหวัดฉะเชิงเทราที่มีอายุมากกว่าน่าจะแสดงพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าประชากรที่มีอายุน้อยกว่า

1.5.4.3 รายได้

รายได้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยในการแสวงหาสิ่งต่าง ๆ ที่มีประโยชน์ในการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ได้รับอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ ตลอดจนถึงความสามารถในการเลือกใช้บริการสุขภาพและโอกาสในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพได้ตามความต้องการ ซึ่งสิ่งดังกล่าวช่วยนำมาซึ่งศักยภาพในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค

การวิจัยของจิรวรรณ อินคัม (2541: 54) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัลภา ตั้งวชิรา (2539: 73) และรุ่งศรี ยุ่งทอง (2537: 89) ซึ่งพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ส่วนการศึกษาของวรภรณ์ พรหมพินใจและคณะ (2543: 10) เรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด พบว่ารายได้แตกต่างกันมีผลทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคบาดทะยักแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้สมทรง สุขศิลป์ (2526: 88) พบว่ามารดาที่มีรายได้ของครัวเรือนสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรสูง อย่างไรก็ตามผลการวิจัยดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาของ วรภรณ์ โตเต็มศักดิ์ และสุวิมล กิมปี (2543: 41) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ในขณะที่การศึกษาของมาลี จำนงผล (2540: 63) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกันกับ วรภรณ์ นารินทร์ (2540: 74) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง พบว่าการมีรายได้แตกต่างกันมีผลให้มีการดูแลสุขภาพแตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน

จากการทบทวนงานวิจัยส่วนใหญ่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำรายได้มาศึกษาในครั้งนี้โดยคาดว่าผู้ที่มีรายได้สูงน่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ

1.5.4.4 ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า ดังนั้นการศึกษาจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรค

จันทรา กฤษณะสุวรรณ และอำไพ จันทราช (2543: 44) พบว่าหญิงขายบริการทางเพศในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดนครราชสีมาที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์สูงกว่าหญิงขายบริการที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความสัมพันธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับอนงค์นาฏ เหลี่ยมสมบัติและคณะ (2540: 16) ที่พบว่าผู้มารับบริการฝากครรภ์ที่จังหวัดชัยนาทที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า นอกจากนี้การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีผลต่อการป้องกันโรคแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีการศึกษาในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยหลีกเลี่ยงจากการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ควบคุมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน (กรรณิกา เรืองจันทร์, 2535: 59; นพรัตน์ เจริญกิจ และเสาวลักษณ์ เล็กอุทัย, 2543: 9)

ในขณะที่ข้อค้นพบของพัฒนา โพธิ์แก้ว (2537: 37) วราภรณ์ พรหมพันธุ์ และคณะ (2543: 10) ปราวณี มหาศักดิ์พันธ์ (2543: 62) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่มีผลต่อการป้องกันโรคกับระดับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีผลต่อการป้องกันโรค

จากการศึกษาข้างต้นอาจกล่าวได้ว่าระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยคาดว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงจังหวัดฉะเชิงเทราที่มีระดับการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ความเข้าใจและแสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้อย่างถูกต้องมากกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาในระดับต่ำกว่า

1.5.4.5 อาชีพ

ลักษณะอาชีพที่ต่างกันย่อมนำมาซึ่งการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน เช่น การมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดแตกต่างกัน ฉะนั้นอาชีพจึงน่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

จากการศึกษาของ อนงค์นาฎ เหลี่ยมสมบัติและคณะ (2540: 17) พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าผู้ที่ประกอบอาชีพค้าขายมีพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงสุด รองลงมาคือรับราชการ เกษตรกรรม และ รับจ้าง ตามลำดับ และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าอาชีพผู้ใช้แรงงานมีวิถีชีวิตสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันโรคสูงกว่าผู้ที่ไม่ใช้แรงงาน (รัจจา ศรีสุเทพ, 2542: 69; นราพร พิชัยณรงค์, 2529:16) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Kunts และคณะ (1999: 47) ที่ม้งานศึกษาอยู่ในประเทศฝรั่งเศส ประเทศสวีเดนและประเทศแถบเขตเมดิเตอร์เรเนียน พบว่าผู้ใช้แรงงานมีการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดต่ำกว่าผู้ที่ไม่ใช้แรงงาน ส่วนพัฒนา โพธิ์แก้ว (2537: 87) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคที่ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มารับการรักษาที่ศูนย์โรคเขต 10 จังหวัดเชียงใหม่พบว่า ผู้ที่ว่างงานมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคแทรกซ้อนโดยการให้ความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าผู้ที่มีงานประจำ นอกจากนี้ Kurosak และคณะ (2000: 15-23) พบว่าผู้ที่ขับรถแท็กซี่รับจ้างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดน้อยกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพอื่นคือ พบว่ามีการสูบบุหรี่ และไม่สามารถควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานมากกว่า

ในขณะที่ ปราณี มหาศักดิ์พันธ์ (2543 : 62) และวราภรณ์ พรหมพินใจ (2543: 10) พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีผลต่อการป้องกันโรค

จากการวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรค โดยคาดว่าผู้ที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมซึ่งมีลักษณะอาชีพส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้แรงงาน น่าจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมซึ่งลักษณะอาชีพส่วนใหญ่ใช้แรงงานน้อยกว่า

1.5.4.6 เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัยนั้นบ่งบอกให้รู้ถึงความแตกต่างของความเจริญด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงอาศัยอยู่ ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองอาจมีวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการอำนวยความสะดวกสบาย มีโอกาสในการเลือกซื้อสินค้าและบริการ

ต่าง ๆ ได้อย่างมาก เนื่องจากเป็นศูนย์รวมในด้านการค้า และการประกอบธุรกิจ และสถานบริการด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมดังกล่าวย่อมส่งผลให้บุคคลที่มีเขตที่อยู่อาศัยต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคแตกต่างกัน

รัจจา ศรีสุเทพ (2542: 69) พบว่าผู้อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีวิถีชีวิตสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่าผู้อยู่ในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของบงกช เขียวยานยนต์ (2533: 54) พบว่าที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับความเครียดโดยผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีความเครียดสูงกว่าในชนบท โดย นราพร พิชัยณรงค์ และคณะ (2529: 16) พบว่าผู้อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเป็นโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าเขตชนบท

ในขณะที่การศึกษาของ อุทัย เจริญจิตต์ (2541: 68) พบว่าเขตที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือด

การทบทวนงานวิจัยข้างต้นนั้นทำให้เห็นว่าที่อยู่อาศัยมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยในเขตเมืองมีความเจริญ มีการใช้เทคโนโลยีเพื่ออำนวยความสะดวกสบายมากกว่าชนบท ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบทน่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเมือง

1.5.4.7 ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด

ความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเนื่องจากความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดก่อให้เกิดความเข้าใจ และมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม การป้องกันโรคอย่างถูกต้อง เมื่อบุคคลใดมีความรู้ที่ถูกต้องย่อมประเมินได้ว่าควรแสดงพฤติกรรมเช่นใด

จากการศึกษาของรัจจา ศรีสุเทพ (2542: 92) พบว่าความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่พบว่าความรู้สูงจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่าง ๆ สูงตามไปด้วยได้แก่ พฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ (จันทรา กฤษณะสุวรรณ และอำไพ จันทราษ, 2543: 45) การป้องกันหลอดเลือดแดงตีบซ้ำ (ภรดี เทพส่องแสง, 2541:54) การป้องกันโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด (วราภรณ์ พรหมพันธุ์ และคณะ, 2543 : 10) การป้องกันโรคมะเร็งเต้านม (ประกายทิพย์ จันทร์ภิรมย์, 2541: 53)

การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก (เยาวรัตน์ มัชฌิม, 2542: 71) และ การป้องกันโรคเห็อกและฟัน (เยาวลักษณ์ ตรีธัญญาทรัพย์, 2538: 103)

ในขณะที่ หทัยชนก ธนะศิรินันท์ (2536: 75) พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า

จากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าวส่วนใหญ่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคผู้วิจัยจึงคาดว่าประชากรที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงตามไปด้วย

1.6 สมมุติฐานการศึกษา

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงจังหวัดฉะเชิงเทราในครั้งนี้ได้ตั้งสมมุติฐานหลักและสมมุติฐานย่อยไว้ดังนี้

1.6.1 สมมุติฐานหลัก

ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในจังหวัดฉะเชิงเทราที่มีการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ความคาดหวัง และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกัน

1.6.2 สมมุติฐานย่อย

1. ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าน่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดต่ำกว่า

2. ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าน่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดต่ำกว่า

3. ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าน่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดต่ำกว่า

4. ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดต่ำกว่าน่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่า

5. ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าน่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดต่ำกว่า

6. ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงนานกว่าน่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า

7. ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีการได้รับข่าวสารในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าน่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีการได้รับข่าวสารในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดต่ำกว่า

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. จะได้ทราบถึงสถานการณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้ข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และการรับรู้ด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงจังหวัดฉะเชิงเทรา

2. เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและวางแผนงานการให้สุขศึกษาในระดับจังหวัด และระดับชุมชนในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

3. เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงวิธีการ และสื่อต่าง ๆ ที่ใช้ในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในโอกาสต่อไป

บทที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัยและลักษณะทั่วไปของข้อมูล

การศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทราในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ที่เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจคัดกรองว่ามีความดันโลหิตสูง ในบทนี้จะได้กล่าวถึงระเบียบวิธีวิจัยและลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือประชากรอายุ 35 – 59 ปี ที่ผ่านการตรวจคัดกรองว่าเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดโดยมีความดันโลหิตสูงเท่ากับ 160/95 มิลลิเมตรปรอท หรือสูงกว่าจากสถานบริการด้านสาธารณสุขของรัฐบาลในจังหวัดฉะเชิงเทรา (ประกอบด้วยโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยประจำตำบลในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา)

2.2. ขนาดของตัวอย่าง

ข้อมูลปีงบประมาณ 2543 แสดงว่าจังหวัดฉะเชิงเทรามีประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด จากวิธีการตรวจคัดกรองผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจำนวน 5,659 คน (ตารางที่ 1) จึงนำจำนวนดังกล่าวมาคำนวณหาขนาดของตัวอย่างที่น้อยที่สุด โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ระดับ 0.05 และคำนวณหาขนาดของตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1977: 725 อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2540: 60) มีรายละเอียดดังนี้

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

n หมายถึงขนาดของตัวอย่าง

N หมายถึงจำนวนประชากรที่ได้รับการตรวจคัดกรองว่าเสี่ยงต่อการเกิดโรค (5,659 คน)

e หมายถึงความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ = 0.05

$$n = \frac{5,659}{1 + 5,659 (0.05)^2} = 400 \text{ ตัวอย่าง}$$

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนตำบล เทศบาล และจำนวนประชากรอายุ 35-59 ปีของจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ผ่านการตรวจคัดกรองว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประจำปีงบประมาณ 2543 จำแนกตามอำเภอ/กิ่งอำเภอ

อำเภอ/กิ่งอำเภอ	ตำบล	เทศบาล	จำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูง
อ. เมือง	19	2	661
อ.บางคล้า	9	2	761
อ. บางน้ำเปรี้ยว	10	4	515
อ. บางปะกง	12	5	1,170
อ. บ้านโพธิ์	17	2	465
อ. พนมสารคาม	8	3	487
อ. สนามชัยเขต	4	1	264
อ. แปลงยาว	4	3	829
อ. ราชสาส์น	3	-	161
อ. ท่าตะเกียบ	2	-	177
กิ่ง อ. คลองเขื่อน	5	-	169
รวม	93	22	5,659

ที่มา: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, “จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อของจังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ 2543” ในรายงานสรุปการตายด้วยโรคไม่ติดต่อปีงบประมาณ 2543.

2.3 วิธีเลือกตัวอย่าง

ในการเลือกตัวอย่างได้ใช้วิธีเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เนื่องจากการสำรวจเบื้องต้นเมื่อเดือนเมษายน 2544 พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอายุ 35 –59 ปีในแต่ละอำเภอมีการเคลื่อนย้าย เช่น ย้ายที่อยู่อาศัย หรือออกไปทำงานนอกเขตพื้นที่ จึงอาจทำให้ไม่สามารถพบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงตามรายงานที่ได้รับในช่วงสำรวจ และการเข้าถึงพื้นที่ของแต่ละอำเภอนั้นมีความยากง่ายแตกต่างกันไป รวมทั้งการประสานงานติดตามผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอายุ 35-59 ปี ต้องอาศัยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อในพื้นที่นั้นๆ ดังนั้นเพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ คืออย่างน้อย 400 ตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกอำเภอที่เป็นตัวอย่าง จำนวน 3 อำเภอ โดยเลือกอำเภอที่มีเขตเทศบาล อยู่ในอำนาจการปกครอง โดยอำเภอดังกล่าวเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในเกณฑ์สูง รวมทั้งสามารถติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลได้ในระยะเวลาที่กำหนด อำเภอที่เลือกได้แก่ อำเภอบางปะกง อำเภอเมือง และอำเภอบ้านโพธิ์

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บในแต่ละอำเภอ ข้อมูลจากรายงานปีงบประมาณ 2542 อำเภอเมืองเป็นอำเภอที่มีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงที่สุดคือ 93 คน รองลงมาได้แก่อำเภอบางปะกงจำนวน 56 คน และอำเภอบ้านโพธิ์จำนวน 33 คน (ฝ่ายแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2543: 122) นำจำนวนดังกล่าวมาหาสัดส่วนจำนวนตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูลในแต่ละอำเภอได้ดังนี้ อำเภอเมือง 0.5 อำเภอบางปะกง 0.3 และอำเภอบ้านโพธิ์ 0.2

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการเลือกตัวอย่างในเขต 3 อำเภอที่ได้รับการคัดเลือก โดยเลือกจากประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี ที่มีความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในอำเภอที่เลือกในช่วงเวลาที่ดำเนินการสำรวจ และประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี ที่มีความดันโลหิตสูง ตามบัญชีรายชื่อจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สามารถติดตามได้ในเขตอำเภอที่เลือก (เนื่องจากประชากรกลุ่มเสี่ยงอาจไม่ได้อาศัยอยู่ประจำในเขตพื้นที่นั้น)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนประชากรที่มีความดันโลหิตสูงที่เป็นตัวอย่างจากการคำนวณและจากตัวอย่างที่สามารถเก็บรวบรวมได้ จำแนกตามอำเภอ

อำเภอ	สัดส่วน	จำนวนตัวอย่างจากการคำนวณ	จำนวนตัวอย่างที่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้		
			เขตชนบท	เขตเมือง	รวม
อำเภอเมือง	$93/182=0.5$	$400 \times 0.5 = 200$	112	79	191
อำเภอบางปะกง	$56/182=0.3$	$400 \times 0.3 = 120$	42	84	126
อำเภอบ้านโพธิ์	$33/182=0.2$	$400 \times 0.2 = 80$	78	21	99
รวม	1	400	232	184	416

2.4 ขอบเขตของการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองว่ามีความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง อำเภอบางปะกง และอำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่สามารถติดตามสอบถามข้อมูลได้
2. ตัวแปรสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ครั้งนี้ ได้ศึกษา เฉพาะระยะเวลาการเจ็บป่วย และการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ
3. ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา คือ ผู้มีความดันโลหิตสูง ซึ่งถือว่าเป็นผู้มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด แต่อาจมีปัจจัยเสี่ยงด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ระดับไขมันในเลือดสูง มีประวัติคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคเบาหวาน เป็นต้น

2.5 ข้อตกลงเบื้องต้น

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคในการศึกษานี้มุ่งเฉพาะพฤติกรรมที่ปฏิบัติในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาโดยไม่คำนึงถึงพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมาก่อนหน้านี้
2. ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่นำมาศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้มีความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด

2.6 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 4 ส่วนแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำ และแบบตรวจรายการ (check list)

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดที่สร้างจากแบบเรียนด้วยตนเองของกรมการแพทย์ (2536: 7-32) ที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นการทดสอบความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด ลักษณะเนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุ อาการ และการป้องกันโรค ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัยให้เลือกตอบ (multiple choice)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในรอบ 1 เดือนก่อนการสำรวจ ได้แก่การควบคุมการบริโภคอาหาร การหลีกเลี่ยงจากการสูบบุหรี่และดื่มสุรา การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับ

การรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบเรียนด้วยตนเองในการปฏิบัติตนของผู้มีความดันโลหิตสูง ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์, 2536:37-49) และจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัยให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 4 การรับรู้ด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยดัดแปลงคำถามมาจาก Weissfeld และคณะ (1990: 141-155) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยดัดแปลงคำถามจากแบบวัดของ Lawrence และ McIeroy (1986: 317- 321) ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัยให้เลือกตอบ

2.7 การทดสอบแบบสอบถาม

ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของคำถามต่าง ๆ ที่สร้างขึ้น ผู้วิจัยได้ขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ คือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมประจำโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราตรวจพิจารณาแก้ไข หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามไปทดสอบกับประชากรที่มีความดันโลหิตสูง ที่อำเภอแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 30 คน และได้ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม ในส่วนคำถามของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา (alpha-coefficient) ด้วยวิธีของครอนบาช (Cronbach) ซึ่งวัตถุประสงค์ของการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เพื่อตัดข้อคำถามบางคำถาม และปรับปรุงแบบสอบถามให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง (ธวัชชัย งามสันติวงศ์ 2543: 627- 631)

2.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

1. การแจกแจงตัวแปรระดับตัวแปรหนึ่งตัวของลักษณะทั่วไปของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เป็นตัวอย่าง ในการนำเสนอหากตัวแปรเป็นระดับกลุ่มจะนำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่และแจกแจงอัตราร้อยละ และในกรณีที่เป็นตัวแปรระดับช่วงจะนำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ยเลขคณิตและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระทีละตัวด้วยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (mean) หลังจากนั้นนำปัจจัยทางประชากรและสังคมมาเป็นตัวแปรควบคุมตัวแปรอิสระที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ในด้านต่าง ๆ และนำเสนอด้วยตารางไขว้ 3 ทาง (crossbreak)

3. การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย (simple regression analysis) ของตัวแปรการรับรู้ภาวะคุกคาม การรับรู้ความคาดหวัง และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ และวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (multiple regression analysis) ของตัวแปรดังกล่าวข้างต้นทีละตัว ร่วมกับปัจจัยด้านประชากรและสังคม ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด

2.9 นิยามตัวแปรและการวัดตัวแปร

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้รวบรวมคำถามที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรต่าง ๆ หลายคำถาม เพื่อใช้เป็นดัชนีวัดตัวแปรที่นำมาศึกษา เช่น ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมในการป้องกันโรค ลักษณะคำถามมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ส่วนคำถามของตัวแปรอิสระที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถ เป็นคำถามที่วัดเชิงทัศนคติ มี 3 ตัวเลือกได้แก่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ ซึ่งตัดแปลงการให้คะแนนมาจากการวัดทัศนคติแบบลิเคิร์ตสเกล (likert scale) คำถามทั้งหมดมีทั้งแนวบวก และแนวลบ จากนั้นได้นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มที่ศึกษา ดังได้กล่าวแล้วข้างต้น และได้ตัดคำถามที่มีปัญหาไม่สัมพันธ์กับคะแนนรวมออกไป จึงพบว่าคำถามของตัวแปรบางตัวเช่น การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค เป็นคำถามแนวบวกทั้งหมด ซึ่งถือเป็นจุดอ่อนในการตีความหมายจากคะแนนรวมที่ได้ แต่อย่างไรก็ตามในการคัดเลือกคำถามที่ใช้ในการวิจัย สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2523: 76-80) กล่าวว่า เมื่อทดสอบความเหมาะสมของการรวมคำถามแล้วคำถามมีความสอดคล้องกันดี ถือว่าสามารถนำคำถามนั้นไปใช้วัดตัวแปรได้ ตัวแปรที่นำมาศึกษามีรายละเอียดดังนี้

2.9.1 ตัวแปรตาม ได้แก่

พฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึงพฤติกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม การสูบบุหรี่และดื่มสุรา การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบปรนัยแบบให้เลือกตอบ โดยใช้ข้อคำถามแบบมี 2 ตัวเลือก คือ ไม่ใช่ ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำถามบวก	คำถามลบ	คะแนน
ไม่ใช่	ใช่	0
ใช่	ไม่ใช่	1

มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.67 ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยจัดกลุ่มเป็น 3 ระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ดังนี้ ระดับต่ำ หมายถึง มีคะแนนน้อยกว่า $\bar{x}-S.D.$ ระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{x} \pm S.D.$ ระดับสูง หมายถึง มีคะแนนมากกว่า $\bar{x}+S.D.$

2.9.2 ตัวแปรอิสระ ได้แก่

2.9.2.1 การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค ประกอบด้วย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดหมายถึง การรับรู้ของประชากรกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ลักษณะของข้อคำถามในการศึกษาแบ่งเป็น

- ไม่เสี่ยง
- เสี่ยงน้อย
- เสี่ยงปานกลาง
- เสี่ยงมาก

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง การที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงรับรู้โรคหัวใจขาดเลือดมีความรุนแรงหรือมีผลกระทบด้านต่าง ๆ ต่อการดำรงชีวิตของตนเอง ลักษณะของข้อคำถามในการศึกษา เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) โดยใช้ข้อคำถามแบบมี 3 ตัวเลือก คือ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำถามบวก	คำถามลบ	คะแนน
ไม่ใช่	ใช่	0
ไม่แน่ใจ	ไม่แน่ใจ	1
ใช่	ไม่ใช่	2

มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.69 ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยจัดกลุ่มเป็น 3 ระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ดังนี้ ระดับต่ำ หมายถึง มีคะแนนน้อยกว่า $\bar{x}-S.D.$ ระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{x} \pm S.D.$ ระดับสูง หมายถึง มีคะแนนมากกว่า $\bar{x}+S.D.$

2.9.2.2 การรับรู้ความคาดหวัง ประกอบด้วย

1. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

หมายถึง การที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงรับรู้ว่าการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดนั้นมีประโยชน์ในด้านต่าง ๆ ต่อตนเองและป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้ ลักษณะของข้อคำถามในการศึกษาเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) โดยใช้ข้อคำถามแนวบวกทั้งหมด แบบมี 3 ตัวเลือก คือ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่ใช่ได้ 0 คะแนน ไม่แน่ใจได้ 1 คะแนน ใช่ได้ 2 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.63 ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยจัดกลุ่มเป็น 3 ระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ดังนี้ ระดับต่ำ หมายถึง มีคะแนนน้อยกว่า $\bar{X}-S.D.$ ระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm S.D.$ ระดับสูง หมายถึง มีคะแนนมากกว่า $\bar{X}+S.D.$

2. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง

การที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงรับรู้ว่ามีปัจจัยต่าง ๆ ที่มาขัดขวางตนเองในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สุขสบาย และความไม่สะดวกต่าง ๆ ลักษณะของข้อคำถามในการศึกษาเป็น มาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) โดยใช้ข้อคำถามแนวบวกทั้งหมด แบบมี 3 ตัวเลือก คือ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน ไม่แน่ใจได้ 1 คะแนน ใช่ได้ 2 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยจัดกลุ่มเป็น 3 ระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ดังนี้ ระดับต่ำ หมายถึง มีคะแนนน้อยกว่า $\bar{X}-S.D.$ ระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm S.D.$ ระดับสูง หมายถึง มีคะแนนมากกว่า $\bar{X}+S.D.$

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณสมบัติความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ลักษณะของข้อคำถามในการศึกษาเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) โดยใช้ข้อคำถามแบบมี 3 ตัวเลือก คือ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่

คำถามบวก	คำถามลบ	คะแนน
ไม่ใช่	ใช่	0
ไม่แน่ใจ	ไม่แน่ใจ	1
ใช่	ไม่ใช่	2

มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยจัดกลุ่มเป็น 3 ระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ดังนี้ ระดับต่ำ หมายถึง มีคะแนนน้อยกว่า $\bar{X}-S.D.$ ระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm S.D.$ ระดับสูง หมายถึง มีคะแนนมากกว่า $\bar{X}+S.D.$

2.9.2.3 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ได้แก่

1. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระยะเวลาที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงทราบว่าตนเป็นโรคความดันโลหิตสูงจนถึงวันสัมภาษณ์ ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยจัดกลุ่มเป็น 3 ระดับโดยพิจารณาจากความถี่สะสม และเกณฑ์ในการตรวจสุขภาพ กล่าวคือ ระยะเวลาที่จะทราบว่าตนเองมีความผิดปกติหรือเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น อย่างน้อยควรทราบภายในระยะเวลา 1 ปีหรือน้อยกว่านี้ เนื่องจากโดยทั่วไปทุกคนควรตรวจสุขภาพร่างกายทุก 1 ปี (กรมการแพทย์, ม.ป.ป: 15) ดังนั้นจึงนำเกณฑ์ ดังกล่าวมาประกอบการพิจารณาแบ่งกลุ่มดังนี้

- ระยะเวลา น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 เดือน
- ระยะเวลา 13-46 เดือน
- ระยะเวลามากกว่า 46 เดือน

2. การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ หมายถึง การที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ด้านการบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการรับการรักษา จากสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ และสื่อบุคคลเช่นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น ลักษณะของข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) ที่มีตัวเลือก 3 ตัว คือ ไม่เคยรับ รับนาน ๆ ครั้ง รับเป็นประจำ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถาม	คะแนน
ไม่เคยรับข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	0
รับข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดนาน ๆ ครั้ง	1
รับข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเป็นประจำ	2

ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยจัดกลุ่มเป็น 3 ระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ดังนี้ ระดับต่ำ หมายถึง มีคะแนนน้อยกว่า $\bar{X}-S.D.$ ระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm S.D.$ ระดับสูง หมายถึง มีคะแนนมากกว่า $\bar{X}+S.D.$

2.9.3 ตัวแปรควบคุม ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร และสังคมประกอบด้วย

1. เพศ หมายถึง เพศที่กำหนดโดยธรรมชาติเป็นข้อกำหนดทางชีววิทยาให้บุคคลเกิดมาเป็นหญิงหรือชาย แบ่งเป็น
 - เพศชาย
 - เพศหญิง
2. อายุ หมายถึงอายุเต็มของประชากรกลุ่มเสี่ยงโดยนับตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวันสัมภาษณ์ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและนำเสนอด้วยตารางไขว้ 3 ทาง นำมาแบ่งเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ดังนี้ ระดับต่ำ หมายถึง มีคะแนนน้อยกว่า $\bar{x}-s.d.$ ระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{x} \pm s.d.$ ระดับสูง หมายถึง มีคะแนนมากกว่า $\bar{x}+s.d.$ แบ่งเป็น
 - อายุ 35-39 ปี
 - อายุ 40-54 ปี
 - อายุ 55-59 ปี
3. รายได้ หมายถึง รายได้ต่อเดือนของประชากรกลุ่มเสี่ยงโดยรวมจากทุกแหล่งในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และนำเสนอด้วยตารางไขว้ 3 ทาง เนื่องจากส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่ามากกว่าใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแบ่งกลุ่ม ทำให้ข้อมูลต่ำสุดและสูงสุดมีค่าความถี่น้อยมาก เมื่อนำปัจจัยด้านประชากรสังคมมาควบคุมทำให้ได้จำนวนตัวอย่างน้อยกว่า 5 หลายกลุ่มรายการ ไม่เป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ข้อมูล จึงพิจารณาจากความถี่สะสมโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน แบ่งเป็น
 - 0 - 2,400 บาท
 - 2,401- 4,800 บาท
 - 4,801-10,000 บาท
 - มากกว่า 10,000 บาท
4. ระดับการศึกษา หมายถึงระดับการศึกษาสูงสุดที่ได้รับในระบบโรงเรียน ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และนำเสนอด้วยตารางไขว้ 3 ทาง แบ่งเป็น
 - ไม่ได้เรียนและประถมศึกษา
 - มัธยมศึกษา
 - สูงกว่ามัธยมศึกษา

5. อาชีพ หมายถึงอาชีพหลักของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการประกอบอาชีพ ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และนำเสนอด้วยตารางไขว้ 3 ทาง แบ่งเป็น

- ภาคเกษตรกรรม
- นอกภาคเกษตรกรรม
- ไม่ประกอบอาชีพ

6. เขตที่อยู่อาศัย หมายถึง เขตที่เป็นที่ตั้งของที่พักอาศัยในปัจจุบันของประชากรกลุ่มเสี่ยง แบ่งเป็น

- เขตเมือง (เขตเทศบาล)
- เขตชนบท (นอกเขตเทศบาล)

7. ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง ความรู้ในด้านเนื้อหาโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยง ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบปรนัยแบบให้เลือกตอบ โดยใช้ข้อคำถามแบบมี 2 ตัวเลือก คือ ไม่ใช่ ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำถามบวก	คำถามลบ	คะแนน
ไม่ใช่	ใช่	0
ใช่	ไม่ใช่	1

มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.68 ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และนำเสนอด้วยตารางไขว้ 3 ทาง จัดกลุ่มเป็น 3 ระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ดังนี้ ระดับต่ำ หมายถึง มีคะแนนน้อยกว่า $\bar{x}-s.d.$ ระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{x} \pm s.d.$ ระดับสูง หมายถึง มีคะแนนมากกว่า $\bar{x}+s.d.$

2.10 ลักษณะทั่วไปของข้อมูล

การศึกษาลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 416 คน ในด้านปัจจัยประชากรและสังคม และอื่น ๆ มีรายละเอียดดังนี้ (ตารางที่ 3)

1. เพศ ประชากรกลุ่มตัวอย่างมีเพศชาย และเพศหญิงใกล้เคียงกันกล่าวคือ เพศชาย ร้อยละ 49.5 เพศหญิงร้อยละ 50.5

2. อายุ ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 27.4) มีอายุระหว่าง 35-39 ปี รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 55- 59 ปี (ร้อยละ 23.1) กลุ่มอายุ 45-49 ปี (ร้อยละ 20.2) กลุ่มอายุ 50-54 ปี (ร้อยละ 17.1) กลุ่มอายุ 50-54 ปี (ร้อยละ 17.1) และกลุ่มอายุ 40-44 ปี (ร้อยละ 12.3) ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.0 ปี และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.7 อายุต่ำสุด 35 ปี สูงสุด 59 ปี

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา

ลักษณะทั่วไปของข้อมูล	ร้อยละ	จำนวน
<u>เพศ</u>		
ชาย	49.5	206
หญิง	50.5	210
รวม	100.0	416
<u>อายุ</u>		
35-39 ปี	27.4	114
40-44 ปี	12.3	51
45-49 ปี	20.2	84
50-54 ปี	17.1	71
55-59 ปี	23.1	96
รวม	100.0	416
อายุเฉลี่ย	47.0	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	7.7	
อายุต่ำสุด 35 ปี สูงสุด 59 ปี		
<u>รายได้ต่อเดือน</u>		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,400 บาท	19.7	82
2,401- 4,800 บาท	29.3	122
4,801-10,000 บาท	31.5	131
มากกว่า 10,000 บาท	19.5	81
รวม	100.0	416
รายได้เฉลี่ย	6,660.4	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5,792.8	
รายได้ต่ำสุด 0 บาท สูงสุด 30,000 บาท		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของข้อมูล	ร้อยละ	จำนวน
<u>ระดับการศึกษา</u>		
ไม่ได้เรียน	1.2	5
ประถมศึกษา	58.9	45
มัธยมศึกษา	23.3	97
สูงกว่ามัธยมศึกษา	16.6	69
รวม	100.0	416
<u>อาชีพ</u>		
ภาคเกษตรกรรม	43.0	179
นอกภาคเกษตรกรรม	52.4	218
ไม่ประกอบอาชีพ	4.6	19
รวม	100.0	416
<u>เขตที่อยู่อาศัย</u>		
เมือง	44.2	184
ชนบท	55.8	232
รวม	100.0	416
<u>มีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคความดันโลหิตสูง</u>		
ไม่มี	70.0	291
มี	30.0	125
รวม	100.0	416
<u>ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง</u>		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 เดือน	30.5	127
13 เดือน-46 เดือน	38.0	158
มากกว่า 46 เดือน	31.5	131
รวม	100.0	416
ระยะเวลาเฉลี่ย	34.6	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	26.4	
ระยะเวลาป่วยต่ำสุด 1 เดือน สูงสุด 120 เดือน		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของข้อมูล	ร้อยละ	จำนวน
<u>การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูง</u>		
เคย	15.9	66
ไม่เคย	84.1	350
รวม	100.0	416
<u>การทราบข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่า การมีภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้มีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือด</u>		
ไม่ทราบ	26.9	112
ทราบ	73.1	304
รวม	100.0	416
<u>การได้รับความแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลสุขภาพด้านต่าง ๆ</u>		
การควบคุมอาหาร		
ไม่ได้รับ	9.9	41
ได้รับ	90.1	375
รวม	100.0	416
การงดสูบบุหรี่		
ไม่ได้รับ	21.9	91
ได้รับ	78.1	325
รวม	100.0	416
การไม่ดื่มสุรา		
ไม่ได้รับ	18.5	77
ได้รับ	81.5	339
รวม	100.0	416
การออกกำลังกายสม่ำเสมอ		
ไม่ได้รับ	10.1	42
ได้รับ	89.9	374
รวม	100.0	416

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของข้อมูล	ร้อยละ	จำนวน
การผ่อนคลายความเครียด		
ไม่ได้รับ	21.4	89
ได้รับ	78.6	327
รวม	100.0	416
การรับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง		
ไม่ได้รับ	21.2	88
ได้รับ	78.8	328
รวม	100.0	416

3. รายได้ ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 31.5) มีรายได้ระหว่าง 4,801-10,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 29.3 มีรายได้ระหว่าง 2,401-4,800 บาท ร้อยละ 19.7 มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,400 บาท ร้อยละ 19.5 มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 6,600.40 บาท และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5,792.80 บาท รายได้สูงสุด 30,000 บาท ต่ำสุดคือไม่มีรายได้

4. ระดับการศึกษา ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.9) ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา รองลงมา (ร้อยละ 23.3) ระดับมัธยมศึกษา ลำดับถัดไป (ร้อยละ 16.6) สูงกว่ามัธยมศึกษา และยังคงมีบางส่วน (ร้อยละ 1.2) ที่ไม่ได้รับการศึกษา

5. อาชีพ ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.4) ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม นอกจากนั้น ร้อยละ 43.0 ประกอบอาชีพภาคเกษตรกรรมได้แก่อาชีพ ทำนา ทำสวน ทำไร่ ประมงและเลี้ยงสัตว์ และ ร้อยละ 4.6 ไม่ประกอบอาชีพ

6. เขตที่อยู่อาศัย ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.8) อาศัยอยู่ในเขตชนบท และมีส่วนที่อาศัยในเขตเมืองคิดเป็นร้อยละ 44.2

7. โรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคความดันโลหิตสูง ประชากรกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาคั้งนี้พบว่าร้อยละ 70.0 ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ แต่ยังมีร้อยละ 30 ที่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ได้แก่ เบาหวาน ไต ภูมิแพ้ ไมเกรน ริดสีดวงทวาร ข้อเข่าเสื่อม ตับอักเสบ ลมชัก และ โรคกระเพาะอาหาร

8. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ประชากรที่เป็นตัวอย่างของการศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38.0) มีระยะเวลาการป่วยอยู่ในกลุ่ม 13-46 เดือน รองลงมา (ร้อยละ 31.5) อยู่ในกลุ่มมากกว่า 46 เดือน และที่เหลือ (ร้อยละ 30.5) มีระยะเวลาการป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 เดือน

โดยพบว่า มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยเท่ากับ 34.6 เดือน และมี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 26.4 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยต่ำสุด 1 เดือน สูงสุด 120 เดือน

9. การเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงจากการศึกษาพบว่า ประชากรที่เป็นตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.1) ไม่เคยเข้าพักรักษาตัวด้วยโรคความดันโลหิตสูงมี เพียงร้อยละ 15.9 ที่เคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูง

10. การทราบข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่า การมีภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้มี โอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ผลจากการศึกษาพบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.1) ทราบจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าการมีภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้มีโอกาเกิดโรคหัวใจ ขาดเลือด แต่พบว่า มีบางส่วน (ร้อยละ 26.9) ไม่ทราบว่า การมีภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้มี โอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

11. การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลสุขภาพด้านต่าง ๆ พบว่า เรื่องที่ประชากรกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำมากที่สุดได้แก่การแนะนำให้ควบคุมอาหาร (ร้อยละ 90.1) รองลงมาแนะนำให้ออกกำลังกาย (ร้อยละ 89.9) ถัดไป แนะนำไม่ให้ดื่มสุรา (ร้อยละ 81.5) แนะนำให้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 78.8) แนะนำการผ่อนคลายความเครียด (ร้อยละ 78.6) และสุดท้ายแนะนำให้งดการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 78.1)

บทที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัด
ฉะเชิงเทราครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

3.1 การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ความรู้เรื่องโรคหัวใจ
ขาดเลือด การได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และการรับรู้ด้าน
ต่าง ๆ ของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา

3.1.1 พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัด
ฉะเชิงเทรา

จากการศึกษา (ตารางที่ 4) พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากร
กลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเรียง
ตามลำดับจากที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ ประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.8) นอนวันละ
6-8 ชั่วโมง รองลงมา ร้อยละ 75.5 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 74.8 ไม่รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันหมู
หรือน้ำมันมะพร้าว ร้อยละ 69.7 ไม่รับประทานอาหารรสเค็ม ร้อยละ 66.3 ไม่ดื่มสุราหรือเบียร์
ร้อยละ 64.9 ดูแลตนเองไม่ให้เกิดความเครียด ร้อยละ 64.7 ควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน ร้อยละ
60.3 ไม่ดื่มชาหรือกาแฟ ร้อยละ 60.1 ไม่อารมณ์ร้อนโมโหง่าย ร้อยละ 59.9 ไม่รับประทาน
ขนมหวาน ร้อยละ 54.8 ไม่ดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 53.6 ไม่รับประทานไข่มากกว่าสัปดาห์ละ 2 ฟอง
ร้อยละ 47.8 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และร้อยละ 42.8 ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันมาก นอกจากนี้
นี้พบว่ามีเพียงร้อยละ 31.7 เท่านั้นที่ไม่เติมเครื่องปรุงรสขณะรับประทานอาหาร

สถาบันวิจัยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา

พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	ร้อยละ	จำนวน
นอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง	78.8	416
ไม่สูบบุหรี่	75.5	416
ไม่รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันหมูหรือน้ำมันมะพร้าว	74.8	416
ไม่รับประทานอาหารรสเค็ม	69.7	416
ไม่ดื่มสุราหรือเบียร์	66.3	416
ดูแลตนเองไม่ให้เกิดความเครียด	64.9	416
ควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน	64.7	416
ไม่ดื่มชาหรือกาแฟ	60.3	416
ไม่อารมณ์ร้อนหรือโมโหง่าย	60.1	416
ไม่รับประทานขนมที่มีรสหวาน	59.9	416
ไม่ดื่มน้ำอัดลม	54.8	416
ไม่รับประทานไข่มากกว่าสัปดาห์ละ 2 ฟอง	53.6	416
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	47.8	416
ไม่รับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของกะทิหรืออาหารที่มีไขมันมาก	42.8	416
ไม่เติมเครื่องปรุงรสขณะรับประทานอาหาร	31.7	416

จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่ ที่ปฏิบัติได้ดีที่สุดคือการนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับ หทัยรัตน์ ธิตีศักดิ์ (2540: 84-85) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงที่มีความดันโลหิตสูงพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) มีการนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมงเช่นกัน แต่ยังมีพฤติกรรมบางส่วนที่พบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงต่ำกว่าครึ่งเท่านั้น ปฏิบัติได้ถูกต้อง ได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันมาก และการไม่เติมเครื่องปรุงรสขณะรับประทานอาหาร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประชากรดังกล่าวยังขาดความรู้

ความเข้าใจการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ผลจากการศึกษาครั้งนี้มีบางส่วนสอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ ธิติศักดิ์ (2540: 80) และธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541: 75) ที่พบว่าผู้มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในเรื่องการเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา เกลือ ซีอิ๊ว ในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วเช่นกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจากความเคยชิน วัฒนธรรมการรับประทานอาหารของคนไทยที่ต้องมีเครื่องปรุงรส โดยเฉพาะน้ำปลาไว้บนโต๊ะอาหารทุกมื้อจึงทำให้หลีกเลี่ยงยาก

จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในภาพรวมโดยการรวมคะแนน (ตารางที่ 5) พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.8) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (7-11 คะแนน) รองลงมา (ร้อยละ 25.0) อยู่ในระดับสูง (มากกว่า 11 คะแนน) และที่เหลือ (ร้อยละ 21.2) ระดับต่ำ (0-6 คะแนน) โดยพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.06 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.00 คะแนนต่ำสุด 1 คะแนน สูงสุด 15 คะแนน

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา

พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	ร้อยละ	จำนวน
ระดับต่ำ (0-6 คะแนน)	21.2	88
ระดับปานกลาง (7- 11 คะแนน)	53.8	224
ระดับสูง (มากกว่า 11 คะแนน)	25.0	104
รวม	100.0	416
คะแนนเฉลี่ย	9.06	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.00	
คะแนนต่ำสุด 1 คะแนน สูงสุด 15 คะแนน		

3.1.2 ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยง จากการศึกษพบว่าประชากรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.7) ทราบว่าความเครียดทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด รองลงมา ร้อยละ 89.2 ทราบว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้ ร้อยละ 88.9 ทราบว่าการสูบบุหรี่จัดมีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ ร้อยละ 87.7 ทราบว่าการมีความดันโลหิตสูงนาน ๆ เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 79.3 ทราบว่าการที่หลอดเลือดแดงไปเลี้ยงหัวใจแข็งตัวเป็นสาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือด ทราบว่าการ

รับประทานอาหารรสเค็มจัดทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด และทราบว่าอาการตีบสุราปริมาณมากทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 52.6 ทราบว่าอาการเจ็บหน้าอกคืออาการของโรคหัวใจขาดเลือด ในขณะที่ร้อยละ 48.3 ทราบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ และมีเพียงร้อยละ 37.7 เท่านั้นที่ทราบว่าคนอ่อนแอเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนผอม

ตารางที่ 6 ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา

ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด	ร้อยละ	จำนวน
ความเครียดทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด	89.7	416
การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	89.2	416
ผู้ที่สูบบุหรี่จัดมีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	88.9	416
การมีความดันโลหิตสูงนาน ๆ เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	87.7	416
การที่หลอดเลือดแดงไปเลี้ยงหัวใจแข็งตัวเป็นสาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือด	79.3	416
การรับประทานอาหารรสเค็มจัดทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด	79.3	416
การดื่มสุราปริมาณมากทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด	79.3	416
อาการของโรคหัวใจขาดเลือดคือเจ็บหน้าอก	52.6	416
โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคสามารถป้องกันได้	48.3	416
คนอ่อนแอเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนผอม	37.7	416

ผลการศึกษาพบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในเกณฑ์ดี ผลการศึกษาดังกล่าวมีบางส่วนสอดคล้องกับการศึกษาของ ประณีต สิงห์ทอง (2541: 5) ได้แก่การพบว่ามีผู้มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ทราบว่าความดันโลหิตสูงนาน ๆ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด แต่ยังมีบางเรื่องที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงกว่าครึ่งขาดความรู้ที่ถูกต้อง ได้แก่ไม่ทราบว่าโรคหัวใจขาดเลือดสามารถป้องกันได้ คนอ่อนแอเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนผอม อาการของโรคหัวใจขาดเลือดคือเจ็บหน้าอก ทั้งนี้อาจเกิดการเผยแพร่ความรู้

เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดยังมีน้อยเกินไปทำให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงไม่ทราบถึงข้อเท็จจริงดังกล่าวหรืออาจเกิดจากความสับสนในเนื้อหาที่ได้รับจากการอ่าน และการถ่ายทอดข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ จึงทำให้เข้าใจไม่ถูกต้อง

เมื่อพิจารณาข้อมูลในด้านความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดโดยนำคะแนนรายข้อรวมกัน (ตารางที่ 7) พบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เป็นตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.5) มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (7-9 คะแนน) รองลงมา (ร้อยละ 25.5) ระดับต่ำ (0-6 คะแนน) ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 18.0) คือระดับสูง (มากกว่า 9 คะแนน) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.60 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.05 คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน สูงสุด 10 คะแนน

ตารางที่ 7 ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา

ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด	ร้อยละ	จำนวน
ระดับต่ำ (0- 6 คะแนน)	25.5	106
ระดับปานกลาง (7-9 คะแนน)	56.5	235
ระดับสูง (มากกว่า 9 คะแนน)	18.0	75
รวม	100.0	416
คะแนนเฉลี่ย	7.60	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.05	
คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน สูงสุด 10 คะแนน		

3.1.3 การได้รับข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจากแหล่งต่าง ๆ

สำหรับการได้รับข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เป็นตัวอย่างจากการสำรวจ (ตารางที่ 8) พบว่าการได้รับข่าวจากวิทยุ โทรทัศน์ สื่อเอกสารแผ่นพับ โปสเตอร์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจากเพื่อนญาติ พี่น้อง ส่วนใหญ่รายงานว่าได้รับนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 50.5 ร้อยละ 51.2 ร้อยละ 50.5 ร้อยละ 60.3 และร้อยละ 42.8 ตามลำดับ) ส่วนการได้รับจากหนังสือพิมพ์ อาสาสมัครสาธารณสุข หอกระจายข่าว และวารสารสุขภาพ ส่วนใหญ่รายงานว่าไม่เคยได้รับเลย (ร้อยละ 53.1 ร้อยละ 60.0 ร้อยละ 79.3 และร้อยละ 91.1 ตามลำดับ)

ตารางที่ 8 ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามการรับข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจากแหล่งต่าง ๆ และความถี่ที่ได้รับ

ความถี่ที่ได้รับ	วิทยุ	โทร-ทัศน์	หนังสือ-พิมพ์	เอกสารแผ่น-พับ โปสเตอร์	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	เพื่อนญาติพี่น้อง	อสม.	หอกระ-จ่ายข่าว	วารสารสุขภาพ
ไม่เคย	44.2 (184)	38.9 (162)	53.1 (221)	26.2 (109)	9.6 (40)	36.5 (152)	60.0 (250)	79.3 (330)	91.1 (379)
นาน ๆ ครั้ง	50.0 (208)	51.2 (213)	39.9 (166)	50.5 (210)	60.3 (251)	42.8 (178)	32.2 (134)	17.1 (71)	4.1 (17)
เป็นประจำ	5.8 (24)	9.9 (41)	7.0 (29)	23.3 (97)	30.0 (125)	20.7 (86)	7.7 (32)	3.6 (15)	4.8 (20)

นาน ๆ ครั้ง หมายถึง 1-2 ครั้ง/เดือน

เป็นประจำ หมายถึง มากกว่าหรือเท่ากับ 3-4 ครั้ง/เดือน

จากข้อมูลพบว่าความถี่ของการได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ แตกต่างกันนั้นนี้อาจเนื่องมาจากสื่อต่าง ๆ มีความพร้อมในการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหัวใจขาดเลือดต่างกัน รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงและความสนใจสื่อแต่ละประเภทของประชากรกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกัน

เมื่อรวมคะแนนรายชื่อของการได้รับข่าวสารด้านการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจากแหล่งต่าง ๆ (ตารางที่ 9) พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.6) มีระดับของการได้รับข่าวสารปานกลาง (3-8 คะแนน) รองลงไป (ร้อยละ 24.0) ระดับสูง (มากกว่า 8 คะแนน) และสุดท้าย (ร้อยละ 16.3) ระดับต่ำ (0-2 คะแนน) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการได้รับข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ 5.74 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.33 คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 16 คะแนน

ตารางที่ 9 ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

การได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	ร้อยละ	จำนวน
ระดับต่ำ (0- 2 คะแนน)	16.3	68
ระดับปานกลาง (3-8 คะแนน)	59.6	248
ระดับสูง (มากกว่า 8 คะแนน)	24.0	100
รวม	100.0	416
คะแนนเฉลี่ย	5.74	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.33	
คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 16 คะแนน		

3.1.4 การรับรู้ด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด

3.1.4.1 การรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรค

ตัวแปรภายใต้การรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคมีลักษณะทั่วไปของข้อมูลดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

จากตารางที่ 10 พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 33.7) รับรู้ว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรคปานกลาง รองลงไปรับรู้ว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย (ร้อยละ 30.0) และรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมก (ร้อยละ 19.5) ที่เหลือ (ร้อยละ 16.8) รับรู้ว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรค

ตารางที่ 10 ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	ร้อยละ	จำนวน
ไม่เสี่ยง	16.8	70
เสี่ยงน้อย	30.0	125
เสี่ยงปานกลาง	33.7	140
เสี่ยงมาก	19.5	81
รวม	100.0	416

ประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณเองเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากน้อยแตกต่างกัน และมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ไม่รับรู้ว่าการมีความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของปรานีต สิงห์ทอง (2541: 5) ที่สัมภาษณ์ผู้มีความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าผู้มีความดันโลหิตสูงที่รับรู้ว่าคุณเองเสี่ยงต่อโรคหัวใจกับผู้ที่รับรู้ว่าคุณเองไม่เสี่ยงต่อโรคหัวใจมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน การรับรู้ที่แตกต่างกันนี้อาจเนื่องจากความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพต่างกัน

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด

รายละเอียดของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดในด้านต่าง ๆ แสดงในตารางที่ 11 พบว่าประชากรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.9) รับรู้ว่าจะมีชีวิตที่ไม่มีความสุขถ้าป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด รองลงมา ร้อยละ 70.9 รับรู้ว่ามีโอกาสเหนื่อยง่ายถ้าป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 65.1 รับรู้ว่ามีโอกาสเสียชีวิตอย่างกะทันหันถ้าป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 62.0 รับรู้ว่าจะเป็นการของครอบครัวถ้าป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 61.1 รับรู้ว่ามีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ถ้าป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 60.1 รับรู้ว่ามีโอกาสเจ็บป่วยง่ายถ้าป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด และส่วนที่รับรู้น้อยที่สุด (ร้อยละ 58.4) ได้แก่ เมื่อป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดไม่สามารถทำงานหนักได้ตามปกติ

ตารางที่ 11 ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด

ข้อความ	ร้อยละ	จำนวน
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด		
มีชีวิตที่ไม่มีความสุขถ้าป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด	84.9	416
มีโอกาสเหนื่อยง่ายถ้าป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด	70.9	416
ถ้าป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดมีโอกาสเสียชีวิตอย่างกะทันหัน	65.1	416
จะเป็นภาระของครอบครัวถ้าป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด	62.0	416
มีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ถ้าป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด	61.1	416
มีโอกาสเจ็บป่วยง่ายถ้าป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด	60.1	416
ถ้าป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดไม่สามารถทำงานหนักได้ตามปกติ	58.4	416

จากการศึกษาพบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดในเรื่องต่าง ๆ อยู่ในเกณฑ์ดี แต่เรื่องที่ได้รับรู้ถูกต้องน้อยที่สุดคือถ้าป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดแล้วจะไม่สามารถทำงานหนักได้ตามปกติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากขาดความรู้ในเรื่องความรุนแรงและผลกระทบที่เกิดจากโรคหัวใจขาดเลือด

ในการนำคะแนนมารวมกันปรากฏว่า (ตารางที่ 12) ประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.3) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดระดับปานกลาง (10-13 คะแนน) รองลงไป (ร้อยละ 22.4) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด ระดับต่ำ (0-9 คะแนน) และสุดท้าย (ร้อยละ 21.4) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดระดับสูง (มากกว่า 13 คะแนน) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.27 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.39 คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน สูงสุด 14 คะแนน

ตารางที่ 12 ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด	ร้อยละ	จำนวน
ระดับต่ำ (0-9 คะแนน)	22.4	93
ระดับปานกลาง (10-13 คะแนน)	56.3	243
ระดับสูง (มากกว่า 13 คะแนน)	21.4	89
รวม	100.0	416
คะแนนเฉลี่ย	11.27	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.39	
คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน สูงสุด 14 คะแนน		

3.1.4.2 การรับรู้ความคาดหวัง

ตัวแปรภายใต้การรับรู้ความคาดหวังมีลักษณะทั่วไปของข้อมูลดังนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

รายละเอียดของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค แสดงในตารางที่ 13 พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.0) รับรู้ที่ไม่ทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดด้วยโรคหัวใจขาดเลือดถ้าป้องกันโรคดังกล่าวได้ รองลงมา ร้อยละ 76.4 รับรู้ที่หัวใจจะสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ดีถ้าป้องกันไม่ให้เป็นโรคได้ ร้อยละ 74.3 รับรู้ที่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติถ้า

สามารถป้องกันไม่ให้ เป็นโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 67.5 ระบุว่าถ้าควบคุมไม่ให้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงได้จะไม่ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 65.9 ระบุว่าถ้าป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้ จะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และที่ระบุว่าคือประโยชน์ในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด น้อยที่สุด (ร้อยละ 65.5) ได้แก่ ถ้าสามารถป้องกันไม่ให้ เป็นโรคหัวใจขาดเลือดได้ อาจมีอายุยืนยาว

จากการศึกษาพบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ ระบุว่า การป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมีประโยชน์ในด้านต่าง ๆ อยู่ในเกณฑ์ดี แต่มีข้อที่พบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยง ระบุว่า ต้องการ น้อยที่สุดได้แก่ ถ้าสามารถป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้ อาจมีอายุยืนยาว ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการขาดความรู้ในเรื่องประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

ตารางที่ 13 ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

ข้อความ	ร้อยละ	จำนวน
การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด		
จะไม่ทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดด้วยโรคหัวใจขาดเลือดถ้าสามารถป้องกันโรคดังกล่าวได้	81.0	416
หัวใจจะสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ดีถ้าท่านสามารถป้องกันไม่ให้ เป็นโรคหัวใจขาดเลือด	76.4	416
สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติถ้าสามารถป้องกันไม่ให้ เป็นโรคหัวใจขาดเลือด	74.3	416
ถ้าควบคุมไม่ให้ความดันโลหิตสูงได้จะไม่ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด	67.5	416
ถ้าสามารถป้องกันไม่ให้ เป็นโรคหัวใจขาดเลือดได้ท่านจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น	65.9	416
ถ้าสามารถป้องกันไม่ให้ เป็นโรคหัวใจขาดเลือดได้ อาจมีอายุยืนยาว	65.5	416

เมื่อนำคะแนนการรับรู้ประโยชน์ด้านต่าง ๆ มารวมกันพบว่า (ตารางที่ 14) ประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.8) มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) และรองลงไป (ร้อยละ 29.1) มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระดับสูง (มากกว่า 11 คะแนน) และสุดท้าย (ร้อยละ 15.1)

มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำ (0-8 คะแนน) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.18 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.77 คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน สูงสุด 12 คะแนน

ตารางที่ 14 ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	ร้อยละ	จำนวน
ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	15.1	63
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	55.8	232
ระดับสูง (มากกว่า 11 คะแนน)	29.1	121
รวม	100.0	416
คะแนนเฉลี่ย	10.18	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1.77	
คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน สูงสุด 12 คะแนน		

2. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในด้านต่าง ๆ แสดงไว้ในตารางที่ 15 พบว่าการรับรู้ของประชากรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.3) คิดว่าการควบคุมอาหารเป็นภาระของครอบครัวคืออุปสรรคที่สำคัญในการป้องกันโรค และรองลงมาร้อยละ 39.7 คิดว่าการไปตรวจสุขภาพทำให้เสียค่าใช้จ่ายมาก ร้อยละ 38.0 คิดว่าไม่มีเวลาว่างพอที่จะออกกำลังกาย ร้อยละ 29.8 คิดว่าเมื่อเกิดความเครียดแล้วไม่กล้าที่จะระบายให้ใครรับรู้ ร้อยละ 25.7 คิดว่าลำบากใจที่จะไม่ดื่มสุราเมื่อไปร่วมงานเลี้ยงงานสังสรรค์ต่าง ๆ ร้อยละ 23.1 คิดว่าการไม่สูบบุหรี่ทำให้รู้สึกหงุดหงิดไม่สบายใจ และมีเพียงร้อยละ 21.4 เท่านั้นที่คิดว่าใน 1 สัปดาห์ตนเองทำงานหนักจนไม่มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ

ผลการศึกษาพบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนน้อย (ต่ำกว่าครึ่ง) ที่รับรู้อุปสรรคเรื่องต่าง ๆ ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด เรื่องที่รับรู้ว่าเป็นอุปสรรคสูงที่สุดในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจากการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ คิดว่าการควบคุมอาหารเป็นภาระของครอบครัว สาเหตุอาจเกิดจากคนในครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือ โดยถือว่าการปรุงอาหารสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก หรืออีกประการหนึ่งคือไม่ทราบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรบริโภคอาหารประเภทใดจึงจะเหมาะสมและไม่ให้อาการของโรครุนแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการ

ศึกษาของปราณีต สิงห์ทอง (2541: 5) ที่พบว่า การควบคุมอาหารเป็นอุปสรรคในการป้องกันโรค เช่นกัน อุปสรรครองมาได้แก่ คิดว่าการไปตรวจสุขภาพทำให้เสียค่าใช้จ่ายมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก บุคคลกลุ่มนี้อาจมีรายได้น้อยและไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ การเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพ จึงมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของตนเอง และอุปสรรคที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการไม่มีเวลาร่าง สำหรับออกกำลังกาย ทั้งนี้อาจเนื่องจากไม่ว่างมีภาระกิจที่ต้องทำตลอด หรืออาจเป็นเพราะกลุ่ม ดังกล่าว ไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกายจึงไม่สละเวลาออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ผลการ ศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพา ศุภราศี (2538: 89) ที่พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมี อุปสรรคในการออกกำลังกายเช่นกัน

ตารางที่ 15 ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจ ขาดเลือด

ข้อความ	ร้อยละ	จำนวน
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด		
การควบคุมอาหารเป็นภาระของครอบครัวในการเตรียมอาหาร	43.3	416
การไปตรวจสุขภาพทำให้ท่านเสียค่าใช้จ่ายมาก	39.7	416
ไม่มีเวลาร่างพอที่จะออกกำลังกาย	38.0	416
เมื่อเกิดความเครียดไม่กล้าที่จะระบายให้ใครรับรู้	29.8	416
รู้สึกลำบากใจที่จะไม่ดื่มสุราเมื่อไปร่วมงานเลี้ยงงานสังสรรค์ต่างๆ	25.7	416
การไม่สูบบุหรี่ทำให้รู้สึกหงุดหงิดไม่สบายใจ	23.1	416
ใน 1 สัปดาห์ทำงานหนักจนไม่มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ	21.4	416

เมื่อนำคะแนนมารวมกันพบว่า (ตารางที่ 16) ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 45.0) มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดปานกลาง (3-9 คะแนน) รองลงไป (ร้อยละ 29.6) มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระดับต่ำ (0-2 คะแนน) และสุดท้าย (ร้อยละ 25.5) การรับรู้อุปสรรคในระดับสูง (มากกว่า 9 คะแนน) ตามลำดับ โดยมี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.07 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.23 คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 14 คะแนน

ตารางที่ 16 ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	ร้อยละ	จำนวน
ระดับต่ำ (0-2 คะแนน)	29.6	123
ระดับปานกลาง (3-9 คะแนน)	45.0	187
ระดับสูง (มากกว่า 9 คะแนน)	25.5	106
รวม	100.0	416
คะแนนเฉลี่ย	6.07	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.23	
คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 14 คะแนน		

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด (ตารางที่ 17) พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.1) คิดว่าเมื่อตนเองติดบุหรี่แล้วสามารถเลิกได้ รองลงมา ร้อยละ 51.9 คิดว่าตนเองสามารถปฏิเสธการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ได้แม้ถูกเพื่อนชักชวน ร้อยละ 38.9 คิดว่าสามารถควบคุมตนเองไม่ให้โมโหจนเสียงง่ายได้ ร้อยละ 27.2 สามารถออกกำลังกายได้ตามแผนที่วางไว้ ร้อยละ 23.8 สามารถงดรับประทานอาหารที่จะทำให้อ้วนได้ และที่คิดว่าสามารถทำได้น้อยที่สุด (ร้อยละ 14.4) ได้แก่การฝึกตนเองเพื่อผ่อนคลายความเครียด

ผลจากการศึกษาพบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในเรื่องต่าง ๆ น้อย โดยเฉพาะเรื่องการฝึกตนเองเพื่อผ่อนคลายความเครียด ทั้งนี้อาจเนื่องจากไม่ทราบวิธีการปฏิบัติ ขาดประสบการณ์ที่สำเร็จได้ด้วยตัวเอง เช่นการฝึกปฏิบัติ การเห็นตัวแบบจริงหรือตัวแบบจากสื่อ การพูดชักจูงต่าง ๆ ส่วนพฤติกรรมที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงรับรู้ว่าคุณสมบัติได้มากที่สุดได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประณีต สิงห์ทอง (2541: 6) ที่พบว่าผู้มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าคุณสมบัติสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ อาจเป็นเพราะปัจจุบันมีสื่อรณรงค์ให้เลิกสูบบุหรี่ในรูปแบบต่าง ๆ ประกอบกับมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และบุคคลที่ประสบความสำเร็จจากการเลิกสูบบุหรี่มาพูดแนะนำ

ชักจูงให้ผู้ติดยุหรือเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งคลินิกอดบุหรี่ เพื่อให้ผู้ที่ติดยุหรือมีโอกาสไปใช้บริการเพิ่มมากขึ้น

ตารางที่ 17 ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

ข้อความ	ร้อยละ	จำนวน
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด		
ถ้าท่านติดยุหรือท่านจะพยายามเลิกสูบบุหรี่ให้ได้	54.1	416
สามารถปฏิเสธการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ได้แม้จะถูกเพื่อนชักชวน	51.9	416
สามารถควบคุมตนเองไม่ให้โมโหจนเฉียวง่ายได้	38.9	416
สามารถออกกำลังกายได้ตามแผนที่วางไว้	27.2	416
สามารถงดรับประทานอาหารที่จะทำให้อ้วนได้	23.8	416
ถ้าฝึกตนเองเพื่อผ่อนคลายความเครียดไม่สำเร็จจะไม่เลิกสูบบุหรี่ทันที	14.4	416

จากการศึกษาโดยรวมจากการรวมคะแนน (ตารางที่ 18) พบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.1) มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดปานกลาง (6-9 คะแนน) และรองลงไป (ร้อยละ 24.3) มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง (มากกว่า 9 คะแนน) และสุดท้าย (ร้อยละ 22.6) มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ (0-5 คะแนน) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.35 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.97 คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 12 คะแนน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 18 ร้อยละของผู้ตอบจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	ร้อยละ	จำนวน
ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	22.6	94
ระดับปานกลาง (6-9 คะแนน)	53.1	221
ระดับสูง (มากกว่า 9 คะแนน)	24.3	101
รวม	100.0	416
คะแนนเฉลี่ย	7.35	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.97	
คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 12 คะแนน		

3.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาด้วยค่าเฉลี่ยเลขคณิต และนำปัจจัยทางประชากรและสังคม (เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ที่อยู่อาศัย และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด) มาเป็นตัวแปรควบคุม

3.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (ตารางที่ 19) พบว่า เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 10.95 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 9.76 คะแนนเฉลี่ย 8.04 และคะแนนเฉลี่ย 7.27) ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิกา เรื่องจันทร์ (2535: 59) และนิตยา ภาสุนันท์ (2529: 73) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค พบว่า ผู้ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมากกว่าผู้ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรับรู้ของตนเองเสี่ยง

ต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ส่งผลต่อความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่กำลังจะได้รับอันตรายและผลแทรกซ้อนจากการเกิดโรค เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายและผลแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจึงพยายามปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

ตารางที่ 19 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	จำนวน
ไม่เสี่ยง	7.27	70
เสี่ยงน้อย	8.04	125
เสี่ยงปานกลาง	9.76	140
เสี่ยงมาก	10.95	81
รวม	9.06	416

ในการนำตัวแปรเพศมาเป็นตัวแปรควบคุมเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (ตารางที่ 20) พบว่าความสัมพันธ์ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม กล่าวคือเพศชายที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าจะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 9.77 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 9.45 คะแนนเฉลี่ย 7.63 และคะแนนเฉลี่ย 6.86) ส่วนในเพศหญิงพบว่าความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่า เพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าเพศชายทุกระดับ โดยเห็นได้ชัดเจนในกลุ่มที่รับรู้ความเสี่ยงมาก (คะแนนเฉลี่ย 11.68 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 9.77) อาจเป็นเพราะเพศหญิงสนใจดูแลสุขภาพ และป้องกันผลแทรกซ้อนจากการมีความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชายจึงทำให้มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมกกว่าในทุกระดับ ผลการศึกษาสอดคล้องกับ วราภรณ์ นารินทร์ (2540: 74) รุ่งศรี ยุ่งทอง (2537: 82) และ Weissfeld และคณะ (1990: 143-155) ที่พบว่าเพศหญิงมีการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคดีกว่าเพศชาย

ตารางที่ 20 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและเพศ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
ไม่เสี่ยง	6.86	(42)	7.89	(28)	7.27	(70)
เสี่ยงน้อย	7.63	(73)	8.62	(52)	8.04	(125)
เสี่ยงปานกลาง	9.45	(60)	9.99	(80)	9.76	(140)
เสี่ยงมาก	9.77	(31)	11.68	(50)	10.95	(81)
รวม	8.33	(206)	9.77	(210)	9.06	(416)

จากการนำตัวแปรด้านอายุมาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 21) พบว่ามีกลุ่มอายุ 40-54 ปี และกลุ่มอายุ 55-59 ปี ที่ความสัมพันธ์เป็นไปในรูปแบบเดิมและความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ คือ กลุ่มอายุ 40-54 ปี ผู้ที่รับรู้ว่าจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมกมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 11.01 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 9.91 คะแนนเฉลี่ย 8.74 และคะแนนเฉลี่ย 7.59 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มอายุ 55-59 ปี พบว่าความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน (คะแนนเฉลี่ย 11.75 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 10.43 และคะแนนเฉลี่ย 7.88) ในขณะที่กลุ่มอายุ 35-39 ปี ความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ คือ พบว่าผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงสุด คือ รับรู้ว่าจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคปานกลาง รองลงมาได้แก่ผู้ที่รับรู้ว่าจะเสี่ยงน้อย ลำดับถัดไปได้แก่ผู้ที่รับรู้ว่าจะเสี่ยงมาก และไม่เสี่ยงตามลำดับ (คะแนนเฉลี่ย 8.30 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 7.34 คะแนนเฉลี่ย 6.85 และคะแนนเฉลี่ย 6.79) ทั้งนี้อาจเนื่องจากพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ในกลุ่มอายุดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด หรือเกิดจากในกลุ่มที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากมีจำนวนตัวอย่างน้อยเกินไป

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน พบว่า อายุที่สูงขึ้นมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น ยกตัวอย่างเช่น ในกลุ่มที่รับรู้ว่าจะเสี่ยงมากผู้ที่มีอายุ 55-59 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด 11.75 คะแนน อายุ 40-54 ปี 11.01 คะแนน และ 35-39 ปี 6.85 คะแนน ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีอายุมากกว่ามีความสนใจในการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

ปราณี มหาศักดิ์พันธ์ (2538: 62) และอรอนงค์ สัมพัญญ (2539: 102) ที่พบว่าผู้ที่อายุมากมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

ตารางที่ 21 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและอายุ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	อายุ						รวม
	35-39		40-54		55-59		
ไม่เสี่ยง	6.79	(34)	7.59	(32)	-	(4)	7.27 (70)
เสี่ยงน้อย	7.34	(47)	8.74	(53)	7.88	(25)	8.04 (125)
เสี่ยงปานกลาง	8.30	(26)	9.91	(75)	10.43	(39)	9.76 (140)
เสี่ยงมาก	6.85	(7)	11.01	(46)	11.75	(28)	10.95 (81)
รวม	7.37	(114)	9.51	(206)	10.08	(96)	9.06 (416)

- หมายถึง จำนวนตัวอย่างน้อยกว่า 5

จากการนำรายได้มาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 22) พบว่าความสัมพันธ์เป็นไปในรูปแบบเดิมทั้ง 4 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้มีรายได้ ระหว่าง 0 –2,400 บาท ที่รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 11.36 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 10.05 คะแนนเฉลี่ย 8.11 และคะแนนเฉลี่ย 7.69) ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ส่วนความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้มีรายได้ 2,401-4,800 บาท 4,801-10,000 บาท และมากกว่า 10,000 บาท เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน

ในการศึกษาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันระหว่างกลุ่มรายได้ที่ต่างกัน พบว่าในกลุ่มที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมาก ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงที่สุด รองลงมาได้แก่กลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 0 -2,400 บาท รายได้ 2,401-4,800 บาท และรายได้ 4,801-10,000 บาท ตามลำดับ (คะแนนเฉลี่ย 12.38 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 11.36 คะแนนเฉลี่ย 10.81 และคะแนนเฉลี่ย 10.10) ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของ จีรวรรณ อินคัม (2541: 54) วัลภา ตังวชิรา (2539: 73) วราภรณ์ พรหมพินใจ และคณะ (2543: 10) ที่พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงกว่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า ส่วนการที่พบว่าผู้ที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท มีพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงที่สุด

อาจเป็นเพราะผู้ที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท ที่รับรู้ว่าจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าส่วนใหญ่มักมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมามากกว่ากลุ่มรายได้อื่น ๆ

ตารางที่ 22 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและรายได้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	รายได้								รวม	
	0 – 2,400		2,401 - 4,800		4,801-10,000		>10,000			
ไม่เสี่ยง	7.69	(13)	6.85	(20)	6.50	(14)	7.88	(23)	7.27	(70)
เสี่ยงน้อย	8.11	(18)	8.38	(34)	7.86	(49)	7.88	(24)	8.04	(125)
เสี่ยงปานกลาง	10.05	(40)	9.50	(42)	9.70	(40)	9.83	(18)	9.76	(140)
เสี่ยงมาก	11.36	(11)	10.81	(26)	10.10	(28)	12.38	(16)	10.95	(81)
รวม	9.43	(82)	9.03	(122)	8.76	(131)	9.20	(81)	9.06	(416)

ในการนำระดับการศึกษามาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 23) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเป็นไปในรูปแบบเดิมทุกกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน กล่าวคือในกลุ่มที่ไม่ได้เรียนและมีระดับการศึกษาประถมศึกษา พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากกว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่มีรายได้สูงที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 10.55 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 9.57 คะแนนเฉลี่ย 7.82 และคะแนนเฉลี่ย 7.36) ส่วนระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น และสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มที่มีการศึกษาแตกต่างกัน พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคสูงที่สุด รองลงมาได้แก่กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น และลำดับสุดท้ายคือกลุ่มที่ไม่ได้เรียนและมีระดับการศึกษาประถมศึกษา เห็นได้ชัดเจนในกลุ่มที่รับรู้ว่าจะเสี่ยงมาก (คะแนนเฉลี่ย 12.14 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 11.50 และคะแนนเฉลี่ย 10.55) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ที่จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด เช่น การรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การพักผ่อน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดได้

ถูกต้องเหมาะสมกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาอื่น ๆ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ กรรณิกา เรืองจันทร์ (2535: 59) นพรัตน์ เจริญกิจ และเสาวลักษณ์ เล็กอุทัย (2543: 9) ที่พบว่าผู้มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่าผู้มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

ตารางที่ 23 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและระดับการศึกษา

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	ระดับการศึกษา						รวม
	ไม่เรียนและประถมศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น	สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น				
ไม่เสี่ยง	7.36 (33)	7.00 (17)	7.35 (20)				7.27 (70)
เสี่ยงน้อย	7.82 (67)	8.27 (22)	8.31 (36)				8.04 (125)
เสี่ยงปานกลาง	9.57 (98)	10.76 (21)	9.62 (21)				9.76 (140)
เสี่ยงมาก	10.55 (52)	12.14 (7)	11.50 (22)				10.95 (81)
รวม	9.02 (250)	9.13 (67)	9.10 (99)				9.06 (416)

จากการนำตัวแปรด้านอาชีพมาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 24) พบว่า กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเกษตรกรรมและกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม ความสัมพันธ์เป็นไปในรูปแบบเดิม และมีความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ คือ ผู้ที่มีอาชีพเกษตรกรรมที่รับรู้ว่าจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าผู้ที่รับรู้ว่าจะเสี่ยงปานกลางเสี่ยงน้อย และไม่เสี่ยง ตามลำดับ (คะแนนเฉลี่ย 11.50 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 9.77 คะแนนเฉลี่ย 8.11 และคะแนนเฉลี่ย 7.21) ส่วนกลุ่มที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน ในขณะที่กลุ่มไม่ประกอบอาชีพความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างผู้ที่อาชีพต่างกันและกลุ่มผู้ไม่ประกอบอาชีพ พบว่า ในกลุ่มที่รับรู้ว่าจะเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดมาก ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงที่สุด รองลงมาได้แก่เกษตรกรนอกภาคเกษตรกรรม และไม่ประกอบอาชีพตามลำดับ (คะแนนเฉลี่ย 11.50 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 10.69 และคะแนนเฉลี่ย 9.40) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ประกอบการอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งลักษณะอาชีพส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้แรงงาน ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารเกินความต้องการของร่างกาย การผ่อนคลายความเครียด ที่เหมาะสมกว่ากลุ่ม

อาชีพอื่น ซึ่งผลการศึกษแตกต่างจากการศึกษาของ อนงค์นาฏ เหลี่ยมสมบัติ และคณะ (2540: 17) ที่พบว่าอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพภาคเกษตรกรรม

ตารางที่ 24 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดและอาชีพ

รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด	อาชีพ							
	เกษตรกรรม		นอกภาคเกษตรกรรม		ไม่ประกอบอาชีพ		รวม	
ไม่เสี่ยง	7.21	(28)	7.30	(40)	-	(2)	7.27	(70)
เสี่ยงน้อย	8.11	(53)	7.93	(70)	-	(2)	8.04	(125)
เสี่ยงปานกลาง	9.77	(64)	9.74	(66)	9.80	(10)	9.76	(140)
เสี่ยงมาก	11.50	(34)	10.69	(42)	9.40	(5)	10.95	(81)
รวม	9.21	(179)	8.89	(218)	9.47	(19)	9.06	(416)

- หมายถึง จำนวนตัวอย่างน้อยกว่า 5

เมื่อนำตัวแปรด้านที่อยู่อาศัยมาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 25) พบว่าความสัมพันธ์ยังคงเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ในเขตชนบทที่รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปานกลาง รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย และไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคตามลำดับ (คะแนนเฉลี่ย 11.13 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 10.16 คะแนนเฉลี่ย 8.21 และคะแนนเฉลี่ย 7.0) ส่วนในเขตเมืองความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน

ในการศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในระดับเดียวกันของผู้ที่มีเขตที่อยู่อาศัยแตกต่างกัน พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีแนวโน้มของผู้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าผู้อาศัยในเมือง เห็นได้ชัดเจนในกลุ่มที่รับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมาก โดยผู้ที่อาศัยในเขตชนบทมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรค 11.13 คะแนน ผู้อาศัยในเมืองมีคะแนนเฉลี่ย 10.71 คะแนน อาจเป็นเพราะในเขตเมืองมีความเจริญด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีเครื่องอำนวยความสะดวก และมีโอกาสในการเลือกซื้อสินค้าบริโภคเกินความต้องการของร่างกาย จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการ

ศึกษาของ รัจจา ศรีสุเทพ (2542: 69) ที่พบว่าผู้อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจต่ำกว่าผู้อาศัยอยู่ในเขตชนบท

ตารางที่ 25 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและที่อยู่อาศัย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	ที่อยู่อาศัย				รวม	
	เมือง		ชนบท			
ไม่เสี่ยง	7.16	(31)	7.00	(39)	7.27	(70)
เสี่ยงน้อย	7.82	(55)	8.21	(70)	8.04	(125)
เสี่ยงปานกลาง	9.27	(63)	10.16	(77)	9.76	(140)
เสี่ยงมาก	10.71	(35)	11.13	(46)	10.95	(81)
รวม	8.83	(184)	9.23	(232)	9.06	(416)

ในการนำตัวแปรความรู้มาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 26) พบว่า ในกลุ่มผู้มีความรู้เรื่องโรคหัวใจระดับปานกลางและระดับสูงความสัมพันธ์ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม กล่าวคือ ในกลุ่มผู้มีความรู้ระดับปานกลางผู้รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 11.23 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 9.62 คะแนนเฉลี่ย 7.90 และคะแนนเฉลี่ย 6.94) ส่วนกลุ่มที่มีความรู้ระดับต่ำความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ในกลุ่มผู้มีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกัน พบว่า ผู้ที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่ามีแนวโน้มของการมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าผู้ที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดต่ำกว่า เช่นในกลุ่มที่รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมาก ผู้มีความรู้ระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด 11.74 คะแนน ระดับปานกลาง 11.23 คะแนน และระดับต่ำ 7.80 คะแนน ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าจะเข้าใจถึงวิธีการป้องกันโรคที่ถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำกว่า ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ รัจจา ศรีสุเทพ (2542: 92) ที่พบว่าผู้ที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจมากกว่ามีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจดีกว่าผู้มีความรู้เรื่องโรคหัวใจน้อยกว่า

ตารางที่ 26 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด						รวม	
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง			
ไม่เสี่ยง	7.22	(32)	6.94	(34)	-	(4)	7.27	(70)
เสี่ยงน้อย	8.15	(40)	7.90	(66)	8.26	(19)	8.04	(125)
เสี่ยงปานกลาง	8.53	(24)	9.62	(87)	11.14	(29)	9.76	(140)
เสี่ยงมาก	7.80	(10)	11.23	(48)	11.74	(23)	10.95	(81)
รวม	7.93	(106)	9.08	(235)	10.56	(75)	9.06	(416)

- หมายถึง จำนวนกรณีตัวอย่างน้อยกว่า 5

โดยสรุปความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อนำปัจจัยทางประชากรมาควบคุมพบว่า เมื่อคุมด้วย เพศ รายได้ ระดับการศึกษา และเขตที่อยู่อาศัยความสัมพันธ์ยังคงเป็นไปในรูปแบบเดิมและเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่าตัวแปร เพศ รายได้ ระดับการศึกษา และเขตที่อยู่อาศัยมีอิทธิพลน้อยจึงไม่สามารถทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเปลี่ยนแปลงไป แต่เมื่อคุมด้วย อายุ อาชีพ และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด ความสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไปบางกลุ่ม แสดงว่าอายุ อาชีพ และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดมีอิทธิพลมากพอที่จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเปลี่ยนแปลง โดยกลุ่มที่ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ได้แก่ กลุ่มอายุ 35-39 ปี กลุ่มไม่ประกอบอาชีพ และ กลุ่มความรู้ระดับต่ำ

3.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด (ตารางที่ 27) พบว่า เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

มากกว่าผู้ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 10.27 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 8.98 และคะแนนเฉลี่ย 8.08) ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ ภรณ์ วัฒนสมบุญ (2542: 43) สุพิศชา ก้านแก้วกิ่งทอง (2540: 80) และ Nelson และคณะ (1978: 898-905) ที่พบว่าผู้ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมกกว่าผู้ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเมื่อได้รับรู้ว่าโรคหัวใจขาดเลือดมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต จึงส่งผลให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมกยิ่งขึ้น

ตารางที่ 27 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	จำนวน
ระดับต่ำ	8.08	93
ระดับปานกลาง	8.98	234
ระดับสูง	10.27	89
รวม	9.06	416

ในการนำตัวแปรเพศมาเป็นตัวแปรควบคุมพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด (ตารางที่ 28) ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม กล่าวคือเพศหญิงที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้ความรุนแรงโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 10.94 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 9.64 และคะแนนเฉลี่ย 8.61) ส่วนในเพศชายพบว่าความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างเพศชายและเพศหญิงที่มีการรับรู้ความรุนแรงโรคในระดับเดียวกัน พบว่าเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าเพศชายในทุกระดับ เห็นได้ชัดเจนในกลุ่มผู้ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดระดับสูง เพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด 10.94 คะแนน เพศชายมีคะแนนเฉลี่ย 9.37 คะแนน อาจเป็นเพราะเพศหญิงสนใจดูแลสุขภาพ

มากกว่าเพศชาย และเกรงจะได้รับ ความรุนแรงและผลกระทบจากการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดจึงทำให้ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมากกว่า ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ นารินทร์ (2540: 74) รุ่งศรี ยุ่งทอง (2537: 82) และ Weissfeld และคณะ (1990: 143-155) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคดีกว่าเพศชาย

ตารางที่ 28 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรง ของโรคหัวใจขาดเลือดและเพศ

การรับรู้ความรุนแรง ของโรคหัวใจขาดเลือด	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
ระดับต่ำ	7.71	(55)	8.61	(38)	8.08	(93)
ระดับปานกลาง	8.27	(113)	9.64	(121)	8.98	(234)
ระดับสูง	9.37	(38)	10.94	(51)	10.27	(89)
รวม	8.33	(206)	9.77	(210)	9.06	(416)

จากการนำตัวแปรด้านอายุมาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 29) พบว่ามีกลุ่มอายุ 40-54 ปี และกลุ่มอายุ 55-59 ปี ที่ความสัมพันธ์เป็นไปในรูปแบบเดิมและมีความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ คือในกลุ่มอายุ 40-54 ปี ผู้ที่รับรู้โรคหัวใจขาดเลือดมีความรุนแรงระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าผู้ที่รับรู้โรคหัวใจขาดเลือดมีความรุนแรงระดับปานกลาง และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 11.26 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 9.17 และคะแนนเฉลี่ย 8.42) ส่วนกลุ่มอายุ 55-59 ปี พบว่าความสัมพันธ์เป็นไปในรูปแบบเดิมเช่นกัน ในขณะที่กลุ่มอายุ 35-39 ปี พบว่าความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มอายุ ที่ต่างกัน พบว่า ในกลุ่มที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดในระดับสูง อายุ 40-54 ปีมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงที่สุด 11.26 คะแนน รองลงมาอายุ 55-59 ปีมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด 10.33 คะแนน และอายุ 35-39 ปี 6.25 คะแนน ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่อายุ 40-54 ปี มีความสนใจและพร้อมที่จะปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมากกว่ากลุ่มอายุ

35-39 ปี และกลุ่มอายุ 55-59 ปี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของปรานี มหาศักดิ์พันธ์ (2538: 62) และอรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539: 102) ที่พบว่าผู้ที่อายุมากกว่ามีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

ตารางที่ 29 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดและอายุ

การรับรู้ความรุนแรงของ โรคหัวใจขาดเลือด	อายุ						รวม
	35-39		40-54		55-59		
ระดับต่ำ	7.26	(42)	8.42	(38)	9.69	(13)	8.08 (93)
ระดับปานกลาง	7.67	(60)	9.17	(121)	10.04	(53)	8.98 (234)
ระดับสูง	6.25	(12)	11.26	(47)	10.33	(30)	10.27 (89)
รวม	7.37	(114)	9.51	(206)	10.08	(96)	9.06 (416)

จากการนำรายได้มาเป็นตัวแปรตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 30) พบว่าความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้เพียง 3 กลุ่ม คือกลุ่มผู้มีรายได้ระหว่าง 0-2,400 บาท รายได้ระหว่าง 4,801-10,000 บาท และรายได้มากกว่า 10,000 บาท โดยพบว่า กลุ่มผู้มีรายได้ ระหว่าง 0-2,400 บาท ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 10.15 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 9.28 และคะแนนเฉลี่ย 8.20) ส่วนความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้มีรายได้ 4,801-10,000 บาท และมากกว่า 10,000 บาท เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน ในขณะที่ผู้มีรายได้ 2,401-4,800 บาท ความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

ในการศึกษาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มที่มีรายได้ต่างกัน พบว่า ในกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของหัวใจขาดเลือดระดับสูง ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงที่สุด รองลงมาได้แก่กลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 0-2,400 บาท รายได้ 4,801-10,000 บาท และรายได้ 2,401-4,800 บาท ตามลำดับ (คะแนนเฉลี่ย 11.12 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 10.15 คะแนนเฉลี่ย 9.13 และคะแนนเฉลี่ย 8.93) ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ จิรวรรณ อินคัม (2541: 54) วัลภา ตั้งวชิรา (2539: 73) และวราภรณ์ พรหมพินใจ และคณะ (2543: 10) ที่พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงกว่ามีพฤติกรรมการป้องกัน

โรคได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า ส่วนการที่พบว่าผู้ที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท มีพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงที่สุด อาจเป็นเพราะผู้ที่มีรายได้ 10,000 บาท ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดระดับสูงส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมากกว่ากลุ่มรายได้อื่น ๆ

ตารางที่ 30 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของหัวใจขาดเลือดและรายได้

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด	รายได้								รวม	
	0 – 2,400		2,401 - 4,800		4,801-10,000		>10,000			
ระดับต่ำ	8.20	(10)	7.56	(25)	8.34	(32)	8.19	(26)	8.07	(93)
ระดับปานกลาง	9.28	(46)	10.61	(28)	8.82	(76)	9.05	(43)	8.98	(234)
ระดับสูง	10.15	(26)	8.93	(69)	9.13	(23)	11.12	(12)	10.27	(89)
รวม	9.43	(82)	9.03	(122)	8.76	(131)	9.20	(81)	9.06	(416)

ในการนำระดับการศึกษาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 31) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด ในกลุ่มที่ไม่ได้เรียนและมีระดับการศึกษาประถมศึกษาเป็นไปในรูปแบบเดิม คือ พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้เรียนและมีระดับการศึกษาประถมศึกษา ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่า ผู้ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 9.92 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 8.99 และคะแนนเฉลี่ย 7.86) ส่วนกลุ่มที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น และสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ในกลุ่มที่รับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง พบว่า ที่ระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการป้องกันโรคมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า เช่น ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรค 11.15 คะแนน กลุ่มที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรค 10.88 คะแนน และกลุ่มที่ไม่ได้เรียนและมีระดับการศึกษาประถมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรค 9.92 คะแนน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าอาจแสวงหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและเข้าใจวิธีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิกา เรื่องจันทร์

(2535: 59) นพรัตน์ เจริญกิจ และเสาวลักษณ์ เล็กอุทัย (2543: 9) ที่พบว่าผู้มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่าผู้มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

ตารางที่ 31 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดและระดับการศึกษา

การรับรู้ความรุนแรง ของโรคหัวใจขาดเลือด	ระดับการศึกษา						รวม	
	ไม่เรียนและ ประถมศึกษา		มัธยมศึกษา ตอนต้น		สูงกว่ามัธยม ศึกษาตอนต้น			
ระดับต่ำ	7.86	(43)	8.58	(19)	8.06	(31)	8.08	(93)
ระดับปานกลาง	8.99	(147)	8.59	(32)	9.20	(55)	8.98	(234)
ระดับสูง	9.92	(60)	10.88	(16)	11.15	(13)	10.27	(89)
รวม	9.02	(250)	9.13	(67)	9.10	(99)	9.06	(416)

จากการนำตัวแปรด้านอาชีพมาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 32) พบว่า กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเกษตรกรรมและกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม ความสัมพันธ์เป็นไปในรูปแบบเดิม และมีความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ คือ ในกลุ่มอาชีพเกษตรกรรมผู้ที่รับรู้โรคหัวใจขาดเลือดมีความรุนแรงมากกว่ามี คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 10.07 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 9.16 และคะแนนเฉลี่ย 8.39) ส่วนกลุ่มที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน ในขณะที่กลุ่มไม่ประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างผู้ที่มีอาชีพต่างกันและกลุ่มที่ไม่ประกอบอาชีพ พบว่าในกลุ่มที่รับรู้ความรุนแรงระดับสูงผู้ที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงสุด รองลงมาอาชีพเกษตรกรรม และไม่ประกอบอาชีพตามลำดับ (คะแนนเฉลี่ย 10.60 คะแนน เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 10.07 และคะแนนเฉลี่ย 9.63 คะแนน) เนื่องจากผู้ประกอบการอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม ที่รับรู้ความรุนแรงระดับสูงส่วนใหญ่อาจมีโอกาสในการตรวจสุขภาพ และรับการรักษาอย่างต่อเนื่องมากกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและกลุ่มไม่ประกอบอาชีพ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ

อนงค์นาฏ เหลี่ยมสมบัติ และคณะ (2540: 17) ที่พบว่าอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม มีพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพภาคเกษตรกรรม

ตารางที่ 32 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดและอาชีพ

รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด	อาชีพ							
	เกษตรกรรม	นอกภาคเกษตรกรรม	ไม่ประกอบอาชีพ	รวม				
ระดับต่ำ	8.39 (38)	7.89 (53)	- (2)	8.08 (93)				
ระดับปานกลาง	9.16 (100)	8.78 (125)	9.89 (9)	8.98 (234)				
ระดับสูง	10.07 (41)	10.60 (40)	9.63 (8)	10.27 (89)				
รวม	9.21 (179)	8.89 (218)	9.47 (19)	9.06 (416)				

- หมายถึง จำนวนตัวอย่างน้อยกว่า 5

เมื่อนำตัวแปรด้านที่อยู่อาศัยมาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 33) พบว่าความสัมพันธ์ยังคงเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือในเขตเมืองผู้ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 10.38 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 8.63 และคะแนนเฉลี่ย 8.02) และในเขตชนบทความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน

ในการศึกษาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของผู้ที่มีเขตที่อยู่อาศัยแตกต่างกัน พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดระดับสูง ที่อาศัยในเขตเมืองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าชนบท (คะแนนเฉลี่ย 10.38 คะแนน เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 10.18) อาจเป็นเพราะในเขตเมืองมีแหล่งสถานบริการด้านสุขภาพมากกว่าในเขตชนบท จึงสามารถแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพจากสถานบริการต่าง ๆ และรับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้มากกว่า ซึ่งผลการศึกษานี้แตกต่างการศึกษาของ รัจจา ศรีสุเทพ (2542: 69) และนราพร พิชัยณรงค์ (2529: 16) ที่พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดดีกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง

ตารางที่ 33 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดและที่อยู่อาศัย

การรับรู้ความรุนแรง ของโรคหัวใจขาดเลือด	ที่อยู่อาศัย					
	เมือง		ชนบท		รวม	
ระดับต่ำ	8.02	(53)	8.15	(40)	8.08	(93)
ระดับปานกลาง	8.63	(91)	9.21	(143)	8.98	(234)
ระดับสูง	10.38	(40)	10.18	(49)	10.27	(89)
รวม	8.83	(184)	9.23	(232)	9.06	(416)

ในการนำตัวแปรความรู้มาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 34) พบว่า ในกลุ่มผู้มีความรู้เรื่องโรคหัวใจระดับสูงและระดับปานกลางความสัมพันธ์ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม กล่าวคือ ในกลุ่มที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดระดับสูง ผู้ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 11.81 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 10.18 และคะแนนเฉลี่ย 9.60) ส่วนผู้ที่มีความรู้ระดับปานกลางความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน ในขณะที่ความรู้ระดับต่ำความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ในกลุ่มที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกัน พบว่า ผู้ที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าผู้ที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดต่ำกว่า เช่น ในกลุ่มที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดระดับสูง ผู้มีความรู้ระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด 11.81 คะแนน ระดับปานกลาง 9.83 คะแนน ระดับต่ำ 9.60 คะแนน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้ที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าเข้าใจถึงวิธีการป้องกันโรคที่ถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำกว่า ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ รัจจา ศรีสุเทพ (2542: 92) ที่พบว่าผู้ที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจมากกว่ามีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจดีกว่าผู้มีความรู้เรื่องโรคหัวใจน้อยกว่า

ตารางที่ 34 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดและความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้ความรุนแรง ของโรคหัวใจขาดเลือด	ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด							
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง		รวม	
ระดับต่ำ	7.78	(41)	8.00	(42)	9.60	(10)	8.08	(93)
ระดับปานกลาง	7.75	(55)	9.10	(135)	10.18	(44)	8.98	(234)
ระดับสูง	9.60	(10)	9.83	(58)	11.81	(21)	10.27	(89)
รวม	7.93	(106)	9.08	(235)	10.56	(75)	9.06	(416)

โดยสรุปความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อนำปัจจัยทางประชากรมาควบคุมพบว่า เมื่อควบคุมด้วย เพศ ระดับการศึกษา และเขตที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ยังคงเป็นไปในรูปแบบเดิม และเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่าตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา และเขตที่อยู่อาศัยมีอิทธิพลน้อย จึงไม่สามารถทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดเปลี่ยนแปลง แต่เมื่อควบคุมด้วย อายุ รายได้ อาชีพ และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด ความสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไปบางกลุ่ม แสดงว่า อายุ รายได้ อาชีพ และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด มีอิทธิพลเพียงพอที่จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดเปลี่ยนแปลง โดยกลุ่มที่ความสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ได้แก่ กลุ่มอายุ 35-39 ปี กลุ่มผู้มีรายได้ระหว่าง 2,401-4,800 บาท กลุ่มไม่ประกอบอาชีพ และกลุ่มความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดระดับต่ำ

3.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด (ตารางที่ 35) พบว่า เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 9.67 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 9.19 และคะแนนเฉลี่ย 7.38) ผลการ

ศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ โตเต็มศักดิ์ และสุวิมล กิมปี (2543: 4) และ นิตยา ภาสุนันท์ (2529: 73) ที่พบว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมากกว่าจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคมากกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด น้อยกว่า อาจเนื่องมาจากประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติเป็นสิ่งจูงใจในการแสดงพฤติกรรมป้องกันโรค ยิ่งรู้ว่ามีประโยชน์ต่อตนเองมากก็จะสนใจปฏิบัติตนให้ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 35 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคหัวใจขาดเลือด	จำนวน
ระดับต่ำ	7.38	63
ระดับปานกลาง	9.19	232
ระดับสูง	9.67	121
รวม	9.06	416

ในการนำตัวแปรเพศมาเป็นตัวแปรควบคุมพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด (ตารางที่ 36) ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม กล่าวคือเพศหญิงที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด มากกว่าจะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 10.57 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 9.84 และคะแนนเฉลี่ย 7.74) ส่วนในเพศชายพบว่าความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างเพศชายและเพศหญิงที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อในการป้องกันโรคในระดับเดียวกัน พบว่าเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าเพศชายในทุกระดับ อาจเป็นเพราะเพศหญิงสนใจดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย จึงแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ นารินทร์ (2540: 74) รุ่งศรี ยุ่งทอง (2537: 82) และ Weissfeld และคณะ (1990: 143-155) ที่พบว่าเพศหญิงมีการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคดีกว่าเพศชาย

ตารางที่ 36 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและเพศ

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
ระดับต่ำ	6.64	(34)	7.74	(31)	7.38	(63)
ระดับปานกลาง	8.55	(117)	9.84	(115)	9.19	(232)
ระดับสูง	8.65	(57)	10.57	(64)	9.67	(121)
รวม	8.33	(206)	9.77	(210)	9.06	(416)

จากการนำตัวแปรด้านอายุมาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 37) พบว่ามีกลุ่มอายุ 40-54 ปี มีความสัมพันธ์เป็นไปในรูปแบบเดิม และความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้โรคหัวใจขาดเลือดมีความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 10.27 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 9.68 และคะแนนเฉลี่ย 7.48) ในขณะที่กลุ่มอายุ 35-39 ปี และกลุ่มอายุ 55-59 ปี ความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มอายุ 35-39 ปี 40-54 ปี และ 55-59 ปี พบว่า อายุที่สูงขึ้นมีแนวโน้มของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคสูงขึ้น โดยเห็นได้ชัดเจนในกลุ่มที่รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในระดับสูง พบว่า ผู้ที่มีอายุ 55-59 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด 10.90 คะแนน อายุ 40-54 ปี มี 10.27 คะแนน และอายุ 35-39 ปี มี 6.89 คะแนน ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่อายุมากส่วนใหญ่ตระหนักในคุณค่าของประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย หรือมีความสนใจในการดูแลสุขภาพมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี มหาศักดิ์พันธ์ (2538: 62) และอรอนงค์ สัมพัญญ (2539: 102) ที่พบว่าผู้ที่มีอายุมากมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

ตารางที่ 37 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและอายุ

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	อายุ						รวม
	35-39		40-54		55-59		
ระดับต่ำ	6.64	(25)	7.48	(33)	10.40	(5)	7.38 (63)
ระดับปานกลาง	7.87	(62)	9.68	(109)	9.66	(61)	9.19 (232)
ระดับสูง	6.89	(27)	10.27	(64)	10.90	(30)	9.67 (121)
รวม	7.37	(114)	9.51	(206)	10.08	(96)	9.06 (416)

จากการนำรายได้มาเป็นตัวแปรตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 38) พบว่าความสัมพันธ์เป็นไปในรูปแบบเดิมเพียง 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้มีรายได้ระหว่าง 4,801-10,000 บาท และรายได้มากกว่า 10,000 บาท โดยพบว่า กลุ่มผู้มีรายได้ 4,801-10,000 บาท ที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 9.61 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 8.78 และคะแนนเฉลี่ย 6.69) ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ส่วนความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน ในขณะที่ผู้มีรายได้ระหว่าง 0-2,400 บาท และรายได้ระหว่าง 2,401-4,800 บาท ความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

ในการศึกษาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกัน พบว่า กลุ่มที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนระดับสูง ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงที่สุด รองลงมาได้แก่กลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 4,801-10,000 บาท รายได้ระหว่าง 0-2,400 บาท และรายได้ 2,401-4,800 บาท ตามลำดับ (คะแนนเฉลี่ย 10.75 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 9.61 คะแนนเฉลี่ย 9.55 และคะแนนเฉลี่ย 9.00) ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ จีวรธรณ อินคุ่ม (2541: 54) วัลภา ตั้งวชิรา (2539: 73) และวรภาภรณ์ พรหมพินใจ และคณะ (2543: 10) ที่พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงกว่ามีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า ส่วนการที่ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคสูงที่สุด อาจเป็นเพราะผู้ที่มีรายได้ 10,000 บาท ที่รับรู้

ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคระดับสูงส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมากกว่ากลุ่มรายได้อื่น ๆ

ตารางที่ 38 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและรายได้

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	รายได้								รวม	
	0 – 2,400		2,401 - 4,800		4,801-10,000		>10,000			
ระดับต่ำ	8.25	(8)	7.49	(24)	6.69	(16)	7.53	(15)	7.38	(63)
ระดับปานกลาง	9.56	(43)	9.60	(68)	8.78	(79)	8.90	(42)	9.19	(232)
ระดับสูง	9.55	(31)	9.00	(30)	9.61	(36)	10.75	(24)	9.67	(121)
รวม	9.43	(82)	9.03	(122)	8.76	(131)	9.20	(81)	9.06	(416)

ในการนำระดับการศึกษามาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 38) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด กับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ในกลุ่มที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น และกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นเป็นไปในรูปแบบเดิม คือ กลุ่มที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่า ผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 10.39 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 9.19 และคะแนนเฉลี่ย 7.03) ส่วนกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น ความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้เรียนและมีการศึกษาประถมศึกษา ความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน พบว่า ในกลุ่มผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคระดับสูง ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า คือ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค 10.41 คะแนน กลุ่มที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค 10.39 คะแนน และกลุ่มที่ไม่ได้เรียนและมีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค 9.20 คะแนน

ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าอาจเข้าใจวิธีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา เรืองจันทร์ (2535: 59) นพรัตน์ เจริญกิจ และเสาวลักษณ์ เล็กอุทัย (2543: 9) ที่พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

ตารางที่ 39 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและระดับการศึกษา

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	ระดับการศึกษา							
	ไม่เรียนและ ประถมศึกษา		มัธยมศึกษา ตอนต้น		สูงกว่ามัธยมศึกษา ศึกษาตอนต้น		รวม	
ระดับต่ำ	7.47	(34)	7.03	(12)	7.41	(17)	7.38	(63)
ระดับปานกลาง	9.29	(142)	9.19	(37)	8.92	(53)	9.19	(232)
ระดับสูง	9.20	(74)	10.39	(18)	10.41	(29)	9.67	(121)
รวม	9.02	(250)	9.13	(67)	9.10	(99)	9.06	(416)

จากการนำตัวแปรด้านอาชีพมาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 40) พบว่า กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเกษตรกรรมและกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม ความสัมพันธ์เป็นไปในรูปแบบเดิม และมีความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ คือ อาชีพเกษตรกรรม ผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 9.53 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 9.46 และคะแนนเฉลี่ย 7.71) ส่วนกลุ่มที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน ในขณะที่กลุ่มไม่ประกอบอาชีพความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างผู้ที่อาชีพต่างกันและกลุ่มที่ไม่ประกอบอาชีพ พบว่าในกลุ่มที่รับรู้ประโยชน์ระดับสูง อาชีพนอกภาคเกษตรกรรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงสุด รองลงมาอาชีพเกษตรกรรม และไม่ประกอบอาชีพตามลำดับ (คะแนนเฉลี่ย 9.89 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 9.53 และคะแนนเฉลี่ย 8.71) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมที่รับรู้ประโยชน์ระดับสูง อาจมีแบบแผนการป้องกันโรคด้าน

การตรวจสุขภาพ และรับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสมกว่ากลุ่มอาชีพเกษตรกรรม และไม่ประกอบอาชีพ ผลการศึกษาบางส่วนสอดคล้องกับการศึกษาของ อนงค์นาฏ เหลี่ยมสมบัติ และคณะ (2540: 17) ที่พบว่าอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพภาคเกษตรกรรม

ตารางที่ 40 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและอาชีพ

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	อาชีพ							
	เกษตรกรรม		นอกภาคเกษตรกรรม		ไม่ประกอบอาชีพ		รวม	
ระดับต่ำ	7.71	(28)	6.91	(32)	-	(3)	7.38	(63)
ระดับปานกลาง	9.46	(100)	8.90	(123)	10.11	(9)	9.19	(232)
ระดับสูง	9.53	(51)	9.89	(63)	8.71	(7)	9.67	(121)
รวม	9.21	(179)	8.89	(218)	9.47	(19)	9.06	(416)

- จำนวนตัวอย่างน้อยกว่า 5 ราย

เมื่อนำตัวแปรด้านที่อยู่อาศัยมาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 41) พบว่าความสัมพันธ์ยังคงเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ในเขตชนบทผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 9.73 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 9.27 และคะแนนเฉลี่ย 7.83) ส่วนในเขตเมืองความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน

ในการศึกษาการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในระดับเดียวกันของผู้ที่มีเขตที่อยู่อาศัยแตกต่างกัน พบว่า ในเขตชนบทมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าในเขตเมืองทุกกลุ่ม เห็นได้ชัดในกลุ่มที่มีการรับรู้ประโยชน์ระดับสูง ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด 9.73 คะแนน ผู้ที่อาศัยในเขตเมืองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรค 9.58 คะแนน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในเขตเมืองมีความเจริญด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีเครื่องอำนวยความสะดวก และมีโอกาสในการเลือกซื้อสินค้าบริโภคเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัจจา ศรีสุเทพ

(2542: 69) ที่พบว่าผู้อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีพฤติกรรมกำบังกันโรคหัวใจต่ำกว่าผู้อาศัยอยู่ในเขตชนบท

ตารางที่ 41 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและที่อยู่อาศัย

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	ที่อยู่อาศัย				รวม	
	เมือง		ชนบท			
ระดับต่ำ	7.00	(34)	7.83	(29)	7.38	(63)
ระดับปานกลาง	9.08	(100)	9.27	(132)	9.19	(232)
ระดับสูง	9.58	(50)	9.73	(71)	9.67	(121)
รวม	8.83	(184)	9.23	(232)	9.06	(416)

ในการนำตัวแปรความรู้มาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 42) พบว่า ในกลุ่มผู้มีความรู้เรื่องโรคหัวใจระดับต่ำและระดับสูงความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ในกลุ่มผู้มีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดระดับต่ำ ผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าจะมีพฤติกรรมกำบังกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 9.31 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 8.12 และคะแนนเฉลี่ย 6.72) ส่วนผู้มีความรู้เรื่องโรคหัวใจระดับสูงความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน ในขณะที่ผู้มีความรู้ระดับปานกลางความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังกันโรคหัวใจขาดเลือด ในกลุ่มที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกัน ในกลุ่มที่รับรู้ประโยชน์ระดับสูง ผู้ที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังกันโรคสูงที่สุด รองลงมาระดับต่ำ และระดับปานกลางตามลำดับ (คะแนนเฉลี่ย 11.82 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 9.31 และคะแนนเฉลี่ย 8.96) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าว แตกต่างจากการศึกษาของ รัชจา ศรีสุเทพ (2542: 92) ที่พบว่าผู้ที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจสูงกว่ามีพฤติกรรมกำบังกันโรคหัวใจดีกว่าผู้มีความรู้เรื่องโรคหัวใจต่ำกว่า และจากการที่พบว่าผู้ที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดระดับสูงมีพฤติกรรมกำบังกันโรคสูงที่สุดนั้นอาจเนื่องมาจากเข้าใจถึงวิธีการป้องกันโรคอย่างถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่มีความรู้ระดับอื่น ๆ

ตารางที่ 42 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด							
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง		รวม	
ระดับต่ำ	6.72	(25)	7.29	(28)	9.30	(10)	7.38	(63)
ระดับปานกลาง	8.12	(68)	9.54	(127)	9.94	(37)	9.19	(232)
ระดับสูง	9.31	(13)	8.96	(80)	11.82	(28)	9.67	(121)
รวม	7.93	(106)	9.08	(235)	10.56	(75)	9.06	(416)

โดยสรุปความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดพบว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อคุมด้วย เพศ และเขตที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ยังคงเป็นไปในรูปแบบเดิม และเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่าตัวแปร เพศ และเขตที่อยู่อาศัย มีอิทธิพลน้อยจึงไม่สามารถทำให้รูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเปลี่ยนแปลงไป แต่เมื่อคุมด้วย อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด ความสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงบางกลุ่ม แสดงว่า อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดมีอิทธิพลมากพอที่จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเปลี่ยนแปลงไป โดยกลุ่มที่เปลี่ยนแปลงไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ได้แก่กลุ่มอายุ 35-39 ปี กลุ่มอายุ 55-59 ปี รายได้ระหว่าง 0-2,400 บาท รายได้ระหว่าง 2,401-4,800 บาท กลุ่มไม่ได้เรียนและประถมศึกษา กลุ่มไม่ประกอบอาชีพ และกลุ่มความรู้ระดับปานกลาง

3.2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด (ตารางที่ 43) พบว่า เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่ามีคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่า (คะแนนเฉลี่ย 11.40 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 8.66 และคะแนนเฉลี่ย 7.03) ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตอาวี ศรีอาคะ (2543: 42) และปราณี ทองพิลา (2542: 62) ที่พบว่าผู้ที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคน้อยกว่าจะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมากกว่าผู้ที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมากกว่า ทั้งนี้เนื่องมาจากอุปสรรคเป็นสิ่งที่ขัดขวางทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้อย่างเต็มที่

ตารางที่ 43 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	จำนวน
ระดับต่ำ	11.40	123
ระดับปานกลาง	8.66	187
ระดับสูง	7.03	106
รวม	9.06	416

ในการนำตัวแปรเพศมาเป็นตัวแปรควบคุมพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด (ตารางที่ 44) ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม กล่าวคือในกลุ่มเพศหญิง ผู้ที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่าจะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่า (คะแนนเฉลี่ย 11.87 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 8.88 และคะแนนเฉลี่ย 7.09) ส่วนในเพศชายพบว่าความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างเพศชายและเพศหญิงที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อในการป้องกันโรคระดับเดียวกัน พบว่าเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าเพศชายทุกระดับ อาจเป็นเพราะเพศหญิงส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ นารินทร์ (2540: 74) รุ่งศรี ยุ่งทอง (2537: 82) และ Weissfeld และคณะ (1990: 143-155) ที่พบว่าเพศหญิงมีการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคดีกว่าเพศชาย

ตารางที่ 44 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและเพศ

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
ระดับต่ำ	10.46	(41)	11.87	(82)	11.40	(123)
ระดับปานกลาง	8.44	(91)	8.88	(96)	8.66	(187)
ระดับสูง	7.00	(74)	7.09	(32)	7.03	(106)
รวม	8.33	(206)	9.77	(210)	9.06	(416)

จากการนำตัวแปรด้านอายุมาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 45) พบว่าทุกกลุ่มอายุมีความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ คือ ในกลุ่มอายุ 35-39 ปี พบว่า ผู้ที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่า (คะแนนเฉลี่ย 9.00 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 7.61 และคะแนนเฉลี่ย 6.87) ส่วนกลุ่มอายุ 40-45 ปีและกลุ่มอายุ 55-59 ปีพบว่าความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้เช่นกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มอายุที่ต่างกัน พบว่า ในกลุ่มที่รับรู้อุปสรรคระดับต่ำ อายุ 40-54 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงที่สุด 11.65 คะแนน รองลงมาคือผู้ที่มีอายุ 55-59 ปี 11.41 คะแนน และอายุ 35-39 ปี 9.00 คะแนน ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่อายุ 40-45 ที่มีอุปสรรคระดับต่ำสามารถแก้ไขอุปสรรคต่าง ๆ ได้มากกว่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของปราณี มหาศักดิ์พันธ์ (2538: 62) และอรอนงค์ สัมพัญญ (2539: 102) ที่พบว่าผู้ที่อายุมากมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

ตารางที่ 45 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและอายุ

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	อายุ			รวม
	35-39	40-54	55-59	
ระดับต่ำ	9.00 (8)	11.65 (74)	11.41 (41)	11.40 (123)
ระดับปานกลาง	7.61 (54)	8.77 (94)	9.87 (39)	8.66 (187)
ระดับสูง	6.87 (52)	7.18 (38)	7.19 (16)	7.03 (106)
รวม	7.37 (114)	9.51 (206)	10.08 (96)	9.06 (416)

จากการนำรายได้มาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 46) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด กับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ทุกกลุ่ม คือ ในกลุ่มมีรายได้ระหว่าง 0-2,400 บาท ผู้ที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคน้อยกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่า (คะแนนเฉลี่ย 11.57 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 9.05 และคะแนนเฉลี่ย 6.71) ส่วนกลุ่มรายได้ระหว่าง 2,401-4,800 และรายได้ระหว่าง 4,801-10,000 บาท ความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกัน พบว่ากลุ่มที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคระดับต่ำ ผู้มีรายได้ระหว่าง 0-2,400 บาท มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงที่สุด รองลงมารายได้มากกว่า 10,000 บาท รายได้ระหว่าง 2,401-4,800 บาท และรายได้ระหว่าง 4,801-10,000 บาทตามลำดับ (คะแนนเฉลี่ย 11.57 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 11.54 คะแนนเฉลี่ย 11.37 และคะแนนเฉลี่ย 11.19) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มที่มีรายได้ ระหว่าง 0-2,400 บาท มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไม่เกินความต้องการของร่างกาย การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกว่ารายได้กลุ่มอื่น ๆ ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ จีรวรรณ อินคัม (2541: 54) วลัยภา ตั้งวชิรา (2539: 73) และวราภรณ์ พรหมพินใจ และคณะ (2543: 10) ที่พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงกว่ามีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า

ตารางที่ 46 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและรายได้

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	รายได้									
	0 – 2,400		2,401 - 4,800		4,801-10,000		>10,000		รวม	
ระดับต่ำ	11.57	(28)	11.37	(37)	11.19	(36)	11.54	(22)	11.40	(123)
ระดับปานกลาง	9.05	(37)	8.51	(55)	8.42	(59)	8.88	(36)	8.66	(187)
ระดับสูง	6.71	(17)	7.10	(30)	6.86	(36)	7.43	(23)	7.03	(106)
รวม	9.43	(82)	9.03	(122)	8.76	(131)	9.20	(81)	9.06	(416)

ในการนำระดับการศึกษามาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 47) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ทุกกลุ่ม คือ ในกลุ่มไม่ได้เรียนและมีระดับการศึกษาประถมศึกษาผู้ที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคน้อยกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่า (คะแนนเฉลี่ย 11.26 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 8.58 และคะแนนเฉลี่ย 6.72) ส่วนกลุ่มมัธยมศึกษาตอนต้นและสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น ความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน พบว่า ในกลุ่มที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคระดับต่ำกลุ่มที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงที่สุด 11.77 คะแนน รองลงมาในกลุ่มระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น 11.56 คะแนน และกลุ่มไม่ได้เรียน และมีระดับการศึกษาประถมศึกษา 11.26 คะแนน ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น สามารถแก้ไขอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของกรรณิกา เรืองจันทร์ (2535: 59) นพรัตน์ เจริญกิจ และเสาวลักษณ์ เล็กอุทัย (2543: 9) ที่พบว่าผู้มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่าผู้มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

ตารางที่ 47 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้อุปสรรค
ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและระดับการศึกษา

การรับรู้อุปสรรคในการ ปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคหัวใจขาดเลือด	ระดับการศึกษา							
	ไม่ได้เรียนและ ประถมศึกษา		มัธยมศึกษา ตอนต้น		สูงกว่ามัธยม ศึกษาตอนต้น		รวม	
ระดับต่ำ	11.26	(80)	11.77	(18)	11.56	(25)	11.40	(123)
ระดับปานกลาง	8.58	(113)	9.18	(35)	9.17	(39)	8.66	(187)
ระดับสูง	6.72	(57)	7.71	(14)	7.26	(35)	7.03	(106)
รวม	9.02	(250)	9.13	(67)	9.10	(99)	9.06	(416)

จากการนำตัวแปรด้านอาชีพมาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 48) พบว่า กลุ่มผู้ประกอบการ อาชีพเกษตรกรรม กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม และกลุ่มผู้ไม่ประกอบอาชีพความ สัมพันธ์เป็นไปในรูปแบบเดิม และมีความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ คือ อาชีพเกษตรกรรม ผู้ที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคน้อยกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจ ขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่า (คะแนน เฉลี่ย 11.67 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 8.62 และคะแนนเฉลี่ย 7.32) ส่วนกลุ่มที่ประกอบอาชีพ นอกภาคเกษตรกรรม และไม่ประกอบอาชีพความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างผู้ที่กลุ่ม อาชีพต่างกันและกลุ่มผู้ไม่ประกอบอาชีพ พบว่า ในกลุ่มที่รับรู้อุปสรรคระดับต่ำ กลุ่มผู้ประกอบการ เกษตรกรรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงที่สุด 11.67 คะแนน รองลงมา กลุ่มอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 11.25 คะแนน และกลุ่มผู้ไม่ประกอบอาชีพมี คะแนนเฉลี่ย 10.71 คะแนน ตามลำดับ การที่กลุ่มอาชีพเกษตรกรรมมีพฤติกรรมการป้องกันโรค สูงสุดอาจเนื่องจากมีแบบแผนการป้องกันโรคด้านการออกกำลังกาย การควบคุมการรับประทาน อาหาร และการผ่อนคลายความเครียด ได้อย่างเหมาะสมกว่ากลุ่มอาชีพนอกเกษตรกรรม และไม่ ประกอบอาชีพ ผลการศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาของ อนงค์นาฏ เหลี่ยมสมบัติ และคณะ (2540: 17) ที่พบว่าอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม มีพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพ ภาคเกษตรกรรม

ตารางที่ 48 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามรับรู้อุปสรรค
ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและและอาชีพ

การรับรู้อุปสรรคในการ ปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคหัวใจขาดเลือด	อาชีพ							
	เกษตรกรรม		นอกภาคเกษตรกรรม		ไม่ประกอบอาชีพ		รวม	
ระดับต่ำ	11.67	(52)	11.25	(64)	10.71	(7)	11.40	(123)
ระดับปานกลาง	8.62	(86)	8.63	(92)	9.44	(9)	8.66	(187)
ระดับสูง	7.32	(41)	6.85	(62)	-	(3)	7.03	(106)
รวม	9.21	(179)	8.89	(218)	9.47	(19)	9.06	(416)

- หมายถึง จำนวนกรณีตัวอย่างน้อยกว่า 5

ในการนำตัวแปรที่อยู่อาศัยมาเป็นตัวแปรควบคุม พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด (ตารางที่ 49) ไม่เปลี่ยนไปจากเดิม กล่าวคือในกลุ่มที่มีเขตที่อยู่อาศัยในชนบทผู้รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่าจะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่า (คะแนนเฉลี่ย 11.40 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 8.83 และคะแนนเฉลี่ย 6.75) ส่วนในเขตเมืองพบว่าความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท ในกลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ พบว่า ผู้ที่อยู่ในเขตชนบทมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคใกล้เคียงกับผู้ที่อยู่ในเขตเมือง (คะแนนเฉลี่ย 11.40 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 11.39 อาจเป็นเพราะผู้ที่อยู่ในเขตชนบทและผู้ที่อยู่ในเขตเมืองที่รับรู้อุปสรรคระดับต่ำ มีความพร้อมในแสดงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในด้านต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน ซึ่งการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ รัจจา ศรีสุเทพ (2542: 69) และบงกช เขียวยานยนต์ (2533: 54) ที่พบว่าผู้ที่มีเขตที่อยู่อาศัยแตกต่างกันมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่ต่างกัน โดยผู้อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคต่ำกว่าผู้อาศัยอยู่ในเขตชนบท

ตารางที่ 49 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้อุปสรรค
ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและที่อยู่อาศัย

การรับรู้อุปสรรคใน การปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคหัวใจขาดเลือด	ที่อยู่อาศัย				
	เมือง		ชนบท		รวม
ระดับต่ำ	11.39	(48)	11.40	(75)	11.40 (123)
ระดับปานกลาง	8.42	(78)	8.83	(109)	8.66 (187)
ระดับสูง	7.26	(58)	6.75	(48)	7.03 (106)
รวม	8.83	(184)	9.23	(232)	9.06 (416)

ในการนำตัวแปรความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดเป็นตัวแปรควบคุม พบว่ากลุ่มที่มีระดับความรู้ระดับสูงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด (ตารางที่ 50) เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่า (คะแนนเฉลี่ย 11.73 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 9.88 และคะแนนเฉลี่ย 8.63) ส่วนกลุ่มที่มีความรู้ระดับปานกลาง และระดับต่ำ พบว่าความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างผู้ที่มีระดับความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกัน พบว่าผู้ที่มีความรู้ระดับสูงกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำกว่า โดยเห็นได้ชัดเจนในกลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ คือ ผู้ที่มีความรู้ระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค 11.73 คะแนน ผู้ที่มีความรู้ระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 11.58 คะแนน ผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำมีคะแนนเฉลี่ย 9.87 คะแนน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีความรู้ระดับสูงกว่าสามารถแก้ไขอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้มากกว่าผู้มีการศึกษาระดับต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัจจา ศรีสุเทพ (2542: 92) ที่พบว่าผู้ที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจสูงกว่ามีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจดีกว่าผู้มีความรู้เรื่องโรคหัวใจต่ำกว่า

ตารางที่ 50 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด						
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง		รวม
ระดับต่ำ	9.87	(16)	11.58	(74)	11.73	(33)	11.40 (123)
ระดับปานกลาง	7.65	(49)	8.74	(104)	9.88	(34)	8.66 (187)
ระดับสูง	7.51	(41)	6.46	(57)	8.63	(8)	7.03 (106)
รวม	7.93	(106)	9.08	(235)	10.56	(75)	9.06 (416)

โดยสรุปความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดพบว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อนำปัจจัยทางประชากรและสังคมมาควบคุมที่ละตัว พบว่า ความสัมพันธ์ยังคงเป็นไปในรูปแบบเดิม และเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่า ปัจจัยทางประชากรและสังคมไม่มีอิทธิพลมากพอที่จะทำให้รูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเปลี่ยนแปลง หรืออาจกล่าวได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเป็นความสัมพันธ์ที่แท้จริง

3.2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด (ตารางที่ 51) พบว่า เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ที่รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 11.70 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 8.42 และคะแนนเฉลี่ย 7.71) ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษร สำเภาทอง (2536: 98) กาญจนา ประสานปราน (2535: 57) และจิตต์ลัดดา สุภานันท์ (2539: 101) ที่พบว่าผู้ที่

รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าจะมีพฤติกรรมกำบังป้องกันโรคมากกว่าผู้ที่รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค โดยที่กิจกรรมใดที่เชื่อว่าสามารถทำได้ กิจกรรมนั้นมีโอกาสเกิดขึ้นจริงมากที่สุด

ตารางที่ 51 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	จำนวน
ระดับต่ำ	7.71	94
ระดับปานกลาง	8.42	221
ระดับสูง	11.70	101
รวม	9.06	416

ในการนำตัวแปรเพศมาเป็นตัวแปรควบคุมพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกำบังป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด (ตารางที่ 52) ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม กล่าวคือในกลุ่มเพศหญิง ผู้ที่รับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าจะมีพฤติกรรมกำบังป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 12.03 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 8.82 และคะแนนเฉลี่ย 8.47ตามลำดับ) ส่วนในเพศชายพบว่าความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างเพศชายและเพศหญิงที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อในการป้องกันโรคในระดับเดียวกัน พบว่าเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าเพศชายในทุกระดับ อาจเป็นเพราะเพศหญิงส่วนใหญ่มุ่งมีความสนใจดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชายจึงทำให้มีพฤติกรรมกำบังป้องกันโรคมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ นารินทร์ (2540: 74) รุ่งศรี ยุ่งทอง

(2537: 82) และ Weissfeld และคณะ (1990: 143-155) ที่พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคดีกว่าเพศชาย

ตารางที่ 52 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและเพศ

การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	เพศ				
	ชาย		หญิง		รวม
ระดับต่ำ	7.24	(58)	8.47	(36)	7.71 (94)
ระดับปานกลาง	8.03	(113)	8.82	(108)	8.42 (221)
ระดับสูง	11.09	(35)	12.03	(66)	11.70 (101)
รวม	8.33	(206)	9.77	(210)	9.06 (416)

ในการนำตัวแปรด้านอายุมาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 53) พบว่าทุกกลุ่มอายุมีความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ คือ ในกลุ่มอายุ 35-39 ปีผู้ที่รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 8.63 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 7.74 และคะแนนเฉลี่ย 6.64) ส่วนกลุ่มอายุ 40-45 ปี และกลุ่มอายุ 55-59 ปีพบว่าความสัมพันธ์เป็นไปในรูปแบบเดิมเช่นกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน พบว่า ในกลุ่มที่รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคระดับสูง ผู้ที่มีอายุ 40-54 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงที่สุด 12.21 คะแนน อายุ 55-59 ปี 11.57 คะแนน และอายุ 35-39 ปี 8.63 คะแนน ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่อายุ 40-54 ปีมีความสามารถในการเรียนรู้การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมากกว่า ทำให้สามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของปราณี มหาศักดิ์พันธ์ (2538: 62) และอรอนงค์ สัมพัญญ (2539: 102) ที่พบว่าผู้ที่อายุมากมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

ตารางที่ 53 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและอายุ

การรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	อายุ			รวม
	35-39	40-54	55-59	
ระดับต่ำ	6.64 (45)	8.45 (31)	9.11 (18)	7.71 (94)
ระดับปานกลาง	7.74 (61)	8.45 (117)	9.28 (43)	8.42 (221)
ระดับสูง	8.63 (8)	12.21 (58)	11.57 (35)	11.70 (101)
รวม	7.37 (114)	9.51 (206)	10.08 (96)	9.06 (416)

จากการนำรายได้มาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 54) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด กับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มรายได้ระหว่าง 2,401-4,800 รายได้ระหว่าง 4,801-10,000 บาท และรายได้มากกว่า 10,000 บาท ในกลุ่มมีรายได้ระหว่าง 2,401-4,800 บาท ผู้ที่รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 11.81 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 8.11 และคะแนนเฉลี่ย 7.88) ส่วนกลุ่มรายได้ระหว่าง 4,801-10,000 บาท และรายได้มากกว่า 10,000 บาท ความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน ในขณะที่รายได้ระหว่าง 0-2,400 บาท ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกัน พบว่าในกลุ่มที่รับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง รายได้ระหว่าง 0-2,400 บาท มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงที่สุด 12.10 คะแนน รองลงมา รายได้ระหว่าง 2,401-4,800 บาท มีคะแนนเฉลี่ย 11.81 คะแนน รายได้ระหว่าง 4,801-10,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ย 11.68 คะแนน และรายได้มากกว่า 10,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ย 11.18 คะแนน ตามลำดับ การที่กลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่ามีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ากลุ่มรายได้มากกว่า อาจเนื่องจากกลุ่มผู้มีรายได้น้อย มีการควบคุมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกว่าผู้มีรายได้มาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรภารณ์ โทเติมศักดิ์ และสุวิมล กิมปี (2543: 41) ที่พบว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่ามีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคด้านการออกกำลังกายดีกว่าผู้ที่มีรายได้มากกว่า

ตารางที่ 54 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและรายได้

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	รายได้					รวม
	0 – 2,400	2,401 - 4,800	4,801-10,000	> 10,000		
ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด						
ระดับต่ำ	8.64 (11)	7.88 (26)	7.03 (36)	8.19 (21)	7.71 (94)	
ระดับปานกลาง	8.40 (49)	8.11 (64)	8.60 (70)	8.61 (38)	8.42 (221)	
ระดับสูง	12.10 (22)	11.81 (32)	11.68 (25)	11.18 (22)	11.70 (101)	
รวม	9.43 (82)	9.03 (122)	8.76 (131)	9.20 (81)	9.06 (416)	

ในการนำระดับการศึกษาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 55) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด กับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ทุกกลุ่ม คือ ในกลุ่มไม่ได้เรียนและมีระดับการศึกษาประถมศึกษาผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 11.53 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 8.18 และคะแนนเฉลี่ย 7.86) ส่วนกลุ่มมัธยมศึกษาตอนต้น และสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น ความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน พบว่าในกลุ่มที่รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคระดับสูง กลุ่มที่มีการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงที่สุด รองลงมาคือกลุ่มไม่ได้เรียนและประถมศึกษา และลำดับสุดท้ายคือกลุ่มสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น (คะแนนเฉลี่ย 13.08 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 11.53 และ คะแนนเฉลี่ย 11.38 คะแนน) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นมีความตั้งใจในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาอื่น ๆ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของกรรณิกา เรืองจันทร์ (2535: 59) นพรัตน์ เจริญกิจ และเสาวลักษณ์ เล็กอุทัย (2543: 9) ที่พบว่าผู้มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่าผู้มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

ตารางที่ 55 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและระดับการศึกษา

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	ระดับการศึกษา						รวม
	ไม่เรียนและประถมศึกษา		มัธยมศึกษาตอนต้น		สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น		
ระดับต่ำ	7.86	(50)	6.46	(13)	8.0	(31)	7.71 (94)
ระดับปานกลาง	8.18	(133)	8.73	(41)	8.80	(47)	8.42 (221)
ระดับสูง	11.53	(67)	13.08	(13)	11.38	(21)	11.70 (101)
รวม	9.02	(250)	9.13	(67)	9.10	(99)	9.06 (416)

จากการนำตัวแปรด้านอาชีพมาเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 56) พบว่ากลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเกษตรกรรม กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม และกลุ่มผู้ไม่ประกอบอาชีพความสัมพันธ์เป็นไปในรูปแบบเดิม และมีความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ประกอบการอาชีพเกษตรกรรม ผู้ที่รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 11.72 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 8.49 และคะแนนเฉลี่ย 7.95) ส่วนกลุ่มที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม และไม่ประกอบอาชีพความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มผู้ที่ประกอบอาชีพต่างกันและกลุ่มผู้ไม่ประกอบอาชีพ พบว่า ในกลุ่มที่รับรู้ความสามารถระดับสูง กลุ่มผู้ไม่ประกอบอาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงที่สุด 12.50 คะแนน รองลงมา กลุ่มอาชีพเกษตรกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 11.72 คะแนน และกลุ่มอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 11.59 คะแนน ตามลำดับ การที่กลุ่มผู้ไม่ประกอบอาชีพมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคสูงสุดอาจเนื่องจากกลุ่มผู้ไม่ประกอบอาชีพมีพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ในด้านการพักผ่อนให้เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย การไปรับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มอาชีพเกษตรกรรม และนอกภาคเกษตรกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒนา โพธิ์แก้ว (2537: 87) ที่พบว่าผู้ไม่ประกอบอาชีพมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพ

ตารางที่ 56 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามรับรู้ความสามารถ
ของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและอาชีพ

การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	อาชีพ							
	เกษตรกร		นอกภาคเกษตรกรรม		ไม่ประกอบอาชีพ		รวม	
ระดับต่ำ	7.95	(38)	7.50	(54)	(2)			7.71
ระดับปานกลาง	8.49	(95)	8.40	(115)	7.91	(11)	8.42	(221)
ระดับสูง	11.72	(46)	11.59	(49)	12.50	(6)	11.70	(101)
รวม	9.21	(179)	8.89	(218)	9.47	(19)	9.06	(416)

- หมายถึง จำนวนกรณีตัวอย่างน้อยกว่า 5

ในการนำตัวแปรที่อยู่อาศัยมาเป็นตัวแปรควบคุม พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด (ตารางที่ 57) ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม กล่าวคือในกลุ่มที่มีเขตที่อยู่อาศัยในชนบทผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าจะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 11.47 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 8.71 และคะแนนเฉลี่ย 7.73) ส่วนในเขตเมืองพบว่าความสัมพันธ์เป็นไปในทำนองเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างผู้ที่มีเขตที่อยู่อาศัยแตกต่างกัน พบว่า ในกลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในระดับสูงผู้อยู่ในเขตเมืองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าผู้อยู่ในเขตชนบท (คะแนนเฉลี่ย 12.05 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 11.47) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในเขตเมืองมีความเจริญด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีสถานบริการด้านสุขภาพมากกว่า ทำให้ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และรับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของรัจจา ศรีสุเทพ (2542: 69) ที่พบว่าผู้อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจต่ำกว่าผู้อาศัยอยู่ในเขตชนบท

ตารางที่ 57 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและที่อยู่อาศัย

การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกัน โรคหัวใจขาดเลือด	ที่อยู่อาศัย					
	เมือง		ชนบท		รวม	
ระดับต่ำ	7.69	(45)	7.73	(49)	7.71	(94)
ระดับปานกลาง	8.05	(99)	8.71	(122)	8.42	(221)
ระดับสูง	12.05	(40)	11.47	(61)	11.70	(101)
รวม	8.83	(184)	9.23	(232)	9.06	(416)

จากการนำตัวแปรความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดมาเป็นตัวแปรควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด (ตารางที่ 58) พบว่าในกลุ่มที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดระดับปานกลาง เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ที่รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมากกว่าจะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมากกว่าผู้ที่รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 11.69 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 8.56 และคะแนนเฉลี่ย 6.87) ในขณะที่กลุ่มที่มีความรู้ระดับต่ำ และความรู้ระดับสูงความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างผู้ที่มีระดับความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกัน พบว่าผู้ที่มีความรู้ระดับสูงกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำกว่า โดยเห็นได้ชัดเจนในกลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในระดับสูง พบว่าผู้ที่มีความรู้ระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค 12.30 คะแนน ผู้ที่มีความรู้ระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 11.69 คะแนน และผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำมีคะแนนเฉลี่ย 8.83 คะแนน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีความรู้ระดับสูงกว่าสามารถเข้าใจวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคที่ถูกต้องได้มากกว่าผู้มีการศึกษาระดับต่ำกว่า ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ รัจจา ศรีสุเทพ (2542: 92) ที่พบว่าผู้ที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจมากกว่ามีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจดีกว่าผู้ที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจน้อยกว่า

ตารางที่ 58 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด						
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง		รวม
ระดับต่ำ	8.00	(32)	6.87	(48)	9.93	(14)	7.71 (94)
ระดับปานกลาง	7.82	(68)	8.56	(122)	9.16	(31)	8.42 (221)
ระดับสูง	8.83	(6)	11.69	(65)	12.30	(30)	11.70 (101)
รวม	7.93	(106)	9.08	(235)	10.56	(75)	9.06 (416)

โดยสรุปความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อนำปัจจัยทางประชากรมาควบคุม พบว่า เมื่อคุมด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และเขตที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ยังคงเป็นไปในรูปแบบเดิม และเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่าตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และเขตที่อยู่อาศัยมีอิทธิพลน้อย จึงไม่สามารถทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเปลี่ยนแปลงไป แต่เมื่อคุมด้วย รายได้ และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด ความสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไปบางกลุ่ม แสดงว่ารายได้ และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดมีอิทธิพลมากพอที่จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเปลี่ยนแปลง โดยกลุ่มที่เปลี่ยนแปลงไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ได้แก่กลุ่ม รายได้ระหว่าง 0-2,400 บาท ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดระดับต่ำ และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดระดับสูง

3.2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (ตารางที่ 59) พบว่า เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้มี

ระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้มีระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 10.37 เปรียบเทียบกับ คะแนนเฉลี่ย 8.53 และคะแนนเฉลี่ย 8.35) ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ มาลี จำนวนค์ผล (2540: 63) กรรณิกา เรื่องจันทร์ (2535: 59) และอัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540: 65) ที่พบว่าผู้มีระยะเวลาในการป่วยนานกว่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมากกว่าผู้มีระยะเวลาในการป่วยน้อยกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่ป่วยมาเป็นระยะเวลานานกว่าสามารถเรียนรู้วิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองไปในทางที่ถูกต้องมากกว่าผู้มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า

ตารางที่ 59 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด

ระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	จำนวน
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 เดือน	8.35	127
13-46 เดือน	8.53	158
มากกว่า 46 เดือน	10.37	131
รวม	9.06	416

3.2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด (ตารางที่ 60) พบว่า เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้รับรู้ข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้รับรู้ข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า (คะแนนเฉลี่ย 10.89 เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ย 8.76 และคะแนนเฉลี่ย 7.43) ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา ภูเกล้าฉนวน (2540: 79) ประกายทิพย์ จันทร์ภิรมย์ (2541: 53) และวนิดา อินทราชา (2537: 83) ที่พบว่าผู้รับรู้ข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมากกว่าผู้รับรู้ข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า ทั้งนี้เนื่องมาจากการรับรู้ข่าวสารการ

ป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้รับทราบถึงวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคให้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 60 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจำแนกตามการรับรู้ข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้ข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	จำนวน
ระดับต่ำ	7.43	68
ระดับปานกลาง	8.76	248
ระดับสูง	10.89	100
รวม	9.06	416

3.3 การวิเคราะห์การถดถอยของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา

การวิเคราะห์การถดถอยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ 1) การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่ายของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด กับการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้ความคาดหวัง และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ 2) วิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคหัวใจขาดเลือดและปัจจัยด้านประชากรและสังคม วิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ความคาดหวังและปัจจัยด้านประชากรและสังคม และวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติและปัจจัยด้านประชากรและสังคม

เนื่องจากตัวแปรการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ความคาดหวัง และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติเป็นตัวแปรที่สร้างขึ้นจากดัชนีต่าง ๆ ที่นำมาใช้วัด ซึ่งต้องผ่านการพิจารณาก่อนว่าดัชนีที่นำมาใช้นั้นวัดได้หรือไม่ หรือจะต้องตัดคำถามใดออกไป ด้วยคำสั่ง reliability ในโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows และเปรียบเทียบว่าค่า chronbach alpha ขณะที่ตัดคำถามตัวใดตัวหนึ่งออกไป กับค่าที่ไม่ต้องตัดคำถามใดเลยแตกต่างกันหรือไม่ ถ้าไม่ต่างกันมากแสดงว่าใช้ดัชนีนั้นมาวัดได้

(เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2531: 156 -157) ในการศึกษาครั้งนี้ ดัชนีที่ใช้วัดการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมี่คำถาม 1 ข้อ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมี่คำถาม 7 ข้อ ดัชนีของการรับรู้ความคาดหวังประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมี่คำถาม 6 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมี่คำถาม 7 ข้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมี่คำถาม 6 ข้อ ส่วนดัชนีของสิ่งชักนำให้ปฏิบัติประกอบด้วย ช่วงระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีคำถาม 1 ข้อ และการได้รับข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมีคำถาม 9 ข้อ เมื่อนำข้อคำถามทั้งหมดของดัชนีที่ใช้วัดมาตรวจสอบพบว่าค่า chronbach alpha ของการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ความคาดหวัง และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ขณะที่ตัดคำถามตัวใดตัวหนึ่งออกไป กับค่าที่ไม่ต้องตัดคำถามใดเลยมีค่าใกล้เคียงกัน จึงถือว่าดัชนีที่สร้างขึ้นสามารถนำมาใช้วัดการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ความคาดหวัง และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติได้

3.3.1 การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่ายของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา

ผลจากตารางที่ 61 พบว่าการรับรู้ความคาดหวังมีค่า R^2 และ ค่า t สูงที่สุด ($R^2 = 0.334$ และ $t = 14.417$) รองลงมาคือสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ($R^2 = 0.162$ และ $t = 8.957$) และการรับรู้ภาวะคุกคามตามลำดับ ($R^2 = 0.120$ และ $t = 7.501$) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการรับรู้ความคาดหวังเป็นตัวแปรที่วัดพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดดีกว่าตัวแปรอีก 2 ตัว เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า ตัวแปรทั้ง 3 ตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยการรับรู้ความคาดหวังมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ 0.247 หมายถึง การรับรู้ความคาดหวังเพิ่มขึ้น 1 หน่วย (คะแนน) พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจะเพิ่มขึ้น 0.247 หน่วย (คะแนน) ส่วนสิ่งชักนำให้ปฏิบัติมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย เท่ากับ 0.342 นั่นคือ เมื่อสิ่งชักนำให้ปฏิบัติเพิ่มขึ้น 1 หน่วย (คะแนน) จะทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น 0.342 หน่วย (คะแนน) และการรับรู้ภาวะคุกคามมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย เท่ากับ 0.370 หมายถึง การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเพิ่มขึ้น 1 หน่วย (คะแนน) จะทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น 0.370 หน่วย (คะแนน)

ตารางที่ 61 การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่ายของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้ภาวะคุกคาม	การรับรู้ความคาดหวัง	สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ
ก. ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย (ในวงเล็บคือค่า t- statistics)		
0.370 (7.501) ^{***}	0.247 (14.417) ^{***}	0.342 (8.957) ^{***}
ข. ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (Standardized Coefficient)		
0.346	0.578	0.403
ค. ค่าสถิติอื่น ๆ		
- ค่าคงที่		
4.305	2.776	6.408
- ค่า R ²		
0.120	0.334	0.162
- จำนวนตัวอย่าง		
416	416	416

หมายเหตุ *** หมายถึงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

3.3.2 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา

ผลจากการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับตัวแปรการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค และปัจจัยประชากรและสังคม (ตารางที่ 62) พบว่าเมื่อควบคุมปัจจัยด้านประชากรและสังคมให้คงที่ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเพิ่มขึ้น 1 หน่วย (คะแนน) จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น 0.212 หน่วย (คะแนน) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับตัวแปรที่นำมาศึกษาพบว่า ตัวแปรการรับรู้ภาวะคุกคาม เพศ อายุ และความรู้ เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนระดับการศึกษา

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ที่เหลือไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และในการศึกษาสัมประสิทธิ์การถดถอยปรับฐาน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงสุด รองลงมา การรับรู้ภาวะคุกคาม ระดับการศึกษา เพศ ความรู้ อาชีพ ที่อยู่อาศัย และรายได้ ตามลำดับ ทั้งนี้การรับรู้ภาวะคุกคามของการเกิดโรคเมื่ออธิบายร่วมกับปัจจัยด้านประชากรและสังคม สามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 25.6

ตารางที่ 62 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด กับตัวแปรการรับรู้ภาวะคุกคาม และปัจจัยประชากรและสังคม

การรับรู้ภาวะคุกคาม	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	อาชีพ	รายได้	ที่อยู่อาศัย	ความรู้	ค่าคงที่
ก. ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย (ในวงเล็บคือค่า t- statistics)								
0.212 (4.079)***	1.096 (4.009)***	0.095 (5.186)***	0.421 (3.082)**	0.517 (1.777)	6.700E-06 (0.218)	0.213 (0.807)	0.243 (3.510)***	-1.737 (-1.715)
ข. ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Standardized Coefficient)								
0.198	0.183	0.247	0.184	0.085	0.013	0.035	0.166	
ค. ค่าสถิติอื่น ๆ								
จำนวนตัวอย่าง	R ²	F						
416	0.256	17.492						

หมายเหตุ ** หมายถึงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 *** หมายถึงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ส่วนการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับตัวแปรการรับรู้ความคาดหวัง และปัจจัยประชากรและสังคม (ตารางที่ 63) พบว่าเมื่อควบคุมปัจจัยด้านประชากรและสังคมให้คงที่ การรับรู้ความคาดหวัง เพิ่มขึ้น 1 หน่วย (คะแนน) จะมีพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น 0.203 หน่วย (คะแนน) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของพฤติกรรม การป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับตัวแปรที่นำมาศึกษาพบว่า ตัวแปรการรับรู้ความคาดหวัง อายุ ระดับการศึกษา และความรู้ เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ในขณะที่เพศ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกนั้นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในการศึกษาสัมประสิทธิ์การถดถอยปรับฐาน พบว่าการรับรู้ความคาดหวังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงสุด รองลงมา ระดับการศึกษา อายุ ความรู้ เพศ อาชีพ รายได้ และที่อยู่อาศัยตามลำดับ ทั้งนี้การรับรู้ความคาดหวัง เมื่ออธิบายร่วมกับปัจจัยด้านประชากรและสังคม สามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรม การป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้ถึงร้อยละ 39.8

ตารางที่ 63 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด กับตัวแปรการรับรู้ความคาดหวัง และปัจจัยประชากรและสังคม

การรับรู้ความ คาดหวัง	เพศ	อายุ	ระดับ การศึกษา	อาชีพ	รายได้	ที่อยู่ อาศัย	ความรู้	ค่าคงที่
ก. ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย (ในวงเล็บคือค่า t- statistics)								
0.203 (10.790)***	0.558 (2.214)*	0.056 (3.357)***	0.446 (3.360)***	0.409 (1.564)	-2.05E-05 (-0.741)	0.119 (0.499)	0.204 (3.396)***	-1.522 (-1.769)
ข. ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยปรับฐาน (Standardized Coefficient)								
0.475	0.093	0.147	0.195	0.068	-0.040	0.020	0.139	
ค. ค่าสถิติอื่น ๆ								
จำนวนตัวอย่าง	R ²	F						
416	0.398	33.596						

หมายเหตุ * หมายถึงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 *** หมายถึงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ในการวิเคราะห์ การถดถอยเชิงพหุของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด กับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ และปัจจัยประชากรและสังคม (ตารางที่ 64) พบว่าเมื่อควบคุมปัจจัยด้านประชากรและสังคมให้คงที่ สิ่งชักนำให้ปฏิบัติเพิ่มขึ้น 1 หน่วย (คะแนน) จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น 0.266 หน่วย (คะแนน) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับตัวแปรที่นำมาศึกษาพบว่า ตัวแปรสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ เพศ อายุ และความรู้ เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนระดับการศึกษามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกนั้นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในการศึกษาสัมประสิทธิ์การถดถอยปรับฐาน พบว่าสิ่งชักนำให้ปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงสุด รองลงมา อายุ ความรู้ ระดับการศึกษา เพศ อาชีพ รายได้ และที่อยู่อาศัย ตามลำดับ ทั้งนี้สิ่งชักนำให้ปฏิบัติเมื่ออธิบายร่วมกับปัจจัยด้านประชากรและสังคม สามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 31.5

ตารางที่ 64 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด กับตัวแปรสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ และปัจจัยประชากรและสังคม

สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	อาชีพ	รายได้	ที่อยู่อาศัย	ความรู้	ค่าคงที่
ก. ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย (ในวงเล็บคือค่า t- statistics)								
0.266 (7.299)***	1.053 (4.021)***	0.091 (5.180)***	0.406 (3.100)**	0.381 (1.366)	-2.64E-05 (-0.890)	0.101 (0.399)	0.297 (4.706)***	-0.848 (-0.910)
ข. ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Standardized Coefficient)								
0.313	0.176	0.233	0.178	0.063	-0.051	0.017	0.202	
ค. ค่าสถิติอื่น ๆ								
จำนวนตัวอย่าง	R ²	F						
416	0.315	23.404						

หมายเหตุ ** หมายถึงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

*** หมายถึงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากการวิเคราะห์การถดถอยสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกา
ป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้แก่ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ความคาดหวัง และสิ่งชักนำให้
ปฏิบัติ พบว่า เมื่อควบคุมปัจจัยด้านประชากรและสังคมแล้วทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่าง
พฤติกรรมกาป้องกันโรคคงเดิม และยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 นอกจากนี้ยังพบว่า
การรับรู้ความคาดหวังสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมกาป้องกันโรคได้สูงสุด คือ ร้อยละ
33.4 ซึ่งเมื่ออธิบายร่วมกับปัจจัยด้านประชากรและสังคม การรับรู้ความคาดหวังสามารถอธิบายการ
ผันแปรของพฤติกรรมกาป้องกันโรคได้สูงสุดถึงร้อยละ 39.8



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัด ฉะเชิงเทรามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด การได้รับข่าวสารในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้ด้านต่าง ๆ และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock Strecher และ Becker (1994: 11) มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ปัจจัยที่นำมาศึกษาคือการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ความคาดหวัง และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ โดยนำปัจจัยประชากรและสังคมมาเป็นตัวแปรควบคุม และมีสมมุติฐานหลักว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ความคาดหวัง และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกัน

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เป็นตัวอย่างอายุ 35-59 ปี ที่มีความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัด ฉะเชิงเทรา โดยใช้วิธีเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวนที่เป็นตัวอย่าง 3 แห่ง คือ อำเภอเมือง อำเภอบางปะกง และอำเภอบ้านโพธิ์ จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เป็นตัวอย่างได้จากประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี ที่มีความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข และจากบัญชีรายชื่อที่สามารถติดตามได้ในเขตอำเภอที่เลือก มีจำนวน 416 คน

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิคือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมประจำโรงพยาบาลเมือง ฉะเชิงเทรา ตรวจสอบและแก้ไขแล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างหลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนที่ 4 คือการรับรู้ด้านต่าง ๆ

การประมวลผลข้อมูลในการวิเคราะห์ครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS PC⁺ (Statistical Package For the Social Sciences/Personnal Computer) การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในรูปของตารางสถิติโดยใช้การกระจายอัตราร้อยละแสดงลักษณะทั่วไปของข้อมูล และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด การรับข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจ

ขาดเลือด และการรับรู้ด้านต่าง ๆ ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับ 2 ตัวแปร ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระนั้นวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยเลขคณิต โดยนำปัจจัยทางประชากรและสังคมมาเป็นตัวแปรควบคุมแล้วนำเสนอด้วยตารางไขว้ 3 ทาง และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ความคาดหวัง และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติด้วยวิเคราะห์การถดถอย

4.1 สรุปผลการศึกษาลักษณะทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มตัวอย่างมีเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน มีที่อยู่อาศัยในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง มีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 47.0 ปี ส่วนใหญ่อายุ 35-39 ปี โดยสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้เรียนและได้รับการศึกษาประถมศึกษาสูงสุด ในด้านอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมมีรายได้เฉลี่ย เท่ากับ 6,600.4 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 4,801-10,000 บาท ในด้านการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงโดยเฉลี่ย 34.6 เดือน โดยมีระยะเวลาการป่วยระหว่าง 13-46 เดือน ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคความดันโลหิตสูงและไม่เคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าการมีความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด โดยพบว่าเรื่องที่ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำได้แก่การควบคุมอาหาร

4.2 สรุปผลการศึกษา พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด การรับข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และการรับรู้ด้านต่าง ๆ

ประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด การได้รับข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการป้องกันโรคที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ถูกต้องได้แก่การพักผ่อนเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย ส่วนที่ปฏิบัติถูกต้องน้อยที่สุดได้แก่การไม่ดื่มเครื่องดื่มประปราย อาหาร ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดว่าความเครียดทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด โดยพบว่ามีส่วนน้อยที่รู้ว่าคนอ้วนเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนผอม การได้รับข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจากแหล่งต่าง ๆ ส่วนใหญ่ได้รับนาน ๆ ครั้ง แหล่งข่าวสารที่ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับเลยได้แก่ หนังสือพิมพ์ อาสาสมัครสาธารณสุข หอกระจายข่าว และวารสารสุขภาพ

ส่วนการรับรู้ด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด มีดังนี้คือ ในด้านการรับรู้ความรุนแรงพบว่าส่วนใหญ่รู้ว่าจะมีชีวิตที่ไม่มีความสุขถ้าป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด มีส่วนน้อยที่รู้ว่าเมื่อป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ในด้านการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะไม่ทุกข์ทรมานจากการป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดถ้าป้องกันโรสดังกล่าวได้ มีส่วนน้อยที่รู้ว่าถ้าสามารถป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้อาจมีอายุยืนยาว ในด้านอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด อุปสรรคที่พบส่วนใหญ่คือการควบคุมอาหารเป็นภาระของครอบครัว อุปสรรคที่พบส่วนน้อย คือ ใน 1 สัปดาห์ตนเองทำงานหนักจนไม่มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ ในด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพบว่า ความสามารถส่วนใหญ่ที่ทำได้มากที่สุด คือ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ถ้าตนเองติดบุหรี่ ส่วนความสามารถที่ได้น้อยที่สุด คือ การฝึกตนเองเพื่อผ่อนคลายความเครียด

4.3 สรุปผลการศึกษาความสัมพันธ์ระดับ 2 ตัวแปร ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระด้วยค่าเฉลี่ยเลขคณิต โดยนำปัจจัยทางประชากรและสังคมมาเป็นตัวแปรควบคุมแล้วนำเสนอด้วยตารางไขว้ 3 ทาง

4.3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับ 2 ตัวแปรระหว่างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดสรุปได้ดังนี้

1. ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า

2. ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า

3. ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า

4. ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า

5. ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า

6. ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงนานกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า

7. ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีการได้รับข่าวสารในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีการได้รับข่าวสารในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่า

4.3.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับ 2 ตัวแปรระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเมื่อเมื่อนำปัจจัยทางประชากรและสังคมมาเป็นตัวแปรควบคุมสรุปได้ดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเมื่อควบคุมด้วย เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ที่อยู่อาศัย เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่เมื่อคุมด้วย อายุ อาชีพ ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดเป็นไปตามสมมติฐานบางกลุ่ม กลุ่มที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐานได้แก่ กลุ่ม อายุ 35-39 ปี กลุ่มไม่ประกอบอาชีพ และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดระดับต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดเมื่อควบคุมด้วย เพศ ระดับการศึกษา ที่อยู่อาศัย เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่เมื่อคุมด้วย อายุ รายได้ อาชีพ และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดเป็นไปตามสมมติฐานบางกลุ่ม กลุ่มที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐานได้แก่ กลุ่ม อายุ 35-39 ปี รายได้ 2,401-4,800 บาท กลุ่มไม่ประกอบอาชีพ และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดระดับต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด เมื่อควบคุมด้วย เพศ ที่อยู่อาศัย เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่เมื่อคุมด้วย อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดเป็นไปตามสมมติฐานบางกลุ่ม กลุ่มที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐานได้แก่ กลุ่ม อายุ 35-39 ปี อายุ 55-59 ปี รายได้ 0-2,400 บาท รายได้ 2,401-4,800 บาท กลุ่มผู้ไม่ได้เรียนและประถมศึกษา กลุ่มไม่ประกอบอาชีพ และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกำบังกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด เมื่อควบคุมด้วยตัวแปรด้านปัจจัยประชากรและสังคมทุกตัว พบว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกำบังกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด เมื่อควบคุม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แต่เมื่อคุมด้วย รายได้ และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด เป็นไปตามสมมุติฐานบางกลุ่ม กลุ่มที่ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานได้แก่ กลุ่มรายได้ 0-2,400บาท ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดระดับต่ำ และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดระดับสูง

ตารางที่ 65 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกำบังกันโรคหัวใจขาดเลือดกับการรับรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด

ตัวแปร	ไม่มีตัวแปรควบคุม	ตัวแปรควบคุม						
		เพศ	อายุ	รายได้	ระดับการศึกษา	อาชีพ	เขตที่อยู่อาศัย	ความรู้
<u>การรับรู้ต่อภาวะ</u>								
<u>คุกคามของโรค</u>								
-การรับรู้โอกาสเสี่ยง	✓	✓	#	✓	✓	#	✓	#
-การรับรู้ความรุนแรง	✓	✓	#	#	✓	#	✓	#
<u>การรับรู้ความคาดหวัง</u>								
-การรับรู้ประโยชน์	✓	✓	#	#	#	#	✓	#
-การรับรู้อุปสรรค	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
-การรับรู้ความสามารถ	✓	✓	✓	#	✓	✓	✓	#

หมายเหตุ ✓ เป็นไปตามสมมุติฐานทั้งหมด

เป็นไปตามสมมุติฐานบางกลุ่ม

4.4 สรุปผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับปัจจัยที่นำมาศึกษาได้แก่การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ความคาดหวัง และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอย

จากการศึกษาการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย สรุปได้ว่าการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ความคาดหวัง และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และพบว่าปัจจัยที่อธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้สูงที่สุด คือการรับรู้ความคาดหวังสามารถอธิบายได้ ร้อยละ 33.4 รองลงมา คือสิ่งชักนำให้ปฏิบัติอธิบายได้ร้อยละ 16.2 ลำดับสุดท้ายได้แก่การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคอธิบายได้ ร้อยละ 12.0

เมื่อนำปัจจัยทางประชากรและสังคม มาศึกษาร่วมกับ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค ความคาดหวัง และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ โดยใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ พบว่า การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค ร่วมกับปัจจัยทางประชากรและสังคมสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 25.6 ส่วนความคาดหวังเมื่อร่วมกับปัจจัยทางประชากรและสังคมสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้สูงถึงร้อยละ 39.8 และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติเมื่อร่วมกับปัจจัยทางประชากรและสังคม สามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 31.5

ตารางที่ 66 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกำบังโรคหัวใจขาดเลือด กับการรับรู้ภาวะ
 ความรู้ของโรค การรับรู้ความคาดหวัง สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ โดยวิธีการวิเคราะห์
 การถดถอย (จากตาราง 61-64)

ปัจจัย	Simple regression			Multiple regression		
	b	BETA	R ²	b	BETA	R ²
การรับรู้ภาวะคุกคาม	0.370***	0.346	0.120	0.212***	0.198	0.256 ^{A1}
การรับรู้ความคาดหวัง	0.247***	0.578	0.334	0.203***	0.475	0.398 ^{A2}
สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ	0.342***	0.403	0.162	0.266***	0.313	0.315 ^{A3}

A¹ หมายถึง R² ของปัจจัยการรับรู้ภาวะคุกคาม และปัจจัยด้านประชากรและสังคม

A² หมายถึง R² ของปัจจัยการรับรู้ความคาดหวัง และปัจจัยด้านประชากรและสังคม

A³ หมายถึง R² ของปัจจัยสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ และปัจจัยด้านประชากรและสังคม

*** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

4.5 สรุปแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่นำมาศึกษา

ผลการศึกษาค้นพบว่าตัวแปรการรับรู้ต่าง ๆ และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติมีอิทธิพลต่อ
 การแสดงพฤติกรรมของบุคคลในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด โดยปัจจัยด้านประชากรสังคมได้แก่
 เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย และความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด มีอิทธิพลต่อ
 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกำบังโรคและการรับรู้ต่าง ๆ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดแบบแผน
 ความเชื่อด้านสุขภาพที่นำมาศึกษา นอกจากนี้พบว่าแต่ละปัจจัยในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 ได้แก่ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ความคาดหวัง และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติสามารถอธิบาย
 พฤติกรรมกำบังโรคหัวใจขาดเลือดได้ค่อนข้างสูง ดังนั้นอาจเป็นข้อสนับสนุนว่าสามารถนำแบบ
 แผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบายพฤติกรรมกำบังโรคได้

4.6 ข้อเสนอแนะ

4.6.1 จากการศึกษาคั้งนี้มีข้อค้นพบที่ควรนำมาพิจารณาเพื่อนำมาสู่การปฏิบัติดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่ายังมีประชากรกลุ่มเสี่ยงบางส่วนมีความรู้ไม่ถูกต้อง อีกทั้งการรับรู้ความรุนแรง และประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคยังไม่ครอบคลุมทุกด้าน ฉะนั้นในการเผยแพร่ความรู้ควรทำให้ครอบคลุม เพราะการทราบเพียง สาเหตุ อาการ หรือการป้องกัน เพียงอย่างเดียวอาจทำให้เกิดความเข้าใจไม่ถูกต้องได้ และน่าจะให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคด้วย เพราะจะทำให้รับรู้ความรุนแรงของโรค และประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง
2. น่าจะจัดอบรมเผยแพร่ความรู้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำหมู่บ้านในเรื่องการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และให้มีการทดสอบความรู้หลังการอบรมเพื่อประเมินว่ามีความรู้และความเข้าใจถูกต้องมากน้อยเพียงใดเพื่อจะได้นำความรู้ที่นั้นไปเผยแพร่ต่อไป เนื่องจากการศึกษาพบว่า ประชากรส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารการป้องกันโรคจากอาสาสมัครสาธารณสุขน้อยมาก ทั้งนี้ อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำครอบครัว ถือว่าเป็นสื่อบุคคลที่ใกล้ชิดและสามารถเข้าถึงประชากรในพื้นที่ได้ง่าย
3. น่าจะปรับปรุงระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยให้สถานบริการที่รับการรักษาส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังสถานอนามัยประจำตำบลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่จริงจะช่วยให้ทราบการรับการรักษาของผู้ป่วย และสามารถติดตามผู้ป่วยให้มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น เพราะจากการสำรวจเบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งย้ายที่อยู่และไปรับการรักษาจากสถานบริการนอกเขตที่อาศัย ทำให้ไม่สามารถติดตามหรือทราบว่าผู้ป่วยรับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่
4. จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงบางรายไม่เคยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลสุขภาพในด้านต่าง ๆ ดังนั้นสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงนอกจากจะสำหรับบันทึกผลการตรวจความดันโลหิต หรือผลการตรวจร่างกายอื่น ๆ แล้ว น่าจะให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกคำแนะนำที่ให้ ว่าได้ให้คำแนะนำเรื่องใดบ้าง รวมทั้งบันทึกความก้าวหน้าในการป้องกันโรค ในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการผ่อนคลายความเครียดของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินพฤติกรรม และให้

คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ขาด หรือกระตุ้นเตือนให้แสดงพฤติกรรมป้องกันโรค และให้นำสมุดนี้มาทุกครั้งที่ใช้รับการตรวจรักษา

5. สนับสนุนให้ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการรับทราบปัญหาและแก้ไขปัญหา เพราะจากการศึกษาพบว่าอุปสรรคในในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดพบว่าการเตรียมอาหารเป็นภาระของครอบครัว ดังนั้นบุคคลในครอบครัวน่าจะมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคเนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างต้องอาศัยความร่วมมือและการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด

6. ค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพเป็นอุปสรรคสำคัญในการป้องกันโรค ดังนั้นในการดำเนินงานโครงการ 30 บาทรักษาได้ทุกโรค ซึ่งถือว่าต้องการให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง จึงน่าจะให้สิทธิในการใช้บัตร 30 บาทในการตรวจสุขภาพร่างกายทุกระบบได้ปีละ 1 ครั้งโดยไม่ต้องมีอาการป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ก่อน เพราะจะทำให้ประชาชนให้ความสนใจตรวจสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมายิ่งขึ้น

7. เพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคในด้านการออกกำลังกาย องค์การของรัฐและเอกชนน่าจะรณรงค์เรื่องการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องมากขึ้น สนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โดยสถานประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชนน่าจะบริหารจัดการด้านเวลาและสถานที่ให้เหมาะสม เพื่อสะดวกในการใช้สถานที่ทำงานสำหรับออกกำลังกายได้

8. จากการศึกษพบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ขาดความสามารถในการฝึกผ่อนคลายความเครียด ดังนั้นน่าจะให้ความรู้ และการฝึกปฏิบัติวิธีการผ่อนคลายความเครียดแก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการ เพื่อจะได้มีความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อผ่อนคลายความเครียดมากยิ่งขึ้น

9. จากการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ความคาดหวังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงที่สุด ดังนั้นในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจึงน่าจะให้ความสำคัญ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเป็นอันดับแรก

4.6.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. น่าจะศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องความเชื่อในคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงจูงใจในการป้องกันโรค และความพึงพอใจในการรับบริการว่ามีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหรือไม่ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรค
2. น่าจะนำประชากรกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ เช่นกลุ่มวัยรุ่นมาทำการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดด้วย เนื่องจากพบว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดเช่นกัน (Igoe, 1992: 291-292) เพื่อทราบว่าปัจจัยใดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มวัยรุ่นเหมือนหรือต่างกับกลุ่มเสี่ยงที่มีความดันโลหิตสูงอย่างไร จะได้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพแก่กลุ่มวัยรุ่นให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป
3. น่าจะศึกษาว่าปัจจัยใดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในแต่ละพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาในแต่ละพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง
4. เนื่องจากการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ดังนั้นน่าจะศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในแต่ละพฤติกรรม เช่นการออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้ทราบสาเหตุของอุปสรรคในด้านต่าง ๆ เพื่อวางแผนในการแก้ไขปัญหา

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรรณิกา เรืองจันทร์. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลอายุรศาสตร์ และ ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กวี เจริญลาภ. 2536. เวชปฏิบัติต้นยุค 2537 โครงการตำรา ศิริราช. กรุงเทพมหานคร. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจนา ประสานปราน. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- การแพทย์, กรม. (ม.ป.ป). คู่มือการดูแลสุขภาพหลอดเลือด. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานวิชาการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- การแพทย์, กรม. 2536. แบบเรียนด้วยตนเองเรื่องโรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไขข้ออักเสบ และโรคหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เกษม วัฒนชัย. 2532. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์พัฒนศึกษา.
- เกษร สัมภาษณ์. 2536. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกื้อ วงศ์บุญสิน . 2531. “การใช้คอมพิวเตอร์เพื่อการวิจัย” ใน พิเชิด พิทักษ์เทพสมบัติ (บรรณาธิการ) ปฏิบัติการเหนือตำราการวิจัยทางสังคม หน้า 156-157, กรุงเทพมหานคร. ศูนย์หนังสือการพัฒนาลังคม คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรรยา สุวรรณทัต. 2536. “ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดู” ใน ดวงกมล เวชบรรยงรัตน์ (บรรณาธิการ) เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาพัฒนาเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8-15. หน้า 815-851. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- จันทร์นิภา ตันภูมิประเทศ. 2543. ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการที่สถานอนามัยของประชาชนในตำบลวังหิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทร์ภา กฤษณะสุวรรณ และ อำไพ จันทรราช. 2543: 45 .ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงขายบริการทางเพศในเขตเทศบาลเมือง นครราชสีมา. วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5 นครราชสีมา 6 (2): 41-47.
- จิตอาวี ศรีอาคะ. 2543. การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิตต์ลัดดา สุภานันท์. 2539. การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถานสงเคราะห์โรคเรื้อนพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ยูนิพันธ์. 2532. การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพของขบขายที่ชื้อนกับการวิจัยทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 1(2): 42-58.
- จิราวรรณ อินคุ่ม. 2541. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย. 2537. โรคหัวใจหลอดเลือด และโรคเบาหวาน. ใน มุกดา (บรรณาธิการ). เอกสารการสอนชุดวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อหน่วยที่ 9-15. หน้า 50-106, กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย. 2543. บันทึกนักสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.
- ดวงเดือน พันธุโยธี. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดำรง กิจกุล. 2531. คู่มือออกกำลังกาย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

- ถาวร สุทธิไชยกุล. 2539. "Cardiac Disorders in diabetes." ใน วรณีย์ นิธิยานันท์ (บรรณาธิการ) เบาหวานและภาวะแทรกซ้อน. หน้า 161-172. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.
- ธวัชชัย งามสันติวงศ์. 2543. SPSS FOR WINDOWS หลักและวิธีการใช้คอมพิวเตอร์ในงานสถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เซนจูรี่จำกัด.
- ธิดาทิพย์ ชัยศรี. 2541. พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นพรัตน์ เจริญกิจ และ เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย. 2543. การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี 12(2): 6 -11.
- นภัศวรธร อินประสิทธิ์. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคซิฟิลิสของโรงงานไม้หิน จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นราพร พิชัยณรงค์ และคณะ. 2529. การศึกษาทางด้านระบาดวิทยาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลทรวงอก จังหวัดนนทบุรี. กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา ภาสุนันท์. 2529. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บงกช เชี่ยวชาญยนต์. 2533. การศึกษาเปรียบเทียบความเครียดของประชากรในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาระบาดวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2540. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล.
- ประกายทิพย์ จันทรภิรมย์. 2541. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ประดับ ทองใส. 2541. พฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2537. การวัดสถานะทางสุขภาพ: การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. 2536. พฤติกรรมศาสตร์ และพฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเวศ วะสี. 2543. จินตนาการใหม่เกี่ยวกับสุขภาพ. หมอชาวบ้าน 22(5):10-16.
- ปราณี ทองพิลา. 2542. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี มหาศักดิ์พันธ์. 2538. ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปราณีดี สิงห์ทอง. 2541. การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริศนา นวลบุญเรือง. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพการสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปริศนา วรรณทร์. 2541. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. 2544. จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อในรายงานสรุปการตายด้วยโรคไม่ติดต่อ, หน้า 1-3. มกราคม 2544. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา.

- ฝ่ายแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. 2543. รายงานประจำปี 2542. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา.
- พนมศรี เสาร์สาร. 2532. พฤติกรรมกำบังการติดเชื้อเอดส์ของหญิงบริการในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิพา ศุภราศรี. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณี เสถียรโชค. 2536. "โรคหัวใจหลอดเลือด." ใน สมชาติ โลจะยะ บุญชอบ พงษ์พานิช และ พันธุ์พิชญ์ สาครพานิช. (บรรณาธิการ). ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. หน้า 429 – 467, กรุงเทพมหานคร: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย.
- พวงพยอม การภิญโญ. 2536. การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลอายุรศาสตร์ และ ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรา สุนทรารชุน. 2541. ความเครียดและพฤติกรรมการดูแลบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัฒน์วดี เสรินทร์วัฒน์ และจริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2542. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและค่านิยมทางเพศกับพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อเอดส์ของวัยรุ่นไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์ 17: 41-49.
- พัฒนา โพธิ์แก้ว. 2537. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอดส์ ที่มารับบริการที่ศูนย์วัณโรคเขต 10 จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พันธ์ทิพย์ รามสูตร. 2531. ระบาดวิทยาทางสังคม. กรุงเทพมหานคร: พี .เอ. ลีฟวิง.
- ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์ และคณะ. 2542. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และประกาศนียบัตร เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสุขศึกษา 22 (82): 38-52.
- ภรดี เทพส่องแสง. 2541. ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา

- พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
 มานิต มานิตเจริญ. 2537. พจนานุกรมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพมหานคร: อักษรพิทยา.
- มาลี จำนงผล. 2540. การศึกษาพฤติกรรมการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวรัตน์ มัชฌิม. 2542. ประสิทธิผลโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ความสามารถตนเองในการดูแล
 ตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ไม่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
 มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวลักษณ์ ตรีธัญญาทรัพย์. 2538. การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยน
 พฤติกรรมการป้องกันด้านทันตสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอบางใหญ่
 จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชา
 เอกสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัจจา ศรีสุเทพ. 2542. ภาวะการตายและปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด:
 กรณีศึกษาจังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาประชากรศาสตร์ดุสิต บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ริดเดอร์ส ไตเจสท์. 2541. ไขปัญหาการรักษาสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทริดเดอร์ส ไตเจสท์.
- รุ่งศรี ยุ่งทอง. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพกับพฤติกรรมใน
 การป้องกันโรคเอดส์ของพนักงานบริการในสถานเริงรมย์ ในเขตจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์
 ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วนิดา อินทราชา. 2537. ผลการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแล
 ตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
 พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- วรรณิ นิธิยานันท์. 2539. "General Guidelines in Diabetic Management and Monitoring of
 Metabolic Control". ใน วรรณิ นิธิยานันท์ (บรรณาธิการ). เบาหวานและภาวะแทรกซ้อน.
 หน้า 1-22. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.
- วราภรณ์ นาวิรัช. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อในอำนาจภายใน-ภาย

- นอกต้นด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรารภรณ์ โตเต็มศักดิ์ และสุวิมล กิมปี. 2543. การศึกษาประโยชน์และอิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส 12(2): 1-5.
- วรารภรณ์ พรหมพันธุ์ และคณะ. 2543. ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในเด็ก แรกเกิดของมารดาหลังคลอด จังหวัดสุรินทร์. วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5 นครราชสีมา 6(2): 5-15.
- วัลย์ อินทร์ทรัพย์. 2530. โภชนบำบัด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- วินัส ลีพิกุล. 2539. โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ: ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน. สารสาธิตการพยาบาล 11(3): 39-47.
- วีรวรรณ เสถียรกาล. 2542. พฤติกรรมอนามัยแม่ของสตรีไทยบนพื้นที่สูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลภา ตั้งวชิรา. 2539. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของสตรีขายบริการทางเพศ กรณีศึกษาที่ศูนย์กามโรคและโรคเอดส์เขต 5 จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมวิทยา มหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ ภาควิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. 2530. โรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย. คลินิก 3 (11): 786-795.
- สมจิตร หนูเจริญกุล. 2536. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินต์ติ้ง.
- สมจิตร หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี. 2542. การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- สมชาติ โลจายะ และอรวรรณ สุจิตตานนท์. 2536. "ภาวะความดันโลหิตสูง." ใน สมชาติ โลจายะ, บุญชอบ พงษ์พานิชย์ และพันธ์พิเชษฐ์ สาครพันธ์ (บรรณาธิการ). ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. หน้า 480-494, กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพมหานคร: 2536.
- สมทรง ศุภศิลป์. 2526. ความเชื่อและปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2536. การปรับพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร: พีรพัสนา.
- สมฤดี ถันยपालิต. 2536. การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค
พยาธิใบไม้ในตับของประชาชนในหมู่บ้านโคกสะแบง ตำบลท่าข้าม อำเภอรัญญประเทศ
จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขา
วิชาเอกโรคติดต่อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข. 2538. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1. พิมพ์ครั้งที่ 2
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญ.
- สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย และกระทรวงสาธารณสุข. 2537. การสำรวจปัจจัยเสี่ยง atheromatous
ในประเทศไทย. การประชุมวิชาการโรคไม่ติดต่อ (13-15 กรกฎาคม 2537).
กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สาธารณสุข, กระทรวง. 2542. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2540. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2540. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและ
สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนา
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2542. เครื่องชี้วัดความอยู่ดีมีสุขและ
นโยบาย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สุกัญญา ณรงค์วิทย์. 2532. ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกาโรคในหญิงอาชีพ
พิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจิตรา ภูเกล้า้วน. 2540. พฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา.
วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2523. "การวัดทัศนคติ" ในสุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (บรรณาธิการ) ระเบียบวิธี
วิจัยทางสังคมศาสตร์. หน้า 76-80, กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิชจำกัด.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2540. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์
และพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เลี้ยงเชียง.
- สุนทรী ภาณุทัตและคณะ. 2533. โรคน้ำรั้วและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.

- สุพิศชา กิ่งแก้วก้านทอง. 2540. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้หญิงในชุมชน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพ ไบแก้ว. 2528. การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตรและสัตยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวลา จิตชัย. 2540. พฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของผู้ปกครองเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุเอ็ด คชเสนี. 2531. กรณีศึกษาโรคเรื้อรัง: โรคหัวใจขาดเลือด. คลินิก 4(5): 337-339.
- เสก อักษรานุเคราะห์. 2524. การออกกำลังกายสายกลางเพื่อชดเชยความแก่. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสก อักษรานุเคราะห์. 2525. การออกกำลังกายสำหรับคนวัยเสื่อม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
- หทัยชนก ธนะศิรินันท์. 2536. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนนายร้อยโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเจริญพันธุ์ และวางแผนครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หทัยรัตน์ ธิติศักดิ์. 2540. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงใน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อดุลย์ รัตน์มั่นเกษม. 2533. ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: รุ่งแสงการพิมพ์.
- อนงค์นาฏ เหลี่ยมสมบัติ และคณะ. 2540. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 27(1): 6-18.
- อภิชาติ ไตรแสง. 2540. การออกกำลังกายกับความดันเลือดสูง. วารสารสุขภาพศึกษา พลศึกษา และสหวิทยาการ. 23: 37-42.
- อมรากล อินโชนานนท์. 2534. “มารู้จักความเครียดกันเถอะ” ใน คณะทำงานพิจารณาบทความเผยแพร่ กองสุขภาพจิต (บรรณาธิการ) บทความสุขภาพจิตเผยแพร่ทางวิทยุเล่ม 1. หน้า 28-30, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศรีอนันต์.

- อรอนงค์ สัมพัญญ. 2539. การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉริยา พ่วงแก้ว. 2540. พฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุทัย เจริญจิตต์. 2541. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจหลอดเลือด: กรณีศึกษาในกลุ่มข้าราชการเขตอำเภอบ้านโป่งจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- American College of Sports Medicine. 1993. Physical Activity, Physical Fhysical Fitness, and Hypertention. Medicine & Science in Sport & Exercise 25 (10): i-x.
- Andreoli, K.G. 1981. Self –Concept and Health Beliefs in Compliant and Noncompliant Hypertensive Patients. Nursing research 30 (6): 323-328.
- Becker, M.H and Maiman, L.A. 1975. Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. Medical Care 13(1): 10-24.
- Becker, M.H. 1974. The Health Belief Model and Sick Role Behavior. Health Education Monographs 2(4): 409-415.
- Burns, D. M. 2000. Cigarette Smoking Among the Elderly: Disease Consequences and the Benefits of Cessation. American Journal of Health Promotion 14(6): 357-361.
- Gochman, D.S. 1988. Health Behavior: Emerging Research Perspectives. New York: Plenum Press. อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์. 2532. การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพของชายที่สูบบุหรี่กับการวิจัยทาง การพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 1(2): 42-58.
- Hashizume, K. et al. 2000. Effects of Abstinence from Cigarette Smoking on the Cardiorespiratory Capacity. Medicine & Science in Sport & Exercise 32(2): 386-391.

- Howe, H.L. 1981. Social Factors Associated with Breast Self- Examination Among High Risk Women. American Journal of Public Health 71(3): 251-255.
- Igoe, J. 1992. Health Promotion, Health Protection and Disease Prevention in Childhood. Pediatric Nursing 18(3): 291-292.
- Kristal, A. R. et al. 2000. Mediating Factors in Dietary Change: Understanding the Impact of a Worksite Nutrition Intervention. Health Education & Behavior 27(1): 112-125.
- Kunst, A. E. et al. 1999. Occupational Class and Ischaemic Heart Disease Mortality in United States and 11 European Countries. American Journal of Public Health 89(1): 47-53.
- Kurosaka, K. et al. 2000. Characteristics of Coronary Heart Disease in Japanese Taxi Drivers as Determined by Coronary Angiographic Analyses. Industrial Health 38: 15-23.
- Lawrance, L.L. and Mcleroy, K.R. 1986. Self- Efficacy and Health Education. Journal of School Health 56(8): 317- 320.
- Maiman, L.A. and Becker, M.H. 1974. The Health Belief Model: Original and Correlates in Psychological Theory. Health Education Monographs 2: 349.
- Nelson, E.C. et al. 1978. Impact of Patient Perceptions on Compliance with Treatment for Hypertention. Medical Care 17 (11): 893-906.
- Palank . C.L. 1991. Determinants of Health- Promotive Behavior. The Nurse Clinics of North America 26(4): 805-1060.
- Richardson, R. S. 2000. Skeletal Muscle: Master or Slave of the Cardiovascular System. Medicine & Science in Sport & Exercise 32(1): 89-93.
- Rosenstock, I.M. 1974. The Health Belief Model and Prevention Behavior. Health Education Monographs 2: 354-385.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J and Becker, M.H. 1994. The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change .Preventing AIDS Theories and Methods of Behavioral Interventions. New York and London: Plenum Press.
- Weissfeld, J.L., Kirscht J.P., and Brock, B.M. 1990. Health Beliefs in a Population: The Michigan Blood Pressure Survey. Health Education Quarterly 17(2): 141-155.

World Health Organization. 1995. Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Diseases in Elderly people. Geneva: World Health Organization.

Yamane, Taro. 1977. Statistics: An Introductory Analysis. Tokyo: Harper. อ้างถึงใน
บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2540. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวิเคราะห์การถดถอยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา

การวิเคราะห์การถดถอยเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระแต่ละตัวว่ามีทิศทางใดและมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากน้อยเพียงใด โดยตัวแปรตามและตัวแปรอิสระที่นำมาวิเคราะห์ต้องเป็นแปรเชิงปริมาณ หรือตัวแปรเชิงคุณภาพ (qualitative scale) ถ้าเป็นตัวแปรระดับกลุ่ม (nominal scale) ต้องนำมาตัดแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) หรือเรียกอีกอย่างว่า ตัวแปรเทียม (categorical variable) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มรายการ มีค่าเป็น 0 กับ 1 (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540: 71-72) การศึกษาครั้งนี้แต่ละตัวแปรที่เป็นเชิงคุณภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้ภาวะคุกคาม การรับรู้ความคาดหวัง สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนตัวแปรระดับกลุ่มที่ต้องทำให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) คือ เพศ อาชีพ และที่อยู่อาศัย

ตัวแปร	คุณสมบัติของตัวแปร
เพศ	เป็นตัวแปรกลุ่ม (เพศหญิง=1 เพศชาย = 0)
อาชีพ	เป็นตัวแปรกลุ่ม (ภาคเกษตรกรรม = 1 ไม่ใช่ภาคเกษตรกรรม=0)
ที่อยู่อาศัย	เป็นตัวแปรกลุ่ม (ชนบท= 1 เมือง=0)

ในการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ต้องทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระแต่ละคู่ว่ามีความสัมพันธ์ร่วมเชิงเส้น (multicollinearity) หรือไม่ โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ ถ้ามีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับหรือมากกว่า 0.75 (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540: 335) ต้องตัดตัวแปรตัวใดตัวหนึ่งออกไป โดยผลการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ก. ค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ (ในการวิเคราะห์เชิงพหุของตัวแปรตามกับการรับรู้ภาวะ
 คุกคาม และปัจจัยทางประชากรและสังคม)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.ภาวะคุกคาม	1.000	.179***	.312***	-.118**	-.140**	.005	.104*	.369***
2.เพศ	.179***	1.000	.163**	-.283***	-.171***	.550	-.030	.087
3.อายุ	.312***	.163**	1.000	-.113*	-.276***	.171***	.022	.170***
4.รายได้	-.118**	-.283***	-.113**	1.000	.653***	-.341***	-.076	.060
5.การศึกษา	-.140**	-.171***	-.276***	.653***	1.000	-.380***	-.084	.041
6.อาชีพ	.005	.055	.171***	-.341***	-.380***	1.000	.148**	-.153**
7.ที่อยู่อาศัย	.104*	-.030	.022	-.076	-.084	.148**	1.000	.087
8. ความรู้	.369***	.087	.170***	.060	.041	-.153**	.087	1.000

ตารางที่ 2 ก. ค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ (ในการวิเคราะห์เชิงพหุของตัวแปรตามกับการรับรู้ความ
 คาดหวัง และปัจจัยทางประชากรและสังคม)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.ความคาดหวัง	1.000	.276***	.382***	-.043	-.114*	.053	.079	.265***
2.เพศ	.276***	1.000	.163***	-.283***	-.171***	.055	-.030	.087
3.อายุ	.382***	.163***	1.000	-.113*	-.276***	.171***	.022	.170***
4.รายได้	-.043	-.283***	-.113*	1.000	.653***	-.341***	-.076	.060
5.การศึกษา	-.114*	-.171***	-.276***	.653***	1.000	-.380***	-.084	.041
6.อาชีพ	.053	.055	.171***	-.341***	-.380***	1.000	.148**	-.153**
7.ที่อยู่อาศัย	.079	-.030	.022	-.076	-.084	.148**	1.000	.087
8. ความรู้	.265***	.087	.170***	.060	.041	-.153**	.087	1.000

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 3 ก. ค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ (ในการวิเคราะห์เชิงพหุของตัวแปรตามกับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ และปัจจัยทางประชากรและสังคม)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ	1.000	.074	.209***	.096*	.013	.032	.108	.133**
2. เพศ	.074	1.000	.163**	-.283***	-.171***	.550	-.030	.087
3. อายุ	.209***	.163***	1.000	-.113*	-.276***	.171***	.022	.170***
4. รายได้	.096*	-.283***	-.113**	1.000	.653***	-.341***	-.076	.060
5. การศึกษา	.013	-.171***	-.276***	.653***	1.000	-.380***	-.084	.041
6. อาชีพ	.032	.055	.171***	-.341***	-.380***	1.000	.148**	-.153**
7. ที่อยู่อาศัย	.108*	-.030	.022	-.076	-.084	.148**	1.000	.087
8. ความรู้	.133	.087	.170***	.060	.041	-.153**	.087	1.000

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระจะเห็นว่าทุกคู่มีค่าน้อยกว่า 0.75 จึงไม่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ร่วมเชิงเส้น ดังนั้นจึงสามารถนำตัวแปรทุกตัวเข้าไปวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื้อหาเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดมีรายละเอียดดังนี้

1. โรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic heart disease)

โรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic heart disease) มีชื่อที่นิยมเรียกหลายชื่อ เช่นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary heart disease) และโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (Atherosclerotic heart disease) หมายถึง ภาวะที่หัวใจขาดเลือดมาหล่อเลี้ยงหรือเลือดไหลเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจลดลง หรือเลือดมาหล่อเลี้ยงกล้ามเนื้อไม่พอกับความต้องการของหัวใจ สาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80-90) มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว โดยผนังบุด้านในของหลอดเลือดเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงก่อนผนังชั้นกลาง ในระยะแรกจะเกิดไขมันที่ผนัง ต่อมาจะกลายเป็นเนื้อเยื่อพังผืดหนา ๆ จนผนังหนาตัวขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือมีเลือดออกและมีหินปูนเกาะได้ (พรรรณี เสถียรโชค, 2536: 429-430)

2. อาการของโรคหัวใจขาดเลือด

อาการของโรคหัวใจขาดเลือด คือ อาการเจ็บหน้าอก สาเหตุเกิดจากเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ โดยลักษณะของการเจ็บหน้าอก อาจเจ็บแบบรู้สึกบีบรัดแน่น หน้า จุก และปวดหรือแสบหน้าอก ผู้ป่วยบางรายอาจบอกว่าหายใจไม่สะดวกมากกว่าเจ็บหน้าอก ตำแหน่งที่เจ็บ โดยมากเป็นบริเวณกลางหน้าอก อาจเป็นที่หน้าอกซ้าย ยอดอก (ลิ้นปี่) ฟันกรามหรือแขนก็ได้ โดยจะเจ็บร้าวไปที่ไหล่ซ้าย แขนซ้าย แขนทั้งสองข้าง คอ ขากรรไกร ฟัน สะบักข้อศอกหรือข้อมือ ระยะเวลาของการเจ็บครั้งหนึ่งมักไม่เกิน 15 นาที สิ่งที่ทำให้เจ็บ ได้แก่ การออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม การทำงานหนัก การรับประทานอาหารมื้อหนัก ๆ หรือเวลาเร็วมาก ๆ การอยู่ในที่อากาศเย็น หรือดื่มเครื่องดื่มเย็น ๆ มีความวิตกกังวล รับประทานอาหารร้อน ตื่นเต้น และการสูบบุหรี่ เป็นต้น (สุนทรี ภาณุทัต และคณะ, 2533: 34-35)

3. ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดอาจแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย, 2537: 62-63) มีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (สุนทรี ภาณุทัต และคณะ, 2533: 29-30) ได้แก่

1.1 เชื้อชาติคนผิวดำมีโอกาสเป็นมากกว่าคนผิวขาว

1.2 ประวัติครอบครัว ผู้ที่มีประวัติการเป็นโรคนี้ในครอบครัว มีโอกาสจะเกิดโรคหัวใจขาดเลือดหรือความดันโลหิตสูงได้มากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติ

1.3 อายุและเพศ พบว่าเพศชายเป็นมากกว่าเพศหญิง และผู้ที่มีอายุมากจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนไปหรือสามารถหลีกเลี่ยงได้ ได้แก่

2.1 ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ การที่มีความดันโลหิตสูง จะเกี่ยวข้องกับการมีปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) เพิ่มขึ้น ผนังหลอดเลือดจะบีบตัวแรง เนื่องจากต้องต้านกับแรงดันของหลอดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้นจนทำให้การไหลเวียนของเลือดไปยังอวัยวะและเนื้อเยื่อต่าง ๆ เป็นไปอย่างไม่สะดวก แรงกระแทกนี้เป็นอันตรายซึ่งจะทำลายผนังหลอดเลือดให้เป็นแผล ร่างกายจึงเกิดกลไกทางชีวเคมีในขั้นตอนของการเกิดโลหิตแข็งตัวเพื่อซ่อมแซม โดยมีเกล็ดเลือดไปเกาะจับบริเวณที่มีพยาธิสภาพนั้นทำให้กีดขวางเนื้อของหลอดเลือดเกิดการขยายตัวและสูญเสียความยืดหยุ่น แรงดันโลหิตที่สูงอยู่นาน ๆ จะทำให้มีสารพวกที่เป็นไขมันไปเกาะติดได้ง่าย ซึ่งเป็นตัวเร่งให้หลอดเลือดเกิดการตีบ ตัน หรือแตกได้เร็วขึ้น (พรวณิ เสถียรโชค, 2536: 431-432; อภิชาติ ไตรแสง, 2540: 37)

2.2 การสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจ โดยทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น และพบว่าร้อยละ 70 ของผู้ที่มีอายุ 60 ปีเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมีสาเหตุมาจากบุหรี่ (Burns, 2000: 357-361) เนื่องจากในบุหรี่จะมีสารพิษหลายชนิดที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเมื่อสูบบ่อยโดยตรงหรือสูดควันเข้าไปจากการอยู่ใกล้กับคนที่กำลังสูบบุหรี่ (secondary smoking) เป็นเวลาติดต่อกันนาน ๆ ทำให้สามารถจะทำลายผนังส่วนในของหลอดเลือดได้ นอกจากนี้ในบุหรี่ยังมีสาร nicotine ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ catecholamine ซึ่งปล่อยออกมาทำให้เกิดการตกตะกอนของเกล็ดเลือด (platelet aggregation) เพิ่มมากขึ้นและเกิดการเปลี่ยนแปลงของไขมันต่าง ๆ nicotine จะลดอัตราส่วนของ HDL ต่อ LDL โดยทำให้ไขมันคอเลสเตอรอลชนิดที่เป็นประโยชน์ (HDL) ลดลงได้มากถึง 15% ทำให้คราบไขมันมาพอกได้สะดวกขึ้น ซึ่งเสริมให้ภาวะหลอดเลือดตีบแข็งมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (พรวณิ เสถียรโชค, 2536: 430 – 431)

2.3 ไขมันผิดปกติ การที่ไขมันผิดปกติในร่างกายนั้นสืบเนื่องมาจากการที่ร่างกายรับไขมันเกินไปกว่าความต้องการของร่างกาย ส่วนหนึ่งอาจมาจากขบวนการเผาผลาญไขมันในร่างกายผิดปกติ แต่ส่วนใหญ่พบว่าสาเหตุมาจากการบริโภคอาหารที่เกินความต้องการของร่างกาย การวินิจฉัยว่าระดับไขมันเท่าใดจึงจะจัดว่าผิดปกติใช้ระดับที่ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

หลอดเลือดเพิ่มขึ้น ในประเทศไทยข้อมูลเกี่ยวกับระดับคอเลสเตอรอลในโรงพยาบาลทั่ว ๆ ไปจะแนะนำกันดังนี้คือ ต่ำกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ถือว่าปกติ ถ้าวัดได้ 200-240 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ถือว่ามีภาวะเสี่ยง และถ้าเกิน 240 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ถือว่ามีความเสี่ยงสูง (วรฤณี นิธิยานันท์, 2539: 3)

2.4 เบาหวาน จากการศึกษพบว่าผู้ที่เป็โรคเบาหวานนาน ๆ จะมีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนปกติโดยมีโอกาเกิดในชาย 2 เท่า และในหญิง 5 เท่า (ถาวร สุทธิไชยกุล, 2539: 162) การวินิจฉัยว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน คือผู้ที่มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเมื่ออดอาหารและน้ำเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose/fasting blood sugar : FBS) ตั้งแต่ 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ขึ้นไปเป็นผู้ป่วยเบาหวาน และระดับ 70 – 110 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เป็นระดับน้ำตาลปกติ และระดับน้ำตาลที่เกิน 110 แต่ไม่ถึง 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ถือว่าเป็นระดับก้ำกึ่ง การมีน้ำตาลในเลือดสูงทำให้หลอดเลือดแข็งตัวและเกิดความผิดปกติของการเกาะตัวของเกล็ดเลือดทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ (สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยและกระทรวงสาธารณสุข, 2537: 130)

2.5 ความเครียดและความวิตกกังวลและบุคลิกภาพ ความเครียดและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความดันโลหิต การมีความเครียดที่มากเกินไปเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (อมรากลุค อินโชนานนท์, 2534: 28) เนื่องจากความเครียดจะไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้มีการหลั่งสารอิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไต ทำให้หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวแรงขึ้น การที่หลอดเลือดหัวใจหดตัวนั้นส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ และบุคคลที่มีบุคลิกภาพ ชนิด A (personality type A) ที่มักจะทำอะไรด้วยความรีบร้อน มีความก้าวร้าว มีความคิดแข่งขัน มีความใฝ่ฝันสูง ไม่มีความอดกลั้น มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูงเช่นกัน (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์, 2530: 785)

2.6 การออกกำลังกายและลักษณะการใช้ชีวิต การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ทำให้กล้ามเนื้อและหัวใจแข็งแรงมากขึ้น ระบบไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงหัวใจดีขึ้น และช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (Richardson, 2000: 89) การออกกำลังกายแบบแอโรบิคติดต่อกันประมาณ 30 นาที สามารถช่วยลดไขมันในเลือดได้นานถึง 48 ชั่วโมง หรือ 2 วัน เพิ่มการเผาผลาญไขมัน และโปรตีนในเลือดได้ และพบว่าคนที่ทำงานที่ต้องออกแรงมาก ๆ จะเกิดโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่าคนที่ทำงานนั่งโต๊ะ (เสก อักษรานุเคราะห์, 2524: 33-34)

2.7 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มคาเฟอีน แอลกอฮอล์เป็นสารกระตุ้นหัวใจให้เต้นเร็วผิดปกติ และสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจปริมาณมาก ทำให้ความดันโลหิตที่สูงขึ้นไปกระแทกหลอดเลือดทั่วร่างกายมีผลทำให้หลอดเลือดแข็งและตีบ นอกจากนี้พบว่าผู้ที่ดื่ม

แอลกอฮอล์จำนวนมาก ๆ และดื่มเป็นประจำจะตรวจพบว่ามีไขมันในเลือดสูง (สุเอ็ด คชเสนี, 2531: 339) และในบุคคลปกติ หญิงไม่ควรดื่มเกินวันละ 2 แก้วต่อวัน ชายไม่ควรเกินวันละ 3 แก้วต่อวัน เพราะจะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (กรมการแพทย์, ม.ป.ป: 13) ส่วนเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ที่เป็นสารกระตุ้นประสาทพบได้ในชาและกาแฟเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ยังพบว่ามีในช็อกโกแลต และเครื่องดื่มประเภทโคล่า ในผู้ที่ปกติการดื่มกาแฟเกินวันละ 2 ถ้วยทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นเล็กน้อย และมีความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น ถ้าดื่มมากกว่าวันละ 5-6 ถ้วย จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจเพิ่มมากขึ้น (เกษม วัฒนชัย, 2532: 123-124)

2.8 ความอ้วน คนที่อ้วนมักจะพบว่า มีโรคหลอดเลือดแข็งได้บ่อยแต่อาจจะเป็นเพราะว่าคนอ้วนมักจะมีโรคอื่น ๆแทรกด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น (สุนทรี่ ภาณุทัต และคณะ, 2533: 33)

4. การป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพ และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือด องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเกณฑ์ไว้ว่า ผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตสูงเท่ากับ 160/95 มิลลิเมตรปรอท หรือสูงกว่านี้ผู้นั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูง ถ้าหากความดันโลหิตสูงเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำกว่านี้ ไม่ว่าจะอายุเท่าใดก็ตามถือว่าเป็นปกติ ถ้าอยู่ในช่วงสูงกว่า 140/90 แต่ไม่ถึง 160/95 มิลลิเมตรปรอท เรียกว่าอยู่ในเกณฑ์ก้ำกึ่ง (สมชาติ โฉบายะ และ อรรวรรณ สุวจิตานนท์, 2536: 480-494)

ความดันโลหิตสูงแบ่งตามสาเหตุได้ 2 ประเภท คือ ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (secondary hypertension) ได้แก่เกิดจากโรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ โรคทางระบบประสาทความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงจากการได้รับยา เป็นต้น และความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (essential hypertension or primary hypertension) ซึ่งผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 92-94 จะเป็นความดันสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (เกษม วัฒนชัย, 2532: 31)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้เป็นอย่างมาก ยิ่ง ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาก็จะทำให้อวัยวะทุกส่วนของร่างกายเสื่อม เนื่องจากผนังของหลอดเลือดแดงแข็ง ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ไม่สะดวกบุคคลที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 150/95 มิลลิเมตรปรอท จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากเป็น 2 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีความดันโลหิตปกติ โดยเพศหญิงจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเพิ่มของความดันโลหิตน้อยกว่า

เพศชายประมาณ 4 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับระดับความดันโลหิตที่ใกล้เคียงกัน และเพศชายจะมีความดันโลหิตสูงกว่าเพศหญิง คนผิวดำจะมีความดันโลหิตสูงกว่าคนผิวขาว (American College of Sports Medicine, 1993: i-x) ในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้นั้นต้องควบคุมความดันโลหิตให้ได้อย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับสภาวะของโรคและแผนการรักษา โดยปฏิบัติดังนี้

1. การควบคุมอาหาร

1.1 การจำกัดเกลือโซเดียม เนื่องจากมีหลักฐานว่าผู้ที่ได้รับเกลือโซเดียมมากเป็นเวลานาน มักจะมีความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีความดันโลหิตสูงถ้าได้รับเกลือโซเดียมในปริมาณน้อยลงจะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (กวี เจริญลาภ, 2536: 586) ซึ่งอาหารประจำวันโดยทั่วไปจะมีปริมาณเกลือโซเดียม 10-20 กรัมจากปริมาณน้ำประมาณ 2/3 เป็นเกลือในอาหารธรรมชาติ ส่วน 1/3 เป็นเกลือที่เพิ่มขึ้นขณะปรุงอาหาร จากการศึกษาพบว่าถ้าลดปริมาณเกลือโซเดียมลงวันละ 5 กรัมจะสามารถลดความดันได้ 10/5 มิลลิเมตรปรอท) ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงควรจำกัดการบริโภคเกลือคือควรบริโภคประมาณ 1 ช้อนกาแฟต่อวัน และในทางปฏิบัติไม่ควรเติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือซอสปรุงรสอื่น ๆ เพิ่มขึ้นอีกในขณะที่รับประทานอาหารและควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภททำเค็มหรือหมักดอง เช่น เนื้อเค็ม กุ้งแห้ง กะปิ ปลา ร้า อาหารผักกาดดอง มะม่วงดอง เป็นต้น การจำกัดเกลือจะช่วยช่วยลดการคั่งของน้ำในร่างกาย และช่วยลดความดันโลหิตและยังช่วยลดการสูญเสียโปแตสเซียมในรายที่เข้าหับปัสสาวะอีกด้วย (กรมการแพทย์, ม.ป.ป.: 13; กวี เจริญลาภ, 2536: 492)

1.2 การจำกัดไขมัน การบริโภคไขมันมากมีผลให้ไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะไขมันในเลือดสูงจะทำให้หลอดเลือดขรุขระและตีบตันได้ง่ายและถ้าระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงมากกว่า 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ก็จะเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดได้ (วรณีย์ นิธิยานันท์, 2539: 3) อาหารประเภทไขมันอิ่มตัวที่รับประทานมากจะทำให้คอเลสเตอรอลในเลือดสูงได้แก่ไขมันและเครื่องในจากสัตว์ เช่น ไขมันหมู ไขมันไก่ เนย ไข่วัว ตับ หัวใจ สมอง ไขมันในไข่แดง การปรุงอาหารควรใช้ไขมันที่ไม่อิ่มตัวเช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันงา น้ำมันรำข้าว เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงการใช้ไขมันจากสัตว์ เช่น น้ำมันหมู หรือน้ำมันพืชบางชนิดเช่น น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว เป็นต้น การปรุงอาหารสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรใช้วิธี ลวก ต้ม ย่าง อบ หรือ นึ่ง ดีกว่าการผัด หรือการทอด (วลัย อินทร์มพรชัย, 2530: 212)

1.3 การจำกัดคาร์โบไฮเดรต ปัจจุบันมีข้อสันนิษฐานว่าชนิดของคาร์โบไฮเดรต (คือแป้งและน้ำตาล) แม้จะให้พลังงานได้เท่ากัน การรับประทานแป้งมากกับการรับประทานน้ำตาลมากก็ให้ผลที่ต่างกัน และคาดว่ารับประทานน้ำตาลมากไม่ดี จึงมีการแนะนำให้รับประทานพลังงานจากแป้งมากกว่าน้ำตาล อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตในรูปของแป้งได้แก่ ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ข้าวสาลี ข้าวโพด มันเทศ มันสำปะหลัง มันฝรั่ง เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม รวมทั้งขนมที่มีรสหวานจัดเช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ขนมหวาน หรือของเชื่อมต่าง ๆ ควรเลือกรับประทานผลไม้สด ชนิดไม่หวานจัดแทนขนมหวาน เช่น ส้ม มะละกอ ฝรั่ง และควรรับประทานผักมาก ๆ ทุกมื้อ และมีการเสนอว่าโภชนบำบัด สำหรับโรคความดันโลหิตสูงที่ดีที่สุดคือการบริโภคอาหารมังสะวิรัติ (อดุลย์ รัตน์มันเกษม, 2533: 129)

2. การควบคุมน้ำหนัก น้ำหนักตัวเกินหรือเป็นโรคอ้วนจะทำให้หัวใจทำงานเพิ่มมากขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายให้เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย จึงพบว่าคนอ้วนมักเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่มีน้ำหนักปกติถึง 4-5 เท่า (วลัย อินทร์พรชัย, 2530: 212) จากการวิจัยพบว่าการลดน้ำหนักได้ 1 กิโลกรัมในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีรูปร่างอ้วน ความดันโลหิตจะลดลง 1.6/1.3 มิลลิเมตรปรอท (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2536: 145) ดังนั้นการลดน้ำหนักผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรจะควบคุมอาหารไขมัน และอาหารที่ให้คาร์โบไฮเดรตสูง ควบคู่กับการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ และ Kristal และคณะ (2000: 112) กล่าวว่า การลดน้ำหนักด้วยการรับประทานอาหารพวกเส้นใย ผัก และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้

3. การเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้นเนื่องจาก สารคาร์บอนมอนนอกไซด์ในบุหรี่สามารถทำลายผนังส่วนในของหลอดเลือด และสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้เกิดการเกาะตัวของเกล็ดเลือดเพิ่มมากขึ้น ผนังของหลอดเลือดหดตัว หลอดเลือดตีบแคบลงทำให้ชีพจรเร็วขึ้น หัวใจทำงานหนักขึ้นและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (พรอณี เสถียรโชค, 2536: 430) ฉะนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรงดการสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด (กรมการแพทย์, ม.ป.ป: 15) และการเลิกสูบบุหรี่จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ เนื่องจาก Hashizume และคณะ (2000: 386-391) ได้ศึกษาการทำงานของหัวใจของผู้ที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ โดยวัดการทำงานของหัวใจในระหว่างการออกกำลังกายพบว่าผู้ชายที่มีอายุน้อยเมื่อเลิกสูบบุหรี่ได้ 7 วันร่างกายได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น หัวใจทำงานได้ดีขึ้น การเลิกสูบบุหรี่จึงช่วยป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดได้

4. การเลิกเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือคาเฟอีน ในคนปกติการดื่มสุรามากกว่าวันละ 2 แก้วในหญิง และวันละ 3 แก้วในชาย ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง (กรมการแพทย์,

ม.ป.ป: 13) นอกจากนี้ การดื่มสุราทำให้เพิ่มพลังงานของร่างกายทำให้เจริญอาหารผู้ที่ดื่มสุราจัด นอกจากจะทำให้น้ำหนักเพิ่มแล้วยังเป็นอันตรายต่อหัวใจและระบบไหลเวียนโดยจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นและเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและเส้นเลือดในสมองแตกได้ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรงดการดื่มสุราอย่างเด็ดขาด (กรมการแพทย์, ม.ป.ป: 15) ส่วนเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนที่พบส่วนมากใน ชา กาแฟ ทำให้หัวใจเต้นเร็วความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น มีรายงานว่าไม่ควรดื่มชาเกิน 6 ถ้วยต่อวัน หรือกาแฟไม่เกิน 2 ถ้วยต่อวัน และในผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพไม่ควรดื่มเลย (เกษม วัฒนชัย, 2532: 123-124; ริดเดอร์ส ไดเจสท์, 2541: 50-51)

5. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อให้กล้ามเนื้อคลายทำงาน และให้ปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้น ระบบการไหลเวียนดีขึ้นเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและปอด ระบบต่อมไร้ท่อทำงานดีขึ้น และช่วยลดภาวะเครียดลงได้ ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันดีว่าการออกกำลังกายเป็นการลดความอ้วนและควบคุมน้ำหนักได้ผลดีที่สุด รวมทั้งช่วยให้ความดันโลหิตลดลงอีกด้วย (ดำรง กิจกุศล, 2531: 17) จากการศึกษาพบว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลาติดต่อกันหลายปี สามารถลดอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ (กวี เจริญลาภ, 2536: 493) และในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ควรออกกำลังกายแบบไอโซโทนิก (isotonic exercise) ได้แก่การเดินเร็ว ๆ การวิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน รำมวยจีน การเดินแกว่งแขน เล่นเทนนิส แบดมินตัน กายบริหาร และการออกกำลังกายชนิดที่ต้องใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ เช่น แขน ขา หลัง อย่างเป็นจังหวะด้วยความหนักปานกลางเป็นเวลาพอควร และเรียกการออกกำลังกายชนิดนี้ว่า aerobic exercise การออกกำลังกายควรทำแบบค่อยเป็นค่อยไป ในระยะแรกควรออกกำลังกายวันละ 10 นาที แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนได้วันละ 15-30 นาที ควรทำอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (isometric exercise) ได้แก่การยก แบก ชู ดลาก หรือดึงของหนัก หรือการใช้แรงมาก ๆ กดลงบนวัตถุใดวัตถุใดวัตถุหนึ่ง การออกกำลังกายชนิดนี้มีผลทำให้หลอดเลือดหดตัวและเพิ่มการทำงานของหัวใจอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (เสก อักษรานุเคราะห์, 2525: 26-29, 86-89; อภิชาติ ไตรแสง, 2540: 42)

6. การผ่อนคลายความเครียด ความเครียดมีผลต่อร่างกายโดยเฉพาะระบบไหลเวียนเลือดเนื่องจากทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น การไหลเวียนโลหิตในหลอดเลือดแดงใหญ่จะลดน้อยลง ถ้าเป็นติดต่อกันระยะเวลานานจะทำให้เกิดโรคหัวใจได้ (สมจิตร หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี, 2542: 15) ดังนั้นจึงควรมีการผ่อนคลายความเครียด โดยการผ่อนคลายความเครียดมีหลายวิธี คือ 1) พักผ่อนหย่อนใจหาความสนุกเพลิดเพลิน หรือทำงานอดิเรก 2) การระบาย

ออกโดยการออกกำลังกายหรือทำอะไรให้เหนื่อย 3) เปลี่ยนนิสัยบถหรือออกไปจากสถานการณ์นั้นชั่วคราว ถ้าไม่หายเครียดต้องใช้วิธีใหม่ 4) หากคนรู้จักที่ไว้วางใจได้เพื่อระบายความอัดอั้นใจ 5) ทำสมาธิ 6) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยการปล่อยกล้ามเนื้อตามสบายแล้วเกร็งกล้ามเนื้อและปล่อยให้คลายตัวทีละส่วน (อมรากุล อินโชนานนท์, 2534: 29)

7. การรับประทานยา และการไปตรวจตามนัด ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรมีการวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ที่สำคัญควรทราบว่าคุณค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับใด รวมถึงการไปตรวจตามนัดทุกครั้ง (กรมการแพทย์, ม.ป.ป: 15) และควรตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี ในทุกระบบ เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้อง และการรับประทานยา ผู้ป่วยควรรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งไม่ควรหยุดยาเองโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์เป็นต้น (กวี เจริญลาภ, 2536: 492)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขแบบสอบถาม [] [] []

1 2 3

แบบสอบถาม

เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา

พฤษภาคม พ.ศ. 2544

ชื่อนามสกุลของผู้ให้สัมภาษณ์ (นาย/ นาง/ นางสาว).....	
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....	
ถนน..... ตำบล/แขวง.....	
อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....	
1 เขตเทศบาล 2 นอกเขตเทศบาล	[] 4
สถานที่สัมภาษณ์.....	[] 5
เวลาเริ่มสัมภาษณ์.....	

ผู้สัมภาษณ์.....	วันที่.....	เดือน.....	พ.ศ. 2544
ผู้ตรวจ.....	วันที่.....	เดือน.....	พ.ศ. 2544
ผู้ลงรหัส.....	วันที่.....	เดือน.....	พ.ศ. 2544

คำชี้แจง

ให้นักสำรวจแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ต่อผู้ให้สัมภาษณ์ก่อนการพูดคุยดังนี้ “ด้วยนางสาวจันทร์ ศรีสุรักษ์ นิสิตสาขาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัย เรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดฉะเชิงเทรา จึงขอความร่วมมือจากท่านให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และความคิดเห็นด้านต่างๆ ของท่าน โดยข้อมูล ดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป คำตอบที่ได้ถือเป็นความลับ และเสนอผลการวิจัยโดยรวมโดยไม่มีภาระแจ้งชื่อของท่านและไม่มีผลเสียต่อท่านแต่ประการใด ”

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง วงกลม (O) รอบหมายเลขที่สอดคล้องกับคำตอบของผู้ตอบ หรือเติมข้อความ
หรือทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

- | | |
|--|---------|
| 1. ท่านเกิดเมื่อ เดือน ปีอะไร และปัจจุบันอายุเท่าใด (อายุเต็ม) | [] [] |
| เกิดเมื่อเดือน..... | 6 7 |
| เกิดเมื่อ พ.ศ..... | |
| อายุ.....ปี | |
| 2. เพศ (ผู้สัมภาษณ์ วงกลมคำตอบโดยไม่ต้องถาม) | [] |
| 1 ชาย | 8 |
| 2 หญิง | |
| 3. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด | [] |
| 0 ไม่ได้เรียน | 9 |
| 1 ประถมศึกษาปีที่.... | |
| 2 มัธยมศึกษาตอนต้นปีที่.... | |
| 3 มัธยมศึกษาตอนปลายปีที่.... | |
| 4 อนุปริญญา/ป.ว.ส./ป.ว.ท. ปีที่.... | |
| 5ปริญญาตรี | |
| 6 ปริญญาโท | |
| 7 ปริญญาเอก | |
| 8 อื่นๆ (ระบุ)..... | |
| 4. ท่านประกอบอาชีพอะไร | [] |
| 1 ทำนา หรือทำไร่ ทำสวน หรือประมง หรือเลี้ยงสัตว์ | 10 |
| 2 ค้าขาย | |
| 3 รับราชการ ระบุตำแหน่ง..... หรือทำงานรัฐวิสาหกิจ ระบุตำแหน่ง..... | |
| 4 แม่บ้าน | |
| 5 รับจ้าง ระบุ..... | |
| 6 ไม่ประกอบอาชีพ | |

5. รายได้ของท่านโดยเฉลี่ยเดือนละเท่าใด (รวมรายได้จากแหล่งต่าง ๆ)
รายได้.....บาท/เดือน [] [] [] [] []
11 12 13 14 15
6. รายได้ของครอบครัวท่านโดยเฉลี่ยเดือนละเท่าใด (รวมรายได้จากแหล่งต่าง ๆ)
รายได้.....บาท/เดือน [] [] [] [] []
16 17 18 19 20
7. ท่านมีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่
 ไม่มี มีระบุ..... []
21
8. ท่านได้ทราบผลการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่อใด หรือเป็น
เวลานานเท่าใด [] [] [] []
22 23 24
วัน/ เดือน/ปี..... ระยะเวลา.....ปีเดือน
9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แจ้งให้ท่านทราบหรือไม่ว่าการมีภาวะความดันโลหิตสูง
จะทำให้ท่านมีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือด []
25
 ไม่ได้แจ้งให้ทราบ แจ้งให้ทราบ
10. นับตั้งแต่ท่านได้ทราบผลการตรวจวินิจฉัยว่าท่านมีความดันโลหิตสูง
ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลสุขภาพทางด้านต่าง ๆ บ้าง
หรือไม่เรื่องใดบ้าง
นักสำรวจ: กากบาท (X) คำตอบที่ผู้ตอบตอบเองก่อนแล้วชี้ว่า "มีอย่างอื่นอีก
หรือไม่" หลังจากนั้นถามถึงกรณีที่ยังไม่ได้กล่าวถึง
- | เรื่อง | แนะนำ | ไม่แนะนำ | |
|--|-------|----------|--------|
| 10.1 การควบคุมอาหารระบุ..... | | | [] 26 |
| 10.2 การสูบบุหรี่ระบุ..... | | | [] 27 |
| 10.3 การดื่มสุราระบุ..... | | | [] 28 |
| 10.4 การออกกำลังกายระบุ..... | | | [] 29 |
| 10.5 การผ่อนคลายความเครียดระบุ..... | | | [] 30 |
| 10.6 การรับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องระบุ..... | | | [] 31 |
11. ท่านเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่
 เคย ไม่เคย [] 32

12. หลังจากท่านทราบว่ามีความดันโลหิตสูงท่านดูแลสุขภาพอย่างไรบ้างเพื่อรักษาโรคหรือป้องกันไม่ให้มีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น

นักสำรวจ: กากบาท(x) คำตอบที่ผู้ตอบตอบเองก่อนแล้วชี้ว่า “มีอย่างอื่นอีกหรือไม่”

หลังจากนั้นถามถึงกรณีนี้ที่ผู้ตอบยังไม่ได้กล่าวถึง ดูแลสุขภาพเรื่อง	ใช่	ไม่ใช่	
12.1 การควบคุมอาหารระบุ.....			[] 33
12.2 การสูบบุหรี่ระบุ.....			[] 34
12.3 การดื่มสุราระบุ.....			[] 35
12.4 การออกกำลังกายระบุ.....			[] 36
12.5 การผ่อนคลายความเครียดระบุ.....			[] 37
12.6 การรับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องระบุ.....			[] 38

13. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจากแหล่งต่าง ๆ บ่อยเพียงใด

นักสำรวจ: กากบาท (x) คำตอบที่ผู้ตอบตอบเองแล้วชี้ว่า “มีอย่างอื่นอีกหรือไม่”

หลังจากนั้นถามกรณีผู้ตอบยังไม่ได้กล่าวถึง

ข้อที่	รายการ	ไม่เคย รับ	รับนาน ๆ ครั้ง (เท่ากับ 1-2 ครั้ง/ เดือน)	รับเป็นประจำ (มากกว่าหรือเท่ากับ 3 - 4 ครั้ง/เดือน)	
13.1	วิทยุ				[] 39
13.2	โทรทัศน์				[] 40
13.3	หนังสือพิมพ์				[] 41
13.4	เอกสารแผ่นพับ โปสเตอร์				[] 42
13.5	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				[] 43
13.6	เพื่อน ญาติ พี่ น้อง				[] 44
13.7	อาสาสมัครสาธารณสุข				[] 45
13.8	หอกระจายข่าว				[] 46
13.9	อื่น ๆ ระบุ.....				[] 47

14. ท่านคิดว่าท่านเสี่ยงหรือมีโอกาส เป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากน้อยเพียงใด

ไม่เสี่ยง เสี่ยงน้อย เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงมาก [] 48

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด

นักสำรวจ ถามทีละข้อ แล้ววงกลม (O) รอบหมายเลขที่สอดคล้องกับคำตอบของผู้ตอบ โดยอธิบายแก่ผู้ให้สัมภาษณ์ว่า “ต่อไปจะขอทราบเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วยคำถามดังนี้”

ข้อความ	ไม่ใช่	ใช่	
1. โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคไม่สามารถป้องกันได้ใช่หรือไม่	0	1	[] 49
2. การที่หลอดเลือดแดงไปเลี้ยงหัวใจแข็งตัวเป็นสาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือดใช่หรือไม่	0	1	[] 50
3. การรับประทานอาหารรสเค็มจัดทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ใช่หรือไม่	0	1	[] 51
4. คนผมเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนอ้วนใช่หรือไม่	0	1	[] 52
5. การมีความดันโลหิตสูงนาน ๆ เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ใช่หรือไม่	0	1	[] 53
6. อาการเจ็บหน้าอกไม่ใช่อาการของโรคหัวใจขาดเลือดใช่หรือไม่	0	1	[] 54
7. ความเครียดทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ใช่หรือไม่	0	1	[] 55
8. ผู้ที่สูบบุหรี่จัดมีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ใช่หรือไม่	0	1	[] 56
9. การดื่มสุราปริมาณมากช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ใช่หรือไม่	0	1	[] 57
10. การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ใช่หรือไม่	0	1	[] 58

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยง

นักสำรวจ ถามทีละข้อ แล้ววงกลม (O) รอบหมายเลขที่สอดคล้องกับคำตอบของผู้ตอบ โดยอธิบายแก่ผู้ให้สัมภาษณ์ว่า “ต่อไปจะขอทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านต่าง ๆ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาของท่าน ขอให้ท่านตอบตามความจริงที่ปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วยคำถามดังนี้”

ข้อความ	ไม่ใช่	ใช่	
ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา			
1. ท่านดื่มสุราหรือเบียร์บ้างหรือไม่	0	1	[] 59
2. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่	0	1	[] 60
3. ท่านรับประทานอาหารรสเค็มหรือไม่	0	1	[] 61
4. ท่านอารมณ์ร้อนหรือโมโหง่ายหรือไม่	0	1	[] 62
5. ท่านรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของกะทิหรืออาหารที่มีไขมันมากหรือไม่ (เช่น แกงกะทิ ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หมูสามชั้น หนังหมู หนังไก่ ก๋วยเตี๋ยวผัด ก๋วยทอด ปาท่องโก๋)	0	1	[] 63
6. ท่านนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมงหรือไม่	0	1	[] 64
7. ท่านรับประทานไข่มากกว่าสัปดาห์ละ 2 ฟองหรือไม่	0	1	[] 65
8. ท่านดื่มน้ำอัดลมหรือไม่	0	1	[] 66
9. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันหมูหรือน้ำมันมะพร้าวหรือไม่	0	1	[] 67
10. ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอหรือไม่	0	1	[] 68
11. ท่านรับประทานขนมที่มีรสหวานหรือไม่	0	1	[] 69
12. ท่านควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนหรือไม่	0	1	[] 70
13. ท่านเติมเครื่องปรุงรสขณะรับประทานอาหารหรือไม่	0	1	[] 71
14. ท่านดื่มชาหรือกาแฟบ้างหรือไม่	0	1	[] 72
15. ท่านดูแลตนเองไม่ให้เกิดความเครียดหรือไม่	0	1	[] 73

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นด้านต่าง ๆ

นักสำรวจ ถามทีละข้อ แล้ววงกลม(O)รอบหมายเลขที่สอดคล้องกับคำตอบของผู้ตอบ โดยอธิบายแก่ผู้ให้สัมภาษณ์ว่า “คนแต่ละคนมีความคิดเห็นแตกต่างกันในเรื่องการดูแลสุขภาพ ต่อไปจะขอทราบความคิดเห็นด้านต่าง ๆ ของท่านเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด ขอให้ตอบตามความคิดเห็นที่แท้จริง ซึ่งประกอบด้วยคำถามดังนี้”

ข้อความ ท่านคิดหรือเห็นด้วยหรือไม่ว่า	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	
<u>การรับรู้ความรุนแรงของโรค</u>				
1. ถ้าท่านป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดท่านมีโอกาสเสียชีวิตอย่างกะทันหัน	0	1	2	[] 74
2. ท่านมีโอกาสเจ็บป่วยง่ายถ้าท่านป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด	0	1	2	[] 75
3. ถ้าท่านป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดท่านสามารถทำงานหนักได้ตามปกติ	0	1	2	[] 76
4. ท่านจะยังมีชีวิตที่มีความสุขได้ถึงแม้ว่าท่านป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด	0	1	2	[] 77
5. ท่านจะเป็นภาระของครอบครัวถ้าท่านป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด	0	1	2	[] 78
6. ท่านมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ถ้าท่านป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด	0	1	2	[] 79
7. ท่านมีโอกาสเหนื่อยง่ายถ้าท่านป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด	0	1	2	[] 80
<u>การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค</u>				
8. ถ้าท่านสามารถป้องกันไม่ให้เป็นโรคหัวใจขาดเลือดได้ท่านจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น	0	1	2	[] 81
9. ถ้าท่านสามารถป้องกันไม่ให้เป็นโรคหัวใจขาดเลือดได้ท่านอาจมีอายุยืนยาว	0	1	2	[] 82
10. ถ้าควบคุมไม่ให้ความดันโลหิตสูงได้ท่านจะไม่ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด	0	1	2	[] 83
11. ท่านสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติถ้าท่านสามารถป้องกันไม่ให้เป็นโรคหัวใจขาดเลือด	0	1	2	[] 84
12. ท่านจะไม่ทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดด้วยโรคหัวใจขาดเลือดถ้าท่านสามารถป้องกันโรคดังกล่าวได้	0	1	2	[] 85

ข้อความ ท่านคิดหรือเห็นด้วยหรือไม่ว่า	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย	
13. หัวใจจะสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ดีถ้าท่านสามารถป้องกัน ไม่ให้เป็นโรคหัวใจขาดเลือด	0	1	2	[] 86
<u>การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค</u>				
14. การควบคุมอาหารของท่านเป็นภาระของครอบครัวในการเตรียมอาหาร	0	1	2	[] 87
15. การไปตรวจสุขภาพทำให้ท่านเสียค่าใช้จ่ายมาก	0	1	2	[] 88
16. ท่านไม่มีเวลาว่างพอที่จะออกกำลังกาย	0	1	2	[] 89
17. การไม่สูบบุหรี่ทำให้ท่านรู้สึกหงุดหงิดไม่สบายใจ	0	1	2	[] 90
18. ท่านรู้สึกลำบากใจที่จะไม่ดื่มสุราเมื่อไปร่วมงานเลี้ยงงานสังสรรค์ต่างๆ	0	1	2	[] 91
19. เมื่อท่านเกิดความเครียดท่านไม่กล้าที่จะระบายให้ใครรับรู้	0	1	2	[] 92
20. ใน 1 สัปดาห์ท่านทำงานหนักจนไม่มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ	0	1	2	[] 93
<u>การรับรู้ความสามารถของตนเอง</u>				
21. ท่านสามารถควบคุมตนเองไม่ให้โมโหจนเฉื่อยง่ายได้	0	1	2	[] 94
22. ท่านสามารถออกกำลังกายได้ตามแผนที่วางไว้	0	1	2	[] 95
23. ท่านไม่สามารถงดรับประทานอาหารที่จะทำให้อ้วนได้	0	1	2	[] 96
24. ถ้าท่านติดบุหรี่ท่านจะพยายามเลิกสูบให้ได้	0	1	2	[] 97
25. ท่านสามารถปฏิเสธการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ได้แม้จะถูกเพื่อนชักชวน	0	1	2	[] 98
26. ถ้าท่านฝึกตนเองเพื่อผ่อนคลายความเครียดไม่สำเร็จท่านจะเลิกล้มทันที	0	1	2	[] 99

นักสำรวจ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามตั้งแต่หน้าแรกว่าคำถามใดที่ยังไม่ได้ถามหรือคำถามยังไม่ชัดเจน
หรือไม่ก่อนจบการสัมภาษณ์ เมื่อสัมภาษณ์เสร็จเรียบร้อยกล่าวขอบพระคุณกับผู้ให้สัมภาษณ์

เวลาจบการสัมภาษณ์.....

ประวัติผู้เขียน

นางสาวจันทร์ ศรีสุรักษ์ เกิดเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2512 ที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ ที่วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในปีการศึกษา 2530 สำเร็จปริญญาตรีวิทยาศาสตร์บัณฑิต จากสถาบันราชภัฏฉะเชิงเทรา ในปี พ.ศ.2538 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเมื่อ พ.ศ. 2542 ปัจจุบันรับราชการที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย