

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัย  
ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

นางสาวจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2558  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS PREDICTING PREVENTIVE BEHAVIORS FOR CORONARY  
DISEASE AMONG AUTONOMOUS UNIVERSITY STAFF IN BANGKOK

Miss Chareerat Sutthipatthanangkoon



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University



จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร (FACTORS PREDICTING PREVENTIVE BEHAVIORS FOR CORONARY DISEASE AMONG AUTONOMOUS UNIVERSITY STAFF IN BANGKOK) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. รัตน์ศิริ ทาโต, 168 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จากปัจจัยด้านเพศ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค โดยใช้กรอบแนวคิดของเบคเกอร์และคณะ (Becker et al, 1988) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 325 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรค ด้านปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90, 1.0, 1.0, .94, .94, 1.0 และ 1.0 และมีค่าความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79, .80, .73, .90, .77, .78 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม ( $x=63.93$ ,  $S.D.= 7.54$ ) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และเพศหญิง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 41.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5577213036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: PREDICTING FACTORS / PREVENTIVE BEHAVIORS FOR CORONARY ARTERY DISEASE / AUTONOMOUS UNIVERSITY STAFF

CHAREERAT SUTTHIPATTHANANGKON: FACTORS PREDICTING PREVENTIVE BEHAVIORS FOR CORONARY DISEASE AMONG AUTONOMOUS UNIVERSITY STAFF IN BANGKOK. ADVISOR: ASSOC. PROF. RATSIRI THATO, Ph.D., 168 pp.

The purposes of this descriptive predictive study were to examine preventive behaviors for Coronary Artery Disease(CAD) and its predictive factors from sex, age, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, cue to action and perceived self-efficacy. Simple random sampling was used to recruit 325 autonomous university staff. Questionnaires were used to collect personal data, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived berries, cue to action, perceived self-efficacy and preventive behaviors for CAD. The questionnaires were tested for their content validity by a panel of experts. Their CVI were .90, 1.0, 1.0, .94, .94, 1.0 and 1.0 respectively. Their Cronbach' s alpha coefficients were .79, .80, .73, .90, .77, .78, and .82 respectively. Data were analyzed using descriptive statistic and stepwise multiple regression.

The result of this study demonstrated that : preventive behaviors for CAD among autonomous university staff in Bangkok was at appropriate level ( $\bar{x}$ = 63.93, S.D.= 7.54). In addition, perceived self-efficacy, cue to action, perceived barriers, and being female were significant predictors of preventive behaviors for CAD among autonomous university staff in Bangkok ( $p < .05$ ). They explained 41.1 percent of the variance in preventive behavior for CAD.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2015

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากรองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาให้ความรู้ คำแนะนำและข้อคิดที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัยตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ตลอดจนสนับสนุนและให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธีระ สินเดชาธิกร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็นและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่าและเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษาอันเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณอธิการบดีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อธิการบดีมหาวิทยาลัยพระจอมเกล้าธนบุรี และอธิการบดีสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้า เจ้าคุณทหารลาดกระบังที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาผู้ให้ความรัก ความเข้าใจ ให้กำลังใจให้การช่วยเหลือในทุกๆด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ขอขอบพระคุณหัวหน้าแผนก 3/9 เพื่อนร่วมงานโรงพยาบาลรามคำแหงทุกท่าน เพื่อนนิสิตปริญญาโททุกท่านที่ช่วยเหลือให้คำแนะนำ และให้กำลังใจ และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้คอยให้ความช่วยเหลือ

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย .....	10
ขอบเขตการวิจัย .....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	14
1. โรคหลอดเลือดหัวใจ .....	15
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	20
3. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ .....	42
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	56

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	58
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	68
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	71
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง .....	72
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	72
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
บทที่ 5 สรุปผลวิจัยอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	83
สรุปผลการวิจัย.....	86
การอภิปรายผลการวิจัย.....	87
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	95
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	96
รายการอ้างอิง .....	97
ภาคผนวก.....	107
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	108
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	110
ภาคผนวก ค ใบยินยอมของกลุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร.....	129
ภาคผนวก ง จดหมายเพื่อเสนอโครงการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน .....	135
ภาคผนวก จ จดหมายขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	137
ภาคผนวก ฉ ตารางการวิเคราะห์เพิ่มเติม .....	139
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	168

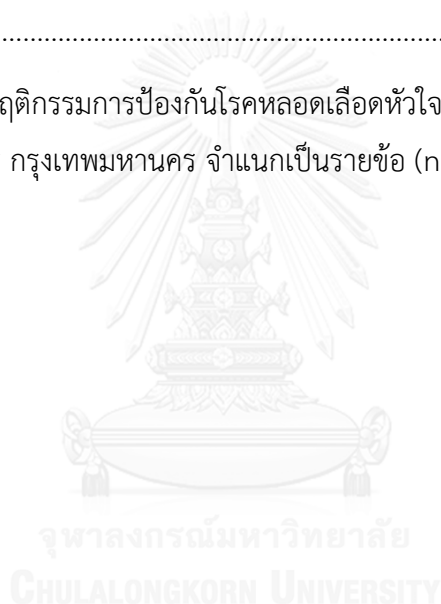


## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแยกตามแต่ละมหาวิทยาลัย .....	58
ตารางที่ 2 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม.....	71
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ประวัติการเจ็บป่วยของ บุคคลในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการเข้ารับการรักษาสุขภาพ ประจำปี (n=325).....	75
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร (n=325) .....	78
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำแนกรายด้าน และโดยรวม (n=325).....	79
ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีวิเคราะห์ แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis).....	80
ตารางที่ 8 ความถี่ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำแนกเป็นรายข้อ (n= 325) .....	140
ตารางที่ 9 ความถี่ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยใน กำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำแนกเป็นรายข้อ (n= 325).....	142
ตารางที่ 10 ความถี่ของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำแนกเป็นรายข้อ (n= 325) .....	144

ตารางที่ 11	ความถี่ของการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำแนกเป็นรายข้อ (n= 325) .....	146
ตารางที่ 12	ความถี่ของปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำแนกเป็นรายข้อ (n= 325) .....	148
ตารางที่ 13	ความถี่ของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำแนกเป็นรายข้อ (n= 325) .....	150
ตารางที่ 14	ความถี่ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำแนกเป็นรายข้อ (n= 325).....	153



## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model).....	46
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัยตามแนวคิดของเบคเกอร์และคณะ (Becker et al, 1988).....	55



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันแนวโน้มของภาวะสุขภาพของประชากรไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากโรคติดต่อไปสู่โรคไม่ติดต่อ เช่น โรคมะเร็ง เบาหวาน รวมทั้งโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยพบว่าในปีพ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากทั่วประเทศจำนวน 18,922 คน หรือเสียชีวิตเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน อีกทั้งแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งในประเทศไทยและทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เห็นได้จากอัตราการเสียชีวิตจากโรคสำคัญต่อแสนประชากรในประเทศไทย พ.ศ.2554-2558 พบว่า การเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 22.47 คนต่อแสนประชากรในปีพ.ศ.2554 เป็น 23.45, 26.91, 27.83 และ 29.13 คนต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2555-2558 ตามลำดับ (ข้อมูลมรณบัตร กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) สอดคล้องกับสถิติการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกในปี ค.ศ.2014 พบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 คือ 7.35 ล้านคน (World Life Expectancy, 2014) ทั้งนี้จากรายงานสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2546-2556 พบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน โดยที่ประชากรกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุ 26-59 ปี มีการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวมากที่สุด (รายงานสถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2556) นอกจากนี้กลุ่มอาชีพที่ไม่ต้องใช้แรงงานมาก เช่น งานเสมียน นักวิชาการ ผู้บริหาร และแม่บ้าน พบว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) จากอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรง เนื่องจากอัตราการเสียชีวิตและอัตราการป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ถือได้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นเป็นโรคที่มีความรุนแรงและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และควบคุมก่อนที่จะเกิดความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น เพศ อายุ กรรมพันธุ์ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ภาวะอ้วน การขาดการออกกำลังกาย และความเครียด ทั้งนี้ในการลดปัจจัยเสี่ยงที่

ควบคุมได้ สามารถกระทำได้โดย การเพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้ หลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็มจัด หวานจัด และอาหารที่มีไขมันสูง ออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมออย่างน้อยครั้งละ 30 นาที นานติดต่อกันอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ หลีกเลียงความตึงเครียด งดการสูบบุหรี่และสูดดมควันบุหรี่ จากบุคคลอื่น หลีกเลียงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม และตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอทุกปี (Esselstyn, 2014) สอดคล้องกับกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2555) ที่กล่าวไว้ว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละอย่างน้อย 3-5 วัน ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที รับประทานผักและผลไม้สด งดอาหารที่มีรสเค็ม งดอาหารที่มีรสหวานจัด งดอาหารที่มีไขมันสูง งดการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ผ่อนคลายจากความตึงเครียด รวมทั้งหมั่นตรวจสุขภาพประจำปี จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยที่การควบคุมอาหารรสหวานจัด อาหารจำพวกแป้ง เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง เลือก รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ และจำกัดอาหารที่มีรสเค็ม ร่วมกับการออกกำลังกายเป็นประจำ และสม่ำเสมอ และควบคุมน้ำหนักให้มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะ น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งยังพบว่าการหลีกเลียงการสูบบุหรี่และสูดดมควันบุหรี่ จากบุคคลอื่นจะช่วยลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อเยื่อปอดด้านในหลอดเลือด ภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง ซึ่งจะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ในอนาคต การหลีกเลียงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก็มีส่วน ช่วยในการลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นกัน เนื่องจากจะช่วยลดโอกาสในการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง การจัดการกับความเครียดและการมีวิถีการเผชิญ ความเครียดที่เหมาะสมก็มีส่วนช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้เช่นกัน เนื่องจาก การมีความเครียดเรื้อรังและติดต่อกันเป็นเวลานานจะไปเร่งกระบวนการแข็งตัวของเลือด ซึ่งทำให้ระดับ ไขมันคลอเลสเตอรอลเพิ่มสูงขึ้น ผนังหลอดเลือดแข็งและหนาตัว รวมทั้งความเครียดยังไปกระตุ้น ระบบประสาทซิมพาเทติกมีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และการตรวจสุขภาพประจำปีก็มีส่วนสำคัญใน การลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เพราะเป็นการช่วยคัดกรองความผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐทั้งสายวิชาการและสายสนับสนุนถือได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากมีแบบแผนการทำงานเป็นแบบมีการนั่งเป็นส่วนใหญ่ (Sedentary Lifestyle) คือ ใช้เวลามากกว่าร้อยละ 80 ในการนั่งทำงาน มีความเครียดสูงจากการ ทำงาน (Maroof, Parashar, Bansal and Ahmed, 2007) เนื่องจากเป็นผู้ผลักดันให้ภารกิจต่างๆ ของมหาวิทยาลัยสำเร็จลุล่วงไปตามยุทธศาสตร์ที่ตั้งไว้ รับผิดชอบภาระงานหลัก การพัฒนางานและ องค์ความรู้ งานบริการ และด้านการบริหาร (งานวิเคราะห์แผนและงบประมาณ กองแผนงาน สำนัก อธิการบดี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551) มีภาระงานที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับภารกิจที่ปฏิบัติ เพื่อให้

บรรลุปเป้าหมายขององค์กรและการประเมินผลการทำงานประจำปี บุคลากรจึงต้องมีการพัฒนางาน และเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานอยู่ตลอดเวลา ด้วยภาระงานที่เพิ่มขึ้น สภาพการทำงานที่ต้อง แข่งขัน เร่งรีบ รวมทั้งภารกิจงานในแต่ละหน่วยงานของมหาวิทยาลัยมีความยากง่ายแตกต่างกันไป ตามหน้าที่ความรับผิดชอบ การทำงานหนักเกินไป ความกดดันในการทำงานจากผู้บังคับบัญชา หรือ การกระทบกระทั่งจากเพื่อนร่วมงานอาจก่อให้เกิดความเครียดในการทำงานได้ ( कुमारตรี พุ่งจันทร์, 2555) ทำให้บุคลากรต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับการทำงานอาจส่งผลให้เกิดความเครียด รวมทั้งความ วิดกกังวลเกิดขึ้นได้ ซึ่งอาจส่งผลเสียเกิดขึ้นกับสุขภาพกายและจิตใจตามมา นอกจากนี้บุคลากรกรร มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 26-60 ปี เป็นวัยที่มีหน้าที่ทั้งใน การทำงานประจำและการดูแลความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว จึงถือว่าเป็นเรื่องยากที่จะปฏิบัติ ภารกิจในทุกภาคส่วนให้ลุล่วงไปตามเป้าหมายที่องค์กรได้กำหนดไว้ รวมทั้งเวลาที่จำกัดในแต่ละวัน และความเหน็ดเหนื่อยในการทำงาน อาจทำให้บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไม่สามารถปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างสม่ำเสมอ จึงอาจส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยด้วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ตามมาได้

จากการทบทวนวรรณกรรมในบุคลากรมหาวิทยาลัย พบว่า บุคลากรในวิทยาลัย แพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41.67 โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อ ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการบริโภคอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เหมาะสมคิดร้อยละ 51.67 ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 18.67 และด้านการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.34 (นุชรรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนครมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้าน การบริโภคอาหาร พฤติด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด และพฤติกรรมด้านสุขภาพทั่วไป อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 80.93 (สุดารัตน์ กางทอง, 2552) และบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.95, S.D. = .45) และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ใน ระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.63, S.D. = .43) และมีผู้ที่ระดับดัชนีมวลกาย 25.0-29.9 (kg/m<sup>2</sup>) ซึ่งถือว่าเป็นระดับอ้วนระดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 20.80 (ลัดดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, 2551) สอดคล้องกับผลการ ตรวจสอบสุขภาพของบุคลากรในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประจำปี พ.ศ.2557 พบว่า มีผู้ที่มีระดับดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ปกติจำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 17.29 ระดับ FBS สูงกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 ระดับ LDL สูงกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 18.1 จากจำนวนผู้เข้ารับการตรวจร่างกายทั้งหมด 983 คน (หน่วยบริการตรวจสอบสุขภาพ โรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์, 2557) จากการทบทวนวรรณกรรมในบุคลากรมหาวิทยาลัยที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น พบว่า บุคลากรมหาวิทยาลัยนั้นถือได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยจึงได้เลือกทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

ฉะนั้นเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ซึ่งถือได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรค จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคตามแนวคิดของ American Heart Association and American College of Cardiology (AHA and ACC, 2013) ได้แก่ การหยุดการสูบบุหรี่ การป้องกันภาวะอ้วนโดยให้มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ การออกกำลังกายเป็นประจำ การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ การลดการดื่มแอลกอฮอล์ การลดความตึงเครียด การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และการควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งการหยุดการสูบบุหรี่และสูดดมควันบุหรี่จากบุคคลอื่นจะช่วยลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อเยื่อปอดในหลอดเลือด ลดอัตราการเกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง ซึ่งจะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ในอนาคต การป้องกันภาวะอ้วนโดยให้มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยครั้งละ 30 นาที ติดต่อกันนาน 3 ครั้ง/สัปดาห์ การงดอาหารรสหวานจัด อาหารจำพวกแป้ง งดอาหารที่มีไขมันสูง เพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้ที่มีกากใยสูง จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ในอนาคต การลดความตึงเครียดก็มีส่วนช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นกัน เนื่องจากความเครียดเรื้อรังที่สะสมติดต่อกันเป็นเวลานาน จะไปเร่งกระบวนการการแข็งตัวของเลือด ซึ่งทำให้ระดับคลอเลสเตอรอลเพิ่มสูงขึ้น ผนังหลอดเลือดแข็งและหนาตัว รวมทั้งยังกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นอีกด้วย การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และการควบคุมระดับไขมันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถกระทำได้โดยการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งสามารถคัดกรองความผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และเป็นการช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้อีกด้วย

ซึ่งเบคเกอร์และคณะ (Becker et al, 1988) ได้กล่าวไว้ว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันไม่ให้เกิดโรคนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยร่วมอื่นๆ และความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งการป้องกันโรคนั้นถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคได้ และส่งผลให้บุคคลนั้นไม่เกิดการเจ็บป่วย รวมทั้งยังส่งผลให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น

ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ส่วนใหญ่จะทำการศึกษาในบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ปิยาภรณ์ นิกข์นิภา, 2549) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล (นุชรรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์, 2549) และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (สนอง เพชรคง, 2541) ซึ่งพบว่ามีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสม เนื่องจากมีความรู้ ความเข้าใจ ปฏิบัติงานโดยตรงในการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาโรค รวมทั้งยังสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางด้านสุขภาพได้ง่าย ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ซึ่งการจะส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสมนั้นพยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องทราบปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง งานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยได้ทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัยและประชากรกลุ่มอื่นๆ ที่ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ พบว่ามีปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจดังนี้ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และเพื่อนร่วมงาน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ร้อยละ 24.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ปิยาภรณ์ นิกข์นิภา, 2549) อายุ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ ประสพการณ์ในการเจ็บป่วย และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Kang, 2010) แรงจูงใจด้านสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของสตรีไทยมุสลิมได้ร้อยละ 10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สุจิตรา เหมวิเชียร, 2549) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้อพยพชาวตะวันตกออกกลางในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ร้อยละ 41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Elkashouty, 2010)จากที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครซึ่งถือได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งปัญหาดังกล่าวสามารถป้องกันได้โดยการมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่



ถูกต้องและเหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย เพศ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จากปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัย พบว่า บุคลากรมหาวิทยาลัยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง (นุชรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์, 2549) ซึ่งถือว่ายังมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันไม่ให้เกิดโรคนั้นขึ้นอยู่กับหลาย ปัจจัยตาม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ กล่าวคือ บุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัตินับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้นๆ (Becker et al, 1988) โดยที่งานวิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**เพศ** เป็นตัวบ่งบอกความแตกต่างด้านร่างกาย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลตนเอง และยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (Becker et al, 1988) จากการศึกษาของ Weston (2008) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kang (2010) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจดีกว่าเพศชาย และยังพบว่าเพศ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้ (ปิยาภรณ์ นิกข์นิภา, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ Najarkolaei (2012) ที่พบว่า เพศสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของนักศึกษามหาวิทยาลัย ประเทศอิหร่านได้ ดังนั้นจึงคาดว่าเพศหญิงสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครได้

**อายุ** เป็นตัวบ่งบอกถึงความแตกต่างของบุคคลในการพัฒนาวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการภาวะสุขภาพเพื่อป้องกันโรค (Becker et al, 1988) จากการศึกษาของ Kang (2010) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นตามอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gauman (2012) ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นตามอายุ และยังพบว่าอายุสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรประเทศเกาหลีใต้ได้ (Kang, 2010) ดังนั้นจึงคาดว่าอายุสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครได้

**การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค** เป็นความเชื่อของแต่ละบุคคลซึ่งมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำทั้งในขณะภาวะปกติและภาวะที่กำลังเจ็บป่วย โดยที่แต่ละบุคคลจะมีระดับความเชื่อไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลจะหลีกเลี่ยงการเกิดโรคโดยปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค

(Becker et al, 1988) จากการศึกษาของปิยาภรณ์ นิกซ์นิภา (2549) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ Elkashouty (2010) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้พยาบาลชาวตะวันออกกลางในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ ดังนั้นจึงคาดว่ารับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครได้

**การรับรู้ความรุนแรงของโรค** เป็นการประเมินถึงปัญหา อาการหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิต โดยที่บุคคลจะมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคแตกต่างกันไปตามอาการของโรค ที่อาจทำให้เกิดความเจ็บป่วย ความพิการ หรือเสียชีวิต รวมทั้งอาจส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานของตนเอง เมื่อบุคคลเกิดความรับรู้ความรุนแรงของโรคแล้วจะทำให้ปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค (Becker et al, 1988) จากการศึกษาของ Ali (2002) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรเพศหญิงมุสลิมชาวตะวันออกกลางได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nau (2005) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ดังนั้นจึงคาดว่ารับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครได้

**การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค** เป็นการที่บุคคลพยายามหาวิธีการปฏิบัติเพื่อให้หายจากการเป็นโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยจะเลือกปฏิบัติตามคำแนะนำที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ซึ่งบุคคลจะมีความเชื่อที่ว่าการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์มีความเหมาะสมเพียงพอที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรค (Becker et al, 1988) จากการศึกษาของปิยาภรณ์ นิกซ์นิภา (2549) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Elkashouty (2010) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้พยาบาลชาวตะวันออกกลางในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ ดังนั้นจึงคาดว่ารับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครได้

**การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค** เป็นการคาดเดาล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในทางลบ เช่น การสูญเสียค่าใช้จ่าย ความไม่สุขสบาย หรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น (Becker et al, 1988) หรือผลที่อาจเกิดขึ้นตามมาจากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เช่น การตรวจเลือดอาจทำให้เกิดความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบาย หรือการไปเข้ารับการ

ตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลอาจทำให้เสียเวลาและมีผลกระทบต่อการทำงาน เนื่องจากต้องใช้เวลารอตรวจเป็นเวลานาน จากการศึกษาของสุจิตรา เหมวิเชียร (2549) พบว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของสตรีไทยมุสลิมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจินดาพร ศิลาทอง (2553) ที่พบว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรวัยผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงในชุมชนอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรีได้ ดังนั้นจึงคาดว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครได้

**ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค** เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคออกมา ซึ่งปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มี 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้นภายใน เช่น การรับรู้สภาวะของร่างกายของตนเอง ทั้งในด้านอาการและอาการแสดงของโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และปัจจัยกระตุ้นภายนอก เช่น การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน (Becker et al, 1988) จากการศึกษาของสุทัสสา ทิจะยัง (2557) พบว่า ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ คชโคตร (2554) ที่พบว่า การสนับสนุนจากหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน ครอบครัว และเจ้าหน้าที่สุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพมหานครได้ และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคยังสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรเพศหญิงมุสลิมชาวตะวันออกกลางได้ (Ali, 2002) ดังนั้นจึงคาดว่าปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครได้

**การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค** เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการป้องกันโรค หรือทำให้ตนเองมีสุขภาพดีขึ้น (Becker et al, 1988) จากการศึกษาของ Kang (2010) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรประเทศเกาหลีใต้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Elkashouty (2010) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้พยาบาลชาวตะวันออกกลางในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ ดังนั้นจึงคาดว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครได้

จากแนวเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศหญิง และ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จากปัจจัยด้านเพศ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

ประชากร คือ บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ที่อยู่ภายใต้สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยเดิม) ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ทั้งสายวิชาการและสายสนับสนุน จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2556)

ทั้งนี้ ขณะทำการศึกษา ณ ปี พ.ศ. 2556 มีมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ที่อยู่ภายใต้สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยเดิม) ในจังหวัดกรุงเทพมหานครอยู่ จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ที่อยู่ภายใต้สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยเดิม) ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ทั้งสายวิชาการและสายสนับสนุน เพศชายและหญิง อายุระหว่าง 26-59 ปี

จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

ตัวแปรต้น คือ เพศ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**เพศ** หมายถึง ลักษณะเฉพาะบุคคลที่สามารถบ่งบอกความแตกต่างระหว่างหญิงและชายของบุคลากรมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

**อายุ** หมายถึง จำนวนตัวเลขที่แสดงถึงจำนวนปีเต็ม นับตั้งแต่วันเกิดจนถึงวันที่เข้าร่วมวิจัยของบุคลากรมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร โดยเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 26-59 ปี

**หมายเหตุ** จากรายงานสถิติสาธารณสุข ที่สำรวจโดยสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2556) พบว่า ประชากรไทยที่อายุระหว่าง 26-59 ปี มีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ มากที่สุด

**การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคลากรมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจหากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม หรือ มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของ McClendon (2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบท วิถีชีวิต ในกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

**การรับรู้ความรุนแรงของโรค** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครถึงการเจ็บป่วยหรืออันตรายจากโรค ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของ McClendon (2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบท วิถีชีวิต ในกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

**การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่เป็น

ประโยชน์ต่อตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคของ Weston (2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบท วิถีชีวิต ในกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

**การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่มีผลขัดขวางการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของ Weston (2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบท วิถีชีวิต ในกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

**ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค** หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ หรือ อินเทอร์เน็ต ต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร โดยประเมินจากแบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของ McClendon (2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบท วิถีชีวิต ในกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

**การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค** หมายถึง เป็นการรับรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการป้องกันโรค หรือทำให้ตนเองมีสุขภาพดีขึ้นของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร โดยประเมินจากแบบสอบถามความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

**พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจ** หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย พฤติกรรมการป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจ 5 ด้าน ตามแนวคิดของ American Heart Association and American Collage of Cardiology Association (AHA and ACC, 2013) ได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่/การดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด และ พฤติกรรมด้านการตรวจสุขภาพประจำปี โดยประเมินประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจของ McClendon (2011) ร่วมกับแนวคิด พฤติกรรมการป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจของ American Heart Association and American

College of Cardiology Association (AHA and ACC, 2013) รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบท วิถีชีวิต และการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

1. **พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร** หมายถึง การจำกัดอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาล และเกลือ รวมทั้งมีการเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้
2. **พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์** หมายถึง การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการรับควันบุหรี่จากบุคคลอื่น และการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ เป็นต้น
3. **พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย** หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายในระดับที่เกิดประโยชน์ต่อร่างกายและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เช่น การออกกำลังกายอย่างน้อย 20-30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งการหาการออกกำลังกายรูปแบบอื่นเพื่อทดแทนในขณะที่มีเวลาจำกัด
4. **พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด** หมายถึง การมีกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด รวมทั้งการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม
5. **พฤติกรรมด้านการตรวจสุขภาพประจำปี** หมายถึง การปฏิบัติในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ โดยกระทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อคัดกรองโรคและตรวจหาความผิดปกติของร่างกาย ได้แก่ การตรวจเลือดเพื่อวัดระดับไขมัน ระดับน้ำตาล การตรวจวัดความดันโลหิต เป็นต้น

**บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร** หมายถึง บุคลากรทั้งฝ่ายวิชาการ และฝ่ายสนับสนุนที่ปฏิบัติงานอยู่ในมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

#### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เพื่อทราบปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จากปัจจัยด้านเพศ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาดำเนินการ เอกสาร และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาในการทำวิจัย ดังนี้

#### 1. โรคหลอดเลือดหัวใจ

- 1.1 คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 1.2 อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

#### 2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

- 2.1 คำจำกัดความของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 2.2 ปัญหาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร
- 2.3 ผลกระทบของการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไม่ดี
- 2.4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 2.5 การประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 2.6 แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

#### 3. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. โรคหลอดเลือดหัวใจ

### 1.1 คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease ; CAD) หมายถึง ภาวะที่หลอดเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจตีบ เลือดไหลเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้กล้ามเนื้อของหัวใจขาดเลือด (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) โรคนี้ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว ผนังบุด้านในของหลอดเลือดเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงก่อนผนังชั้นกลาง ในระยะแรกจะเกิดรอยไขมัน (Fatty Streak) ที่ผนัง ต่อมาจะกลายเป็นเนื้อเยื่อพังผืดหนาๆ (Fibrous Plaques) จนผนังหนาตัวขึ้น ทำให้รูหลอดเลือดตีบแคบลงจนอาจถึงตันได้ (Artherosclerosis) เมื่อรูของหลอดเลือดแดงตีบแคบมากกว่าร้อยละ 70-80 ของพื้นที่หน้าตัดของหลอดเลือดแดงโคโรนารี จะทำให้การไหลเวียนเลือดสู่เนื้อเยื่อหัวใจลดลง ซึ่งทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกจากภาวะหัวใจขาดรวดเร็ว ก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามมา (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543) หรือจากการมีไขมันไปอุดตันในหลอดเลือดที่มาหล่อเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ส่วนมากเกิดจากไขมันที่สะสมในผนังหลอดเลือด จนทำให้ไม่สามารถนำพาออกซิเจนไปสู่หัวใจได้ ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจแบบเฉียบพลัน อาจทำให้เสียชีวิตได้ในทันที และการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจบางส่วนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและออกซิเจน โดยหากเกิดขึ้นในระยะเวลายาวนาน อาจทำให้เกิดการเสียชีวิตได้เช่นกัน (วิชัย เอกพลากร และสมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

### 1.2 อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากสรุปรายงานการป่วย พบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการป่วยอันดับที่ 1 ของผู้ป่วยนอก ทั่วประเทศไทยคิดเป็น 438.34 ต่อประชากร 1,000 คน ตามกลุ่มสาเหตุการป่วย (สรุปรายงานการป่วย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และจากข้อมูลรายงานการป่วยของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2556 พบว่า อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ต่อแสนประชากร มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ดังนี้ คือ 348.05, 368.11, 382.68, 397.24, 412.70, 427.52 และ 431.91 คนต่อแสนประชากร อีกทั้งแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งในประเทศไทยและทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เห็นได้จากอัตราการเสียชีวิตจากโรคสำคัญต่อแสนประชากรในประเทศไทย พ.ศ.2554-2558 พบว่า การเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 22.47 คนต่อแสนประชากรในปีพ.ศ.2554 เป็น 23.45, 26.91, 27.83 และ 29.13 คนต่อแสนประชากรในปีพ.ศ.2555-2558 ตามลำดับ โดยพบว่าในปีพ.ศ.2558 ประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากทั่วประเทศจำนวน 18,922 คน หรือเสียชีวิตเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน (ข้อมูลมรณบัตร กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) สอดคล้องกับสถิติการเสียชีวิตของ

ประชากรทั่วโลกในปี ค.ศ.2014 พบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 1 คือ 7.35 ล้านคน (World Life Expectancy, 2014)

### 1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ ดังนี้

1.3.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ เป็นสภาพการณ์ซึ่งรวมลักษณะของบุคคลที่ไม่สามารถควบคุม หรือเปลี่ยนแปลง แก้ไขได้ เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรค หรือเป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่

1. อายุ พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สำหรับการเปลี่ยนแปลงของหัวใจและหลอดเลือดจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและหน้าที่ โดยผนังของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มีการหนาตัวขึ้น จะมีความยืดหยุ่นลดลง เนื่องจากมีการสะสมของไขมัน และเนื้อเยื่อพังผืดภายในผนังด้านในของหลอดเลือดแดง โดยกระบวนการนี้จะค่อยๆเพิ่มขึ้นไปตามอายุ และมีการเกาะของแคลเซียมภายในหลอดเลือดแดงมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดแข็งและรูเปิดภายในหลอดเลือดตีบแคบลงก่อให้เกิดการอุดตันภายในหลอดเลือดได้ พบว่า ความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจะเพิ่มมากขึ้นหากมีอายุมากกว่า 55 ปี ขึ้นไป (WHO, 2011)

2. เพศ พบว่า เพศชายและเพศหญิงจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้เท่าเทียมกัน (Mosca et al., 2006) และพบว่าหญิงวัยหมดประจำเดือนมีโอกาสเกิดโรคและมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์ (American Heart Association, 2010) เนื่องจากระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงจะส่งผลให้ระดับไขมันในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าวัยเจริญพันธุ์ถึงร้อยละ 69 (อรนุช เขียวสะอาด, 2544) นอกจากนี้ยังพบว่า เพศชายที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี และเพศหญิงที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวีระพันธ์ โชวิฑูร และคณะ (2553) และศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2552) นอกจากนี้ยังพบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงจะมีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นหากมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่หรือสูดดมควันบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วน เป็นต้น (Zhang, 2010)

3. กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีญาติสายตรง เช่น บิดาหรือมารดาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าบุคคลที่ไม่มีประวัตินี้ในครอบครัว (วิชัย เอกพลากร, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mulders et al., (2011) ที่พบว่า ผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสเกิดโรคนี้ได้ในอนาคต และจะเพิ่มความเสี่ยงมาก

ขึ้นหากบุคคลนั้นมีการสูบบุหรี่ บริโภคอาหารไขมันสูง เค็มจัด หวานจัด และขาดการออกกำลังกาย บพบาทของพันธุกรรมที่มีผลต่อโรคนี้อาจไม่ทราบแน่ชัด อาจเกี่ยวข้องกับยีนที่ถ่ายทอดกันมา

1.3.2 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ เป็นสภาพการณ์ พฤติกรรม หรือลักษณะของ บุคคลที่สามารถควบคุมได้ หรือสามารถปรับเปลี่ยนได้ เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรค หรือเป็น เหตุส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่

1. การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเนื่องจากใน บุหรี่มีสารนิโคติน ทาร์ และคาร์บอนมอนนอกไซด์ โดยนิโคตินจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ หลั่งสารแคทีโคลามีนมากขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดหัวใจหดตัว หัวใจต้องการออกซิเจน มากขึ้น และยังทำให้มีการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดมากขึ้น เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ช้า สารคาร์บอนมอน ออกไซด์จากบุหรี่จะขัดขวางกระบวนการนำออกซิเจนไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้มีนงง อ่อนเพลีย และ เหนื่อยง่าย ร่างกายจะชดเชยโดยการสร้างจำนวนเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น สูบฉีดเลือดให้มากขึ้น โดยการ เพิ่มการบีบตัวของหัวใจ และเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ จึงทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น (จันทิรา ทรงเต๊ะ, 2554) การสูบบุหรี่และสูดดมควันบุหรี่จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 2-4 เท่าของผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ โดยเฉลี่ยแล้วผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสที่หลอดเลือดจะเสื่อมและเกิดการตีบ ตันเร็วกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 10-15 ปี (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ 2-4 มวน/วัน จะมีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ และผู้ที่สูบบุหรี่ 1 ซอง/วัน จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ (Gautum, 2012)

2. การบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ American Heart Association ได้กล่าวไว้ว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เหมาะสม โดยที่ ดื่มเบียร์ไม่เกิน 12 ออนซ์ต่อวัน หรือดื่มไวน์ไม่เกิน 4 ออนซ์ต่อวัน หรือดื่มสุราไม่เกิน 1.5 ออนซ์ต่อ วัน จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ เนื่องจากมีสาร Flavonoids และสารต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidants) อีกทั้งยังช่วยเพิ่มไขมัน HDL (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2015) แต่ถ้าดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากเกินไป จะเป็นการเสริมฤทธิ์ ปัจจัยอื่นๆ ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ เช่น การเพิ่มระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ทำให้มีภาวะ น้ำหนักเกิน ส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วและอาจผัดจังหวะ มีการสูบฉีดเลือดออก จากหัวใจเพิ่มขึ้น และอาจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ในที่สุด (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรม ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่า การบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ในปริมาณมากและติดต่อกันทุกวัน จะเพิ่มความเสี่ยงในการโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็น ปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Beulens et al., 2007)

3. ภาวะความดันโลหิตสูง จากรายงานการประชุมของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งชาติ ครั้งที่ 8 (The Eighth Report of the Joint National Committee; JNC 8, 2013) ได้นิยาม ภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปี หมายถึง ภาวะที่มีความดันซิสโตลิก (Systolic) และความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท และผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป หมายถึง ภาวะที่มีความดันซิสโตลิก (Systolic) และความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) มากกว่าหรือเท่ากับ 150/90 มิลลิเมตรปรอท (Jame, 2014) ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติ 3-4 เท่า เนื่องจากทำให้กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัวขึ้น ทำให้การคลายตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายเสียไป ทำให้หัวใจห้องบนมีเลือดค้าง ต้องบีบตัวแรงขึ้น อาจทำให้เกิดการเต้นผิดปกติ ซึ่งส่งผลให้เลือดออกจากหัวใจลดลง และเลือดยั่งค้างในหัวใจห้องบนซ้ายมากขึ้น จนทำให้ความดันเลือดในปอดสูงขึ้น การแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติ ทำให้เหนื่อยหอบ และเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) ตามมา (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) และจากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย จำนวน 3 การศึกษา คือ การศึกษาพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิต กรุงเทพมหานคร การศึกษาประชากรจากอำเภอเมืองพล จังหวัดขอนแก่น และการศึกษาพนักงานออมสิน รวมทั้งหมด 6,112 คน พบว่า ค่าความดัน Systolic ที่สูงขึ้นทุกๆ 10 mmHg หรือค่าความดัน Diastolic ที่สูงขึ้นทุกๆ 5 mmHg จะทำโอกาสเสี่ยงในการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ 1.5 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

4. ภาวะไขมันในเลือดสูง เมื่อมีระดับไขมันสูงในเลือดจะทำให้ผนังของหลอดเลือดมีความหนาและแข็งตัวขึ้นรวมทั้งทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบตามมา นอกจากนี้ไขมันอาจสะสมกันมาผนังของหลอดเลือด ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก กล้ามเนื้อหัวใจจึงมีโอกาสดูแลเลือดได้ง่ายและเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามมาในที่สุด (Gautum ,2012) เกณฑ์ของระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติ สามารถแบ่งได้ดังนี้ (2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults, 2013)

ค่าไขมันคลอเลสเตอรอลโดยรวม (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)	การจัดระดับ
น้อยกว่า 200	เหมาะสม
200 – 239	กำกวม
มากกว่าหรือเท่ากับ 240	สูง
ค่าไขมันไตรกลีเซอไรด์ (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)	การจัดระดับ
น้อยกว่า 150	เหมาะสม
150 – 199	กำกวม

200 – 499	สูง
มากกว่าหรือเท่ากับ 500	สูงมาก
<b>ค่าไขมันแอลดีแอล (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)</b>	<b>การจัดระดับ</b>
น้อยกว่า 100	เหมาะสม
100-129	ใกล้เคียงค่าเหมาะสม
130-159	กำกวม
160-189	สูง
มากกว่าหรือเท่ากับ 190	สูงมาก
<b>ค่าไขมันเอชดีแอล (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)</b>	<b>การจัดระดับ</b>
น้อยกว่า 40	ต่ำ
มากกว่าหรือเท่ากับ 60	สูง

5. โรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ที่มีโรคเบาหวานมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 2-4 เท่าของผู้ที่ไม่มีโรคเบาหวาน (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2015) เมื่อเป็นโรคเบาหวานเรื้อรังเป็นเวลานานๆ จะทำให้หลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงโดยหลอดเลือดจะมีความแข็งและเปราะ ซึ่งทำให้ผนังหลอดเลือดเกิดการฉีกขาดได้ง่าย ส่งผลให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดหัวใจตามมา การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานทำให้อวัยวะต่างๆของร่างกายเสื่อมสภาพและถูกทำลาย เช่น หัวใจ หลอดเลือด ตา ไต และระบบประสาท นอกจากนี้ยังทำให้ร่างกายสร้างสารอนุมูลอิสระเพิ่มมากขึ้นทำให้การทำงานของเซลล์ต่างๆในร่างกายเสียไป เช่น ทำให้เซลล์เยื่อบุผนังหลอดเลือดทำงานผิดปกติ หรือเสียความยืดหยุ่น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

6. ภาวะอ้วน บุคคลที่มีภาวะอ้วน ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI  $\geq 25\text{kg/m}^2$ ) มีภาวะอ้วนลงพุงโดยรอบเอว  $\geq 90\text{ cm}$  ในเพศชาย และรอบเอว  $\geq 80\text{ cm}$  ในเพศหญิง (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2015) จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงที่ล้วนแต่เป็นสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง เปราะ และฉีกขาดได้ง่าย ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามมาในที่สุด และ ภาวะอ้วนหากเกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็กจะทำให้เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น 3-5 เท่าของผู้ที่มีน้ำหนักตัวเป็นปกติ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

7. การขาดการออกกำลังกาย บุคคลที่ขาดการออกกำลังกายจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น 1.5 เท่าของบุคคลที่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546) การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมี

ความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนและการไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อหัวใจไม่แข็งแรง หัวใจสูบฉีดเลือดในแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น ทำให้เลือดไหลผ่านสู่เนื้อเยื่อได้ดีขึ้น ลดการจับตัวของไขมันตามผนังหลอดเลือดและป้องกันการตีบแคบของหลอดเลือด นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยให้ผนังหลอดเลือดมีการทำงานอย่างต่อเนื่อง มีความยืดหยุ่นดี และไม่เปราะแข็ง ช่วยลดน้ำหนักและลดระดับความดันโลหิตได้ (วิไลพร หอมทอง, 2547) จากรายงานของสำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2553) พบว่า กลุ่มอาชีพที่ไม่ต้องใช้แรงกายมาก เช่น งานเสมียน นักวิชาการ ผู้บริหาร และผู้ไม่มีอาชีพรวมทั้งกลุ่มแม่บ้าน มีความชุกของการมีกิจกรรมทางกายยามว่างระดับปานกลางขึ้นไปเพียงร้อยละ 20-30 ซึ่งกลุ่มเหล่านี้ควรเป็นกลุ่มเป้าหมายของการส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายให้เพียงพอต่อการป้องกันโรคเพิ่มมากขึ้นต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพันธ์ หิญชีระนันท์ (2541) ที่พบว่า ผู้ที่นั่งทำงานประเภทนั่งโต๊ะและไม่มีเวลาออกกำลังกายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่านักกีฬา หรือผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

8. ความเครียด ความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะความเครียดเรื้อรังติดต่อกันเป็นเวลานานมีการหลั่งสารที่เร่งกระบวนการแข็งตัวของเลือด ซึ่งมีผลทำให้ระดับคลอเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ผนังของหลอดเลือดมีความแข็งและหนาตัวขึ้น ทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต รวมทั้งยังกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามมา (Dimsdale, 2008) นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอ ซึ่งมีลักษณะเอาจริงเอาจัง มีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการทำงานสูง เกรงครัด ชอบการแข่งขัน คาดหวังสูง ฉุนเฉียว โกรธง่าย ถือว่าเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

## 2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

### 2.1 คำจำกัดความของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

American Heart Association and American College of Cardiology Association (AHA and ACC, 2013) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ เป็นพฤติกรรมที่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ จำกัดอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาล และเกลือ เพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการตรวจร่างกายเพื่อคัดกรองน้ำหนักตัว ค่าความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และน้ำตาลในเลือด

World Heart Federation (2012) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ว่า เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถกระทำได้ดังนี้ การเลือกรับประทานอาหารที่ดี

ต่อหัวใจ เช่น จำกัดอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาล และเกลือ เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ การมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่ใช่แค่เพียงการออกกำลังกายเท่านั้น แต่รวมไปถึงกิจกรรมนันทนาการอีกด้วย การไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการสูดดมควันบุหรี่มือสอง การรู้ค่าความเสี่ยงของตัวเอง โดยการหมั่นไปตรวจสุขภาพ ทั้งค่าความดันโลหิต คอเลสเตอรอล ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักตัว และค่าดัชนีมวลกาย

WHO (2012) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ว่าเป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตประจำวันเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการสูดดมควันบุหรี่จากบุคคลอื่น มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นประจำ การรับประทานอาหารเช้าโดยลดอาหารที่มีไขมันสูง รสเค็ม รสหวานและเพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้ที่มีกากใยสูง ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2553) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ว่า เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การจัดการกับความเครียด การควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การออกกำลังกาย การรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอ รวมไปถึงการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

ปิยาภรณ์ นิกษ์นิภา (2549) ให้ความหมายของพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ว่า เป็นการกระทำเพื่อควบคุมหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย การบริโภคอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการและเหมาะสมกับวัย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการกับความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา และการตรวจสุขภาพประจำปี

ในการศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ จำกัดอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาล และเกลือ เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการตรวจร่างกายเพื่อคัดกรองน้ำหนักตัว ค่าความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และน้ำตาลในเลือด ตามแนวคิดของ American Heart Association and American College of Cardiology Association (AHA and ACC, 2013)



## 2.2 ปัญหาพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัย

ปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเห็นได้จากสถิติการเสียชีวิต และสถิติการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งโรคนี้มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและความอ้วน ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่และการดูดสมควันบุหรี่จากบุคคลใกล้ชิด การขาดการออกกำลังกาย รวมทั้งการไม่รับประทานผักและผลไม้ (Nooh, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2555) ที่พบว่า สิ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การมีไขมันในเลือดสูง มีโรคเบาหวาน มีความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และมีความตึงเครียดสูง โดยการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) ซึ่งเป็นการป้องกันในผู้ที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคนี้ หรือ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้บุคคลดังกล่าวมีพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสม และไม่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าว แต่หากบุคลากรมหาวิทยาลัยมีพฤติกรรมกำป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ดังนี้

### 2.2.1 ปัญหาด้านการบริโภคอาหาร

จากสภาพการทำงานของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ที่เป็นลักษณะการทำงานต้องเผชิญสภาพการทำงานที่กดดัน ประกอบกับการมีวิถีชีวิตแบบคนยุคใหม่ ซึ่งมีลักษณะการใช้ชีวิตแบบเร่งรีบ การทำงานที่ออกแรง น้อยหรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง การเดินทางด้วยรถยนต์ การทำงานแข่งกับเวลา ความเคร่งเครียด รับประทานอาหารจานด่วน รวมทั้งมีการสูบบุหรี่ หรือดื่มสุราเป็นประจำ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Katzmarzyk et al, 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัย พบว่าบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนครมีพฤติกรรมกำบริโภคอาหารประเภท่าง รมควันซึ่งมีการปฏิบัติานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 52.50 รองลงมา คือ มีการรับประทานอาหารประเภทไขมันสูง ซึ่งมีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 46.60 และมีการรับประทานอาหารรสจัด ซึ่งมีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 42.80 (สุดารัตน์ กางทอง, 2552) และยังพบว่าบุคคลวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารจานด่วน อยู่ในระดับมาก โดยจะเลือกบริโภคอาหารจานด่วนประเภทไก่ทอดบ่อยที่สุด รองลงมาเลือก บริโภคอาหารจานด่วนประเภทพิซซ่า โดยกลุ่มตัวอย่างมีความถี่ในการบริโภคอาหารจานด่วนน้อย กว่า 5 ครั้งต่อเดือน (เครือมาศ มีเกษม, 2554) ซึ่งเมื่อรับประทานอาหารดังกล่าวในปริมาณที่มาก หรือรับประทานเป็นประจำก็จะมีโอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เพราะอาหารจานด่วนดังกล่าวมักจะปรุงด้วยวิธีการทอดด้วยน้ำมัน ซึ่งมีไขมันสูง นอกจากนี้ยังมีส่วนผสมของแป้ง และมีรสเค็ม ซึ่งทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง

เบาหวาน และความดันโลหิตสูงตามมาได้ ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามมาได้ทั้งสิ้น

### 2.2.2 ปัญหาด้านการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายช่วยให้ผนังหลอดเลือดมีการทำงานอย่างต่อเนื่อง มีความยืดหยุ่นดีขึ้น และไม่เปราะแข็ง ซึ่งเป็นการลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (เรื่องศักดิ์ศิริผล, 2542) ซึ่งพบว่านายตรวจรโดยสาร 2 ชั้น ที่ต้องเดินขึ้นลงในรถเป็นประจำป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าพนักงานขับรถโดยสาร (Morris, 1953) แต่ในปัจจุบันถือว่าประชากรไทยมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่สะดวกสบายมากยิ่งขึ้น มีเทคโนโลยีที่เข้ามาช่วยอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิต เช่น มีการใช้ลิฟต์แทนการขึ้นบันได การขับรถยนต์แทนการเดินหรือการวิ่ง และการใช้โทรศัพท์ โทรสาร คอมพิวเตอร์ หรือ อินเทอร์เน็ตแทนการเดินทางไปติดต่อด้วยตนเอง และมีแบบแผนการทำงานเป็นแบบมีการนั่งเป็นส่วนใหญ่ (Sedentary Lifestyle) คือ ใช้เวลามากกว่าร้อยละ 80 ในการนั่งทำงานทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับสถานการณ์การออกกำลังกาย พบว่า ในปีพ.ศ. 2552-2555 ประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายตามเกณฑ์ (Physical Activity) มีแนวโน้มที่ลดลง เป็นดังนี้ คือ ร้อยละ 85.4 81.5 74.9 และ 66.1 ตามลำดับ และจากการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัย พบว่า บุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนครไม่ออกกำลังกายเลย คิดเป็นร้อยละ 42.80 (สุดารัตน์ กางทอง, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาในบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง โดยบุคลากรส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติและปฏิบัติเป็นบางครั้ง โดยมีการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก เช่น เดินเร็ว เต้นแอโรบิก ปั่นจักรยาน คิดเป็นร้อยละ 26.7 และการออกกำลังกายที่ใช้แรงปานกลาง เช่น การเดินติดต่อกันเป็นเวลานาน 30-40 นาที คิดเป็นร้อยละ 32.2 (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, 2550)

### 2.2.3 ปัญหาด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่เพียงเล็กน้อยก็มีความเสี่ยงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ และสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจในปริมาณมากและความความแรงสูง ทำให้ความดันเลือดที่สูงขึ้นไปกระทบหลอดเลือดทั่วร่างกาย มีผลทำให้หลอดเลือดแข็งและตีบ ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามมา (ชนิดาภา ชินอุดมพงศ์, 2546) นอกจากนี้สภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมสมัยใหม่ มีการเปิดรับวัฒนธรรมต่างประเทศในการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ มีการสังสรรค์ในโอกาสสำคัญ หรือเป็นส่วนหนึ่งในการทำกิจกรรมสนุกร่วมกันในกลุ่มเพื่อนฝูง รวมทั้งยังสามารถหาซื้อได้ง่ายทั้งในร้านค้าทั่วไปหรือตามห้างสรรพสินค้า มีการโฆษณาทางสื่อต่างๆ มีให้เลือกหลากหลายชนิด และราคาไม่แพง แม้จะมีการณรงค์เกี่ยวกับโทษและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

จากการสูบบุหรี่ หรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ก็ยังพบว่ามีการบริโภคกันอย่างแพร่หลายใน ประชากรไทยทั้งเพศหญิงและเพศชาย จากการทบทวนวรรณกรรม ในกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัย พบว่า บุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนครมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 5.9 และมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 31.8 (สุดารัตน์ กางทอง, 2552)

#### 2.2.4 ปัญหาด้านการจัดการกับความเครียด

ความเครียดเป็นสาเหตุให้เกิดโรคทางกายและทางจิต ร้อยละ 50-60 ของ โรคทางกายเกิดจากความเครียด ปัญหาสำคัญที่พบเนื่องจากผลของความเครียด คือ การเปลี่ยนแปลง ของระบบหัวใจและหลอดเลือด เพราะในภาวะเครียดทำให้มีการหลั่งของแคททีโคลามีน (Catecholamin) ได้แก่ Epinephrine และ Nor Epinephrine มากขึ้น ซึ่งมีผลต่อกล้ามเนื้อหัวใจ เพราะสารดังกล่าวทำให้เพิ่มการขาดเลือดไปเลี้ยงต่อกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น จึงทำให้กล้ามเนื้อหัวใจ ตายเป็นบริเวณกว้างขึ้น และยังทำให้เกิดหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ และเกิดการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (อัญชลี จันทรสอาด, 2546) และจากสภาพการทำงานของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ซึ่งถือว่ามีความเครียดสูงในการทำงาน เนื่องจากมีการประเมินผลงานเป็นรายปีเพื่อ ปรับเพิ่มตำแหน่ง และเงินเดือน บุคลากรจึงต้องมีการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน มีภาระงานที่ เพิ่มขึ้น รวมทั้งต้องทำงานแข่งกับเวลา จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และจาก การทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัย พบว่า บุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์มีพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยการ พักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ร้อยละ 70.6 หารวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองที่จะ ควบคุมความเครียด ร้อยละ 70.5 ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตไม่ว่าจะเป็นเรื่องดี หรือ เรื่องร้าย ร้อยละ 69 (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาในบุคลากรของ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา พบว่า เมื่อมีเรื่องไม่สบายจะเก็บไว้คนเดียวและไม่ปรึกษาใคร มีการ ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 26.5 และเมื่อมีความเครียดจะรับประทานยาคลายเครียด มีการปฏิบัติ เป็นประจำ ร้อยละ 13.2 รวมทั้งสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตไม่ว่าจะเป็นเรื่องดี หรือเรื่องร้าย มีการปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 52.1 (วรรณวิมล เมฆวิมล, 2554)

#### 2.2.5 ปัญหาด้านการตรวจสุขภาพประจำปี

การตรวจร่างกายประจำปีเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจาก เป็นการคัดกรองโรคเบื้องต้น และยังเป็นวิธีการป้องกันโรคเบื้องต้นอีกด้วย เพราะมีการเจ็บป่วยหลาย ชนิดที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากมีการตรวจพบความผิดปกติได้ในระยะแรก ซึ่งหลายๆ หน่วยงานก็จะมีสวัสดิการในด้านการตรวจร่างกายประจำปีให้แก่บุคลากร แต่หากบุคลากรไม่เห็น ความสำคัญถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจร่างกายประจำปีและไม่เข้ารับการตรวจร่างกายประจำปี แล้ว ก็อาจทำให้บุคคลนั้นเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆตามมา รวมทั้งโรคหลอดเลือดหัวใจด้วย จากการ

ทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุคลากรของมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนครมีพฤติกรรมด้านการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 46.80(สุดารัตน์ กางทอง, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาในบุคลากรของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา พบว่า มีบุคลากรที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีเลย ร้อยละ 41.5 (วรรณวิมล เมทวิมล, 2554)

### 2.3 ผลกระทบของการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไม่ดี

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความรุนแรง และส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และครอบครัว ดังนี้

#### 2.3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

ผลกระทบด้านร่างกายส่วนใหญ่มีสาเหตุเนื่องจากพยาธิสภาพที่รุนแรงของโรค ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานโดยเฉพาะอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งเกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้หัวใจได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ร่วมกับอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย จากการที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้อย่างเพียงพอ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และแน่นท้องจากภาวะหัวใจล้มเหลวมีเลือดคั่งอยู่ตามอวัยวะต่างๆช่องท้อง และอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไอเป็นเลือด รวมทั้งอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะช็อกจากหัวใจ คือ ผิวหนังเย็นขึ้น ความรู้สึกเปลี่ยนไป ปัสสาวะออกน้อย ร่วมกับความดันโลหิตต่ำ (วิไลพร หอมทอง, 2547)

#### 2.3.2 ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์

ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์เกิดจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยจะท้อแท้ และความสามารถทางด้านร่างกายลดลง ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งและเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ทำให้เกิดความวิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง หวาดกลัว โกรธ ซึมเศร้า หมดหวัง มองเห็นคุณค่าในตัวเองลดลง (สมทรง จุไรทัศน์ย์ , 2540)

#### 2.3.3 ผลกระทบด้านสังคม

ผลกระทบด้านสังคมเกิดจากภาวะของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง ทำให้บทบาททางสังคมถูกจำกัด ไม่สามารถมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ตามปกติ เกิดความท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า และเป็นภาระของผู้อื่น ไม่กล้าเผชิญหน้า ทำให้อาจเกิดการแยกตัวออกจากสังคม (วิไลพร หอมทอง, 2547)

#### 2.3.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและครอบครัว

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและครอบครัวเกิดการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษา

ในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงานทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัว บทบาทของสมาชิกครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจต้องรับบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว และเป็นผู้ดูแลซึ่งต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในรักษา บางครั้งต้องขาดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้สูญเสียรายได้ (สมทรง จุไรทัศน์ย์, 2540)

## 2.4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ (Becker et al, 1988) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยร่วมต่างๆ และการรับรู้ความรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่ามีปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ดังนี้

**2.4.1 เพศ** เป็นปัจจัยที่บ่งบอกความแตกต่างด้านร่างกายและเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยม ดังนั้นพฤติกรรมการป้องกันโรคจึงเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจดีกว่าเพศชาย Weston (2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kang (2011) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจดีกว่าเพศชาย ทั้งนี้เพศยังเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม โดยเฉพาะสังคมไทย เพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัวจึงต้องมีร่างกายที่แข็งแรง ส่วนเพศหญิงถูกกำหนดให้เป็นแม่บ้านซึ่งถือว่าเป็นเพศที่อ่อนแอกว่า จึงมีผลทำให้เพศหญิงมีความรู้สึกถึงความสามารถทางร่างกายต่ำกว่าเพศชาย และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมมากกว่าเพศชาย (สุดใจ บุรณพฤษา, 2549) จากการศึกษาของ ตรีนานา โกวิทเจริญตระกูล (2542) ซึ่งศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการบริการในสำนักงานกายศุนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน และจากการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2548) ยังพบว่า เพศหญิงส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง ในขณะที่เพศชายมักจะไปพบแพทย์เมื่อมีอาการ

## 2.4.2 อายุ

เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

เนื่องจากผู้ที่อายุน้อยมักมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ แข็งแรง จึงเป็นผลให้ขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งจากการศึกษาของ Kang (2011) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นตามอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gautam (2012) ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นตามอายุ กล่าวคือ เมื่ออายุและวุฒิภาวะสูงขึ้น ย่อมประเมิน

สถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (ชนิดาภา ชินอุดมพงษ์, 2546)

### 2.4.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้าน

สุขภาพของเบคเกอร์ ได้กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และโรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตเขา แล้วบุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรค (Becker et al, 1988) ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจึงเป็นความเชื่อหรือการคาดคะเนของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยเพียงใดหากเขามีพฤติกรรมเสี่ยงด้านต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เป็นต้น การรับรู้นี้จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ถ้าบุคคลที่อยู่ในภาวะความเจ็บป่วยจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงกว่าคนที่ไม่เคยเป็นโรคมามาก่อน หากบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในระดับสูงก็มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคออกมาในระดับสูงเช่นกัน หรืออาจกล่าวได้ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคได้ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ปิยาภรณ์ นิกซ์นิภา, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ Elkashouty (2010) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ อพยพชาวตะวันออกกลางในประเทศสหรัฐอเมริกา

ในการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ยังไม่พบงานวิจัยใดที่ทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ ซึ่งการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผ่านมา ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยด้าน การรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน (สุจิตรา เหมวิเชียร, 2549) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (อัจฉราณี สังสะนะ, 2552) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของพนักงานทำความสะอาด ระบายน้ำก่อนหมดประจำเดือน (เมธิกานต์ ทิมลันย์, 2557) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยเบาหวาน (โชษิตา เต็มยอด, 2557) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของนักศึกษามหาวิทยาลัย ประเทศอิหร่าน (Najarkolaei, 2012) และแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของพยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง ประเทศสหรัฐอเมริกา (McClendon, 2011) โดยที่ผู้วิจัยนี้ได้เลือกแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของ McClendon (2011) มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวได้ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ในงานวิจัย ศึกษาใน

ประชากรกลุ่มวัยผู้ใหญ่ และทำการศึกษาเฉพาะเจาะจงในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค และทำการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

**2.4.4 การรับรู้ความรุนแรงของโรค** ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ได้กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างเดียวนั้นไม่พอที่จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค แต่บุคคลจะต้องมีการรับรู้ด้วยว่าโรคที่คุกคามต่อตนเองนั้นมีความรุนแรง อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ หรือกระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัว การงานและสังคม (Becker et al, 1988) โดยส่วนใหญ่บุคคลมักจะรับรู้ถึงอันตรายของโรคหลอดเลือดหัวใจว่าเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน รวมทั้งอาการของโรคยังมีผลกระทบทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง และถ้าปล่อยไว้ไม่รักษาอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ จึงทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่เกิดขึ้นกับบุคคลผลักดันให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตามมา หากบุคคลที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูงก็มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคออกมาในระดับสูงเช่นกัน หรืออาจกล่าวได้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคได้ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของนักศึกษามหาวิทยาลัยประเทศอิหร่าน (Najarkolaei, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ali (2002) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรเพศหญิงชาวอเมริกัน และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของพยาบาลวิชาชีพเพศหญิง ประเทศสหรัฐอเมริกา (McClendon, 2011)

ในการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ยังไม่พบงานวิจัยใดที่ทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ ซึ่งการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผ่านมา ได้แก่ แบบสอบถามกับรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของนักศึกษามหาวิทยาลัยประเทศอิหร่าน (Najarkolaei, 2012) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคของประชากรเพศหญิงชาวอเมริกัน (Ali, 2002) แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน (สุจิตรา เหมวิเชียร, 2549) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือดของพนักงานทำความสะอาดอาศัยก่อนหมดประจำเดือน (เมธิกานต์ ทิมูลนิย, 2557) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (อัจฉราณี สังชนะ, 2552) และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของพยาบาลวิชาชีพเพศหญิงชาวอเมริกัน (McClendon, 2011) โดยที่ผู้วิจัยนี้ได้เลือกแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของ McClendon (2011) มา

ประยุกต์ใช้ เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวได้ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ในงานวิจัย ศึกษาในประชากรกลุ่มวัยผู้ใหญ่ และทำการศึกษาเฉพาะเจาะจงในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ และทำการศึกษาพฤติกรรมกรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

**2.4.5 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค** ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ ได้กล่าวไว้ว่า เป็นการรับรู้ที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรมการป้องกันโรคที่สามารถเกิดโรคได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ อย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง (Becker et al, 1988) โดยที่หากบุคคลใดที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูงก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคในระดับสูงเช่นกัน หรืออาจกล่าวได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรมการป้องกันโรค และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของนักศึกษามหาวิทยาลัยประเทศอิหร่าน (Najarkolaei, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของสุขุมล แสนพวง (2553) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการบริโภคอาหาร

ในการประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ยังไม่พบงานวิจัยใดที่ทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ ซึ่งการประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผ่านมา ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการบริโภคอาหาร (สุขุมล แสนพวง, 2553) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (อัจฉราณี สังชนะ, 2552) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Weston, 2008) โดยที่ผู้วิจัยนี้ได้เลือกแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคของ Weston (2008) มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวได้ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ในงานวิจัย ศึกษาในประชากรกลุ่มวัยผู้ใหญ่และทำการศึกษาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ศึกษาเฉพาะเจาะจงในเรื่องการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและการรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

**2.4.6 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค** ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ ได้กล่าวไว้ว่า เป็นการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพที่เป็นจริงที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมกรมการป้องกันโรค เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การเสียเวลาในการมารับบริการสุขภาพ ความไม่สะดวกหรือความยากลำบากในการปฏิบัติ



พฤติกรรม เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลทำให้เกิดความล้มเหลวในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (Becker et al, 1988) หากบุคคลในที่มีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับสูงก็จะมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคออกมาในระดับที่ต่ำ หรืออาจกล่าวได้ว่าการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ พบว่า การรับรู้อุปสรรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ณัฐนิชา โปธิกานัน, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของปาหนัน พิษยัญญุโก (2558) ที่พบว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และการศึกษาของ Robinson (2012) ที่พบว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน

ในการประเมินการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ยังไม่พบงานวิจัยใดที่ทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ ซึ่งการประเมินการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคที่ผ่านมา ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ณัฐนิชา โปธิกานัน, 2552) แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน (สุจิตรา เหมวิเชียร, 2549) แบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (อัจฉรา บุญมีศิริทรัพย์, 2550) แบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน (Robinson, 2012) และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Weston, 2008) โดยที่ผู้วิจัยนี้ได้เลือกแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคของ Weston (2008) มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวได้ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ในงานวิจัย ศึกษาในประชากรกลุ่มวัยผู้ใหญ่และทำการศึกษาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ศึกษาเฉพาะเจาะจงในเรื่องการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและการรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

**2.4.7 ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค** ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ ได้กล่าวไว้ว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความน่าจะทำ หรือชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ประกอบด้วยปัจจัยกระตุ้นภายใน ได้แก่ อากาศไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และปัจจัยกระตุ้นภายนอก ได้แก่ ความรู้จากสื่อมวลชน ความรู้จาก

บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งคำแนะนำเรื่องสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวเพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน ซึ่งจะมีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค (Becker et al, 1988) หากบุคคลใดที่มีปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคในระดับสูงก็มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรม การป้องกันโรคในระดับสูง หรืออาจกล่าวได้ว่าปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ พบว่า ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคกลุ่มเสี่ยงใน การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (สุทัสสา ทิจะยัง, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ คชโครต (2554) ที่พบว่า การสนับสนุนจากหัวหน้างานสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจของพนักงานกสิกรไทย เขตกรุงเทพมหานคร

ในการประเมินปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ยังไม่พบงานวิจัยใดที่ทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ ซึ่งการ ประเมินปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่ผ่านมา ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยที่เอื้อต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานกสิกรไทย เขตกรุงเทพมหานคร (จุฑามาศ คชโครต, 2554) แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจ (สุทัสสา ทิจะยัง, 2557) แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจของนักศึกษามหาวิทยาลัย ประเทศอิหร่าน (Najarkolaei, 2012) แบบสอบถาม ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน (Robinson, 2012 ) และแบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ พยาบาลวิชาชีพเพศหญิง ชาวอเมริกัน (McClendon, 2011) โดยที่ผู้วิจัยนี้ได้เลือกแบบสอบถาม ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ McClendon (2011) มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวได้ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ในงานวิจัย ศึกษา ในประชากรกลุ่มวัยผู้ใหญ่ และทำการศึกษาวงการพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจ

**2.4.8 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค** ตามแนวคิด ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ ได้กล่าวไว้ว่า เป็นการรับรู้ความสามารถ ของตนเองเป็นการคาดการณ์ของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตาม จุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ได้สำเร็จมากน้อยเพียงใด ซึ่งการที่บุคคลจะกระทำกิจกรรมให้บรรลุตาม จุดมุ่งหมายได้ด้วยตนเองต้องเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองว่ามีความสามารถมากพอที่จะ กระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค (Becker et al, 1988) หากบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคในระดับสูงก็มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคใน ระดับสูงเช่นกัน หรืออาจกล่าวได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมี

ความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยง จังหวัดเพชรบุรี (จินดาพร ศิลาทอง, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของปานจิต นามพลกรัง (2547) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการศึกษาของ Shin (2012) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องตาข่ายขดลวด

ในการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ยังไม่พบงานวิจัยใดที่ทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ ซึ่งการประเมินปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่ผ่านมา ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องตาข่ายขดลวด (Shin, 2012) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน (Robinson, 2012) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ปานจิต นามพลกรัง, 2547) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในพนักงานทำความสะอาดวัยก่อนก่อนหมดประจำเดือน (เมธิกานต์ ทิมูลนิย์, 2557) และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับตนสำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของสตรีวัยกลางคน จังหวัดเชียงใหม่ (สุพัฒนา คำสอน, 2555) โดยที่ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยที่ใช้มีความเหมาะสมกับกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

## 2.5 การประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีวิธีการประเมินพฤติกรรมได้หลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การใช้แบบวัดหรือแบบสอบถาม อาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือใช้หลายๆวิธีประกอบกัน สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และได้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งได้มีผู้ที่ได้ศึกษาและพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ ดังนี้

2.5.1 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของสุจิตรา เหมวิเชียร (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน ซึ่งสร้างมาจากกรอบแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับชาวไทยมุสลิม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 31 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 4 ระดับ ครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 4 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย 8 ข้อ การรับประทานอาหาร 9 ข้อ การจัดการกับความเครียด 9 ข้อ และการตรวจสุขภาพประจำปี 5 ข้อ

2.5.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของนุชรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ซึ่งสร้างมาจากกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCESS Model (Green&Kreuter, 1999) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 4 ระดับ ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร 4 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 3 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียด 2 ข้อ ด้านการสูบบุหรี่ 1 ข้อ และด้านการดื่มสุรา 1 ข้อ

2.5.3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของสุทัสสา ทิจะยัง (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสร้างมาจากกรอบแนวคิด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1990) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 4 ระดับ ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร 3 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 2 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียด 3 ข้อ และด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป 2 ข้อ

2.5.4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของจุฑามาศ คชโครช (2554) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งสร้างมาจากกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCESS Model (Green&Kreuter, 1999) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 4 ระดับ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร 5 ข้อ การออกกำลังกาย 5 ข้อ การจัดการกับความเครียด 5 ข้อ และการสูบบุหรี่ 5 ข้อ

2.5.5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของปิยาภรณ์ นิกษ์นิภา (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสร้างมาจากกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCESS

Model (Green&Kreuter, 1999) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 4 ระดับ ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร 2 ข้อ การออกกำลังกาย 1 ข้อ การจัดการกับความเครียด 2 ข้อ การสูบบุหรี่/การดื่มสุรา 3 ข้อ และการตรวจสุขภาพประจำปี 2 ข้อ

2.5.6 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ McClendon (2011) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพยาบาลวิชาชีพพิเศษหญิงประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งสร้างมาจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Berker, 1974) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 52 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 4 ระดับ ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร 8 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 7 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียด 24 ข้อ และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี 13 ข้อ

2.5.7 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของอัญชลี จันทร์สะอาด (2546) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของครูสตรีวัยกลางคน จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งสร้างมาจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 4 ระดับ ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภค 10 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 6 ข้อ และด้านการจัดการกับความเครียด 11 ข้อ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ McClendon (2011) มาใช้ในการศึกษาเนื่องจากแบบสอบถามดังกล่าวได้สร้างจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ และดัดแปลงให้มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจให้สอดคล้องตามแนวคิดของ American Heart Association and American Collage of Cardiology Association (AHA and ACC, 2013) ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ และด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ให้รวมอยู่ในด้านเดียวกัน เนื่องจากบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ถือได้ว่าเป็นสารเสพติดที่มีโทษต่อร่างกาย โดยบุหรี่จัดให้เป็นยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จัดให้เป็นยาเสพติดประเภทกดประสาท (กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข, 2556) อีกทั้งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับแบบสอบถามให้มี

ความสอดคล้องกับบริบท สังคม วัฒนธรรมของประชากรชาวไทยเพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

## 2.6 แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ การป้องกันระดับทุติยภูมิ และการป้องกันระดับตติยภูมิ

**2.6.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention)** เป็นการป้องกันในผู้ที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคนี เช่น ผู้ที่อ้วน ขาดการออกกำลังกาย ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มที่มีน้ำตาลในเลือดสูง กลุ่มที่มีคลอเรสเตอรอลในเลือดสูง กลุ่มที่มีความดันโลหิตสูง กลุ่มที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป กลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เป็นประจำ เพื่อความคงทนของร่างกาย รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย มีการตรวจร่างกายประจำปี เพื่อติดตามค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด เพื่อคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง งดบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมทั้งหาเวลาว่างเพื่อพักผ่อนและทำกิจกรรมสันทนาการเพื่อผ่อนคลายจากความตึงเครียด

**2.6.2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention)** เป็นการป้องกันในกลุ่มที่สงสัยว่าจะเกิดโรคหรือเริ่มเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และต้องการควบคุมโรคไม่ให้ลุกลามเร็วหรือมีความก้าวหน้าของโรคเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมโดยเร็วที่สุด โดยวิธีการจัดการที่ถูกต้องรวดเร็วต่อเนื่องโดยวิธีการป้องกันในระดับนี้ คือ ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว เช่น การตรวจเอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การทำอัลตราซาวด์หัวใจ ซึ่งสามารถทำได้รวดเร็วและทราบผลหลังทำได้ทันที ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วตามมา เช่น การเปิดขยายหลอดเลือดเพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเร็วขึ้น ป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายรวมทั้งลดอัตราการเสียชีวิต

**2.6.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention)** เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค เพื่อส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในระยะก่อนออกจากโรงพยาบาล โดยให้คำแนะนำในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การลดความอ้วน การเลิกสูบบุหรี่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและถูกต้องตามแผนการรักษา อาการผิดปกติที่รีบมาโรงพยาบาลทันที การจัดการกับอาการเบื้องต้น รวมทั้งการมาตรวจตามนัด

สำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความเหมาะสม และมีประสิทธิภาพสูงสุดคือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการป้องกันในผู้ที่มีแนวโน้มหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคนี้ ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค 5 ด้าน ตามแนวคิดของ American Heart Association (2012) ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่/ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี ดังนี้

**1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร** การบริโภคอาหารที่ให้พลังงานเกินความจำเป็นของร่างกาย เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้บุคคลนั้นๆเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละกลุ่มวัย พบว่า ประชากรวัยทำงาน มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารคือ บริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและแคลอรีสูง บริโภคผักและผลไม้ไม่พอ (เนาวรัตน์ เพ็ชรเจริญ และ สาลินี เซ็นเสถียร, 2551) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคให้มีความเหมาะสม ดังนี้

1.1 จำกัดอาหารที่มีไขมันสูง ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานไขมันอิ่มตัวที่มีจากสัตว์ เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน สัตว์ปีก ไขมันอิ่มตัวที่มาจากพืช เช่น เนย มะพร้าว ปาล์ม เนื่องจากทำให้มีระดับไขมัน LDL ในเลือดสูงขึ้น ส่วนไขมันที่ควรรับประทาน ได้แก่ ไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว มีมากในน้ำมันมะกอก ถั่วลิสง อะโวคาโด และถั่วเปลือกแข็ง และไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง มีมากในน้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันเมล็ดทานตะวัน น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันงา น้ำมันปลา ปลาทะเลน้ำลึก เช่น ปลาแซลมอน ปลาแม็กเคอเรล นอกจากนี้ยังพบในถั่วเหลืองด้วย เลือกใช้เนื้อปลาเนื้อไก่ แทนเนื้อหมู หรือเนื้อวัว (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ทั้งนี้ยังควรลดการบริโภคอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ เช่น หนังสัตว์ สมองสัตว์ และอาหารทะเลบางชนิด เช่น ปลาหมึก กุ้งและหอยนางรม เป็นต้น เนื่องจากอาหารเหล่านี้ทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ทำให้เส้นเลือดตีบแคบลง เส้นเลือดแข็งและเปราะขาดความยืดหยุ่น ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามมา (วิไลพร หอมทอง, 2547)

1.2 จำกัดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตและน้ำตาล ควรรับประทานในปริมาณร้อยละ 55-60 ของพลังงานที่ได้รับ ควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ ข้าว แป้ง ธัญพืชต่างๆ สำหรับอาหารที่ทำจากแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมปัง ควรรับประทานเป็นบางมื้อ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด เช่น น้ำอัดลม ขนมหวาน ไอศกรีม เป็นต้น เนื่องจากอาหารประเภทนี้ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมในเลือดเลื้อย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบและแข็งตัวตามมา (วิไลพร หอมทอง, 2547) นอกจากนี้ยังควรลดการบริโภคอาหารจำพวกอาหารจานด่วน (Fast food) เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ แซนวิช , มันฝรั่งทอด อาหารเหล่านี้มักประกอบไปด้วยแป้ง ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปเป็นพลังงาน หากรับประทาน

อาหารจำพวกนี้แล้วไม่ได้มีการใช้พลังงานออกไป จะทำให้เกิดการสะสมกลายเป็นส่วนเกิน และนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจในที่สุด (จันทิรา ทรงเต๊ะ, 2554)

1.3 เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ เนื่องจากในผักและผลไม้มีสารต้านอนุมูลอิสระสูง ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึงร้อยละ 60 ผักและผลไม้ยังช่วยให้การขับถ่ายเป็นปกติ และช่วยลดน้ำหนักในรายที่อ้วน แต่ไม่ควรรับประทานผักและผลไม้ที่มีรสหวานจัดมากเนื่องจากอาจจะไปเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผลกระทบที่สำคัญของการบริโภคผักและผลไม้ น้อย แต่บริโภคอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูงได้ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากจะเพิ่มความชุกของการมีระดับไขมันในเลือดสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนเพิ่มมากขึ้น การรับประทานผักและผลไม้จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ซึ่งสารอาหารต่างๆที่มีประโยชน์ต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ได้แก่

#### 1.3.1 โยอาหาร (Dietary Fiber)

1.3.2 สารต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant) สารอาหารในกลุ่มนี้ ได้แก่ วิตามินอี วิตามินซี แคโรทีนอยด์

#### 1.3.3 สารไฟเลต มีในอาหารจำพวกผักใบเขียวทุกชนิด

#### 1.3.4 สารพฤกษเคมีต่างๆ (Phytochemicals) ประกอบด้วย

(1) สารฟลาโวนอยด์ เช่น ใบชา หัวหอม และแอปเปิล

(2) สาร Isothiocyanate และ Indoles ซึ่งพบมากในผักตระกูล

กะหล่ำ

(3) สาร Sulfides ซึ่งพบมากในพืชตระกูลหอมแลพกระเทียม

(4) สาร Terpenes ซึ่งพบมากในส้ม

(5) สาร Phytoestrogen ซึ่งมากมากในถั่วเหลือง

1.4 จำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียมและอาหารที่มีรสเค็ม เนื่องจากในปริมาณโซเดียมที่สูงจะดูดน้ำเข้าสู่หลอดเลือดมากขึ้น มีผลทำให้ปริมาตรของของเหลวในร่างกายเพิ่มมากขึ้น ทำให้หัวใจทำงานหนักยิ่งขึ้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ควรหลีกเลี่ยงการบริโภคเกลือ/อาหารที่มีส่วนผสมของเกลือ อาหารที่มีรสเค็ม เช่น กะปิ ไข่เค็ม เต้าเจี้ยว ผักดอง เต้าหู้ยี้ หมูเค็ม เป็นต้น ถ้าจำเป็นต้องรับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น อาหารกระป๋อง อาหารแปรรูปต่างๆ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป โจ๊ก ขนมขบเคี้ยว ควรเลือกซื้อโดยดูที่ฉลากโภชนาการและเลือกอาหารที่มีเกลือ หรือโซเดียมต่ำ (วิชัย เอกพลากร, 2550) และควรลดปริมาณเกลือในการปรุงอาหารประจำวันลงไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อคนต่อวัน (JNC 8, 2013)



1.5 ควรบริโภคอาหารที่ปรุงเอง เนื่องจากควบคุมชนิดและประเภทของอาหารได้ดีกว่าการบริโภคอาหารที่ซื้อจากร้านอาหาร และควรเลือกการปรุงอาหารด้วยวิธีการต้ม นึ่ง ตุ่น แทนการทอดหรือผัดที่ต้องใช้น้ำมันปริมาณมากในการปรุง รวมทั้งลดการใช้กะทิในการปรุงอาหาร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

1.6 ควรบริโภคอาหารให้ครบทั้ง 3 มื้อในแต่ละวัน ตรงเวลา เคี้ยวอาหารช้าๆ ให้ละเอียดก่อนกลืนทุกครั้ง การบริโภคอาหารแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 20 นาที เนื่องจาก การบริโภคอาหารที่เร็วเกินไปจะทำให้ศูนย์ควบคุมความหิวและความอิ่มเสียหายที่ อาหารแต่ละมื้อ ควรบริโภคในปริมาณใกล้เคียงกันเพื่อจัดความเครียดของจิตใจจากความหิว หากได้รับอาหารในแต่ละมื้อไม่สม่ำเสมอ (อัญชลี จันทร์สอาด, 2546)

**2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย** การออกกำลังกายที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพในด้านพัฒนาระบบไหลเวียนโลหิตและทำให้ร่างกายแข็งแรงมากที่สุด ควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ร่างกายต้องใช้ออกซิเจนจำนวนมาก ทำติดต่อกันเป็นเวลานาน จึงจะมีผลทำให้ระบบการทำงานของหัวใจ ปอด และการไหลเวียนโลหิตทั่วร่างกายแข็งแรง ทนทานดีขึ้น และสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด (สำนักงานพัฒนาการกีฬาและนันทนาการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา, 2552) นอกจากนี้ยังรวมถึงการมีกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหว หรือการทำงานของร่างกายโดยใช้โครงสร้างกล้ามเนื้อ (Skeletal Muscel) และทำให้มีการใช้พลังงานของร่างกายมากกว่าขณะพัก โดยสามารถแบ่งตามลักษณะกิจกรรมที่ปฏิบัติ ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายขณะทำงาน/ทำงานบ้าน การเคลื่อนไหวร่างกายในขณะที่เดินทาง หรือ ในขณะทำงานอดิเรก เป็นต้น (อัจฉรา จินายน และ ภัทรา เล็กวิจิตรธาดา, 2553)

### ผลของการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การออกกำลังกายจะทำให้ระบบประสาทซิมพาเธติกทำงานลดลง ส่งผลให้ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายและขณะพักลดลง นอกจากนี้ยังลดการกระตุ้นการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย ซึ่งจะช่วยลดอัตราเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ การออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยลดไขมันไม่ดี (LDL) เพิ่มไขมันดี (HDL) ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ลดความอ้วน ลดความดันโลหิต และลดการแข็งตัวของเกร็ดเลือด (Platelet Stickness) ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวัน และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (สำนักงานพัฒนาการกีฬาและนันทนาการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา, 2552)

### หลักการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมักจะไม่กล้าออกกำลังกาย เนื่องจากมีความกลัวว่าหัวใจจะหยุดเต้นทำให้เสียชีวิตอย่างกะทันหัน หรือกลัวว่าการออกกำลังกายจะทำให้ตนมีอาการ

เหนื่อยหอบหรือเจ็บหน้าอกมากขึ้น ซึ่งบุคคลเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การกีฬาแห่งประเทศไทย (2552) จึงได้ให้ข้อเสนอแนะพื้นฐานในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามหลัก FITT ดังนี้

1. ความถี่ในการออกกำลังกาย (Frequency of exercise; F) ควรมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องอย่างน้อยประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ เว้นห่างกันไม่เกิน 2 วัน

2. ระดับความหนักของการออกกำลังกาย (Intensity of exercise; I) เป็นการกำหนดขีดความสามารถของการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้มีความหนักอย่างเหมาะสม โดยคำนวณความหนักของการออกกำลังกายได้ จากการใช้อัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย (target heart rate) ซึ่งคำนวณได้จากอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ (maximum heart rate) วัตค่าเท่ากับ  $220 - \text{อายุ (ปี)}$  ของค่าประมาณระดับขนาดของการออกกำลังกาย การกีฬาแห่งประเทศไทย (2552) โดยแบ่งขนาดของการออกกำลังกายตามระดับความหนักของการออกกำลังกาย เป็น 3 ระดับ ดังนี้

2.1 ระดับต่ำ (low intensity) หมายถึง อัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ประมาณร้อยละ 50-65 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด

2.2 ระดับปานกลาง (moderate intensity) หมายถึง อัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายอยู่ระดับปานกลาง ประมาณร้อยละ 66-85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด

2.3 ระดับสูง (high intensity) หมายถึง อัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายอยู่ระดับสูง มากกว่าร้อยละ 66-85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด

3. ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (Time of exercise; T) ระยะเวลาในการออกกำลังกายควรมีความต่อเนื่อง และเพียงพออยู่ระหว่าง 15-40 นาที สำหรับการออกกำลังกายที่เพิ่มความคงทนของปอดและหัวใจควรใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที

4. ชนิดของการออกกำลังกาย (Type of exercise; T) การออกกำลังกายมีหลายชนิด แต่การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ดีที่สุด เพราะเป็นกาออกกำลังกายที่ต้องใช้ออกซิเจนในการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายด้วยความเร็วในจังหวะที่สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นการทำงานของปอดและหัวใจอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด เมื่อออกกำลังกายเต็มที่หัวใจจะสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายมากเป็น 4-6 เท่าของร่างกายในขณะพัก (อัจฉรา จินายน และ ภัทรา เล็กวิจิตรธาดา, 2553) การออกกำลังกายแบบแอโรบิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ การว่ายน้ำ นอกจากนี้สำนักงานพัฒนาการกีฬาและนันทนาการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา (2552) ยังเสนอให้การออกกำลังกายกับเครื่องวัดงานด้วยแขนหรือขา (Arm-Leg Cycle Ergometry) การออกกำลังกายด้วยเครื่องวัดงานด้วยแขน (Arm

Cycle Ergometry) และการออกกำลังกายด้วยเครื่องก้าวขึ้น-ลงบันได (Stair Climbing and Stair Stepping) เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นกัน

### ข้อควรระวังในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. รู้สึกอึดอัดบริเวณส่วนบนของร่างกาย เช่น ทรวงอก คอ คาง แขน ลิ้นปี่ รวมถึงอาการแน่น ปวด เจ็บ ตึง หรือร้าวไปยังอวัยวะใกล้เคียง
2. มึนศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน เป็นลม
3. เหนื่อยหอบมาก หายใจไม่ทัน หรือไม่สามารถพูดคุยได้ในขณะที่กำลังออกกำลังกาย

4. หลังออกกำลังกายแล้วรู้สึกเหนื่อยหรือเพลียทั้งวัน

### 3. พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

#### 3.1 พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่หรือการสูดดมควันบุหรี่

ควรงดการสูบบุหรี่เนื่องจากในบุหรี่มีสารนิโคติน ทาร์ และคาร์บอนมอนออกไซด์ โดยนิโคตินจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารแคทีโคลามีนมากขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดหัวใจหดตัว หัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น และยังทำให้มีการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดมากขึ้น เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ช้า สารคาร์บอนมอนอกไซด์จากบุหรี่จะขัดขวางกระบวนการนำออกซิเจนไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้มีนิมง อ่อนเพลีย และเหนื่อยง่าย ร่างกายจะชดเชยโดยการสร้างจำนวนเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น สูดฉีดเลือดให้มากขึ้น โดยการเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ และเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ จึงทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น (จันทิรา ทรงเต๊ะ, 2554) สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2553) ได้กล่าวไว้ว่าการเลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาดจะทำให้เกิดผลดีต่อร่างกายมากขึ้นเป็นลำดับและร่างกายจะเข้าสู่ภาวะปกติได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 2-6 เท่า ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ในปีแรกที่เลิกสูบบุหรี่จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 50 และใน 15 ปีต่อมาหลังเลิกสูบบุหรี่จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเท่ากับคนปกติที่ไม่เคยสูบบุหรี่ นอกจากการสูบบุหรี่จะเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจแล้ว การสูดดมควันบุหรี่ยังถือเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้เช่นกัน ซึ่งพบว่าผู้ที่ต้องอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่หรือผู้ที่ต้องสูดดมควันบุหรี่ปริมาณเป็นประจำหรือมากกว่า 60 นาทีต่อวัน เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากถึงร้อยละ 25-30 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยสูดดมควันบุหรี่ และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากถึงร้อยละ 70 เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ (ศูนย์ข้อมูลมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2550)

### 3.2 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ควรงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เนื่องจากแอลกอฮอล์จะให้พลังงานสูงถึง 6 แคลอรีต่อกรัม เมื่อเทียบกับไขมันที่ให้พลังงาน 9 แคลอรีต่อกรัม (American Heart Association, 2010) หากดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากเกินไปจะมีฤทธิ์กระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วและสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้แรงดันเลือดสูงขึ้นมีผลต่อผนังหลอดเลือด นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังเพิ่มการสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์ และปริมาณไขมันอิ่มตัว ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัวและตีบตันได้ง่าย (นพรัตน์ ธนะชัยพันธ์, 2543) ดังนั้นควรงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ทุกชนิดเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่หากมีความจำเป็นต้องดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ The Seventh Report of JNC (2004) ได้เสนอปริมาณในการดื่มที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ดังนี้ ผู้ชาย ดื่มได้ไม่เกินวันละ 2 แก้ว (เบียร์ 24 ออนซ์ ไวน์ 10 ออนซ์ หรือเครื่องดื่มที่ผสมวิสกี้ 3 ออนซ์) ผู้หญิง ดื่มได้ไม่เกินวันละ 1 แก้ว (เบียร์ 12 ออนซ์ ไวน์ 5 ออนซ์ หรือเครื่องดื่มที่ผสมวิสกี้ 1.5 ออนซ์)

### 4. พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด

ความเครียด คือ สภาพจิตใจที่มีผลให้เกิดการตอบสนองของปฏิกิริยาทางร่างกายเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติมีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงระบบทางเดินอาหารบีบตัวเพื่อที่จะให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆมากขึ้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) นอกจากนี้ความเครียดยังส่งผลให้ระดับไขมันในเลือด ได้แก่ คอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดมีความหนา แข็งตัวขึ้น ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด (Gautum, 2012) ซึ่งวิธีการจัดการกับความเครียดที่ดีที่สุด คือ วิธีการที่บุคคลนั้นๆเลือกเอง ซึ่งเป็นวิธีที่ตนเองชอบหรือพึงพอใจ ซึ่งไม่ได้เป็นการเบียดเบียนตนเองหรือผู้อื่น อาจเป็นการหลีกเลี่ยงจากสภาพแวดล้อมหรือกิจกรรมต่างๆที่ทำให้เกิดความเครียด การยอมรับกับปัญหาและปล่อยวางกับปัญหาที่เกิดขึ้นรวมทั้งการปรึกษากับบุคคลที่ไว้ใจได้เมื่อเกิดปัญหาต่างๆ นอกจากนี้ยังมีวิธีการจัดการกับความเครียดอื่นๆ เช่น การทำงานอดิเรก การไปเที่ยวพักผ่อนตามสถานที่ท่องเที่ยวต่างๆ การฟังเพลง การชมภาพยนตร์ การปฏิบัติตามพิธีกรรมทางศาสนา เป็นต้น ดังนั้นการจัดการกับความเครียดที่ถูกวิธีจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

### 5. พฤติกรรมด้านการตรวจสุขภาพประจำปี

การตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง การค้นหาสิ่งผิดปกติของร่างกายหรือโรคต่างๆ รวมทั้งสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ซึ่งอาจคุกคามทำให้สุขภาพเสื่อมลง ควรกระทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (วิษณุ สุภคร, 2546) หลักสำคัญในการตรวจสุขภาพประจำปี คือ การตรวจหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค เพื่อจะได้ป้องกันก่อนการเกิดโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ของบุคคล ปัจจัยเสี่ยงอาจเป็นพฤติกรรมซึ่งส่วนใหญ่สามารถแก้ไขและปรับปรุงได้ โดยการพูดคุยระหว่างผู้มารับบริการและแพทย์ผู้ให้บริการ การที่แพทย์ได้ทราบถึงประวัติและพฤติกรรมของผู้มารับบริการ จะทำให้สามารถค้นหาความผิดปกติหรือความเสี่ยงได้ การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคได้เป็นอย่างดี มีโรคหลายชนิดที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ด้วยแนวทางนี้ หรือหากเกิดขึ้นแล้วมีการตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะแรกจะมีผลต่อการรักษาทำให้หายได้ การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นการตรวจคัดกรองที่ควรทำในช่วงอายุ 35-60 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ รวมทั้งโรคหลอดเลือดหัวใจด้วย ในปัจจุบันหน่วยงานต่างๆก็จะจัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่พนักงานทุกคนซึ่งถือว่าเป็นสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล รวมทั้งในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนก็จะจัดโปรแกรมตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่ประชาชนโดยทั่วไปด้วย

### 3. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแบบแผนที่ได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ.1950 ได้แก่ Hochbun, Kegel, Leventhal และ Rosenstock ซึ่งมีความสนใจที่จะศึกษาว่าทำไมประชาชนไม่ยอมรับวิธีการป้องกันโรคใดๆทั้งที่การบริการไม่ได้คิดค่าบริการ หรือเสียค่าบริการบ้างเล็กน้อย เนื่องจากนโยบายสาธารณสุขในระยะ ค.ศ.1950-1960 นั้นเน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาโรค โดยมีข้อสมมุติฐานว่าบุคคลจะแสวงหาผลและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค เช่น การตรวจสุขภาพหรือการฟื้นฟูสุขภาพภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่งและมีแรงจูงใจต่อสุขภาพ มีความเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และจะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่สามารถควบคุมโรคได้ เป็นการเน้นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ได้รับแนวคิดจากทฤษฎีสถาน (Field Theory) และทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation Theory) ของ Kurt Lewin โดยทฤษฎีได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ของพฤติกรรมโดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าไปใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา ในระยะแรกแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้นถือว่าการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ กล่าวคือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล ยกเว้นสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ได้ไปปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคล บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่ตนเองเชื่อ ถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่วิชาชีพได้กำหนดไว้ก็ตาม ทั้งนี้การรับรู้ของบุคคลถือได้ว่าเป็นมีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการโรคของบุคคล เนื่องจากบุคคลที่มีการรับรู้หรือมีความเชื่อเกิดขึ้นแล้วก็มี

แนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรคออกมา ซึ่งต่อมา Rosenstock ได้ทำการปรับปรุงและสรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้โดยมีแนวคิดดังนี้ Rosenstock (1974)

1. ต้องมีความตระหนักว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค
2. บุคคลต้องมีความตระหนักหรือรับรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพของตนที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเรื่องที่สำคัญ
3. บุคคลต้องรับรู้ว่ามีภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรง ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นอาจเป็นในลักษณะของความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย เสียค่าใช้จ่าย เสียเวลา อับอาย เป็นต้น
4. บุคคลต้องเชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมตามที่ได้รับคำแนะนำจะลดความเสี่ยงความรุนแรงของโรคถ้ามีอาการเจ็บป่วย และการไม่มีอุปสรรคที่จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ ซึ่งเมื่อบุคคลประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติแล้ว จะเห็นว่าการแสดงพฤติกรรมนั้นเกิดประโยชน์ขึ้นกับตนเอง ซึ่งพฤติกรรมที่กระทำนั้นเป็นพฤติกรรมที่บุคคลได้ตัดสินใจโดยเหตุผลของตนเอง ไม่ได้เกิดขึ้นจากการถูกบังคับหรือกระทำเลียนแบบบุคคลอื่น หรือกระทำตามสมัยนิยม

ต่อมาเบคเกอร์ (Becker, 1974) ได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่นๆ โดยเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying Factors) และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีรายละเอียด ดังนี้

1. การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 3 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ภาวะคุกคาม
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Likelihood of Action) ประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อยที่มีผลต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค
3. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่กระทบต่อความเป็นไปได้ที่จะปฏิบัติ โดยมีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร และปัจจัยด้านสังคม
4. ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to Action) มี 2 ลักษณะ คือ สิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้ถึงการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายของตนเอง และสิ่งชักนำภายนอก เช่น การได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนสนิท คำแนะนำจากสื่อสารมวลชนรวมทั้งคำแนะนำจากแพทย์พยาบาล ซึ่งล้วนแต่เป็นสิ่งผลักดันและกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรค

ต่อมาเบคเกอร์และคณะ (Becker et al, 1988) ได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่นๆ โดยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ซึ่งองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีรายละเอียด ดังนี้

**1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)** เป็นความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง จะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลมีความเอาใจใส่ต่อพฤติกรรมสุขภาพและมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค โดยที่หากบุคคลที่มีการรับรู้ต่อการเกิดโรคในระดับสูงจะมีผลทำให้แสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรคมากขึ้นด้วยเช่นกัน (Becker et al, 1988) นอกจากนี้หากบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี บุคคลนั้นจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้

**2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)** เป็นความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีผลต่อการเกิดโรคว่าส่งผลกระทบต่อร่างกาย เช่น เกิดการเจ็บป่วย พิการ การเกิดโรคแทรกซ้อน และการเสียชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของบุคคล และอาจมีผลต่อความสัมพันธ์ของบุคคลด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคนี้อถือว่าเป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลกระทำหรือมีพฤติกรรมในการเลือกวิธีป้องกันผลกระทบ หรืออันตรายที่เกิดขึ้น (Becker et al, 1988) โดยที่หากบุคคลใดมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง ก็มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคออกมาในระดับที่สูงเช่นกัน

**3. การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรค (Perceived Benefits)** เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของพฤติกรรมในการลดภาวะคุกคามจากโรค หรือป้องกันโรคของตนเอง และต้องเป็นพฤติกรรมที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเองสามารถทำได้และเกิดผลดีในการป้องกันโรคนั้นๆ (Becker et al, 1988) ดังนั้นหากบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคในระดับที่สูง ก็มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับที่สูงเช่นกัน แต่ในบางครั้งแม้บุคคลจะเลือกปฏิบัติวิธีที่ตนเองรับรู้ว่าจะเกิดประโยชน์กับตนเองมากที่สุด แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเนื่องจากมีปัญหาหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่ายต่างๆ ความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติที่แตกต่างไปจากภาวะปกติ ความยุ่งยากในการรักษา ระยะเวลาในการรักษา และฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา (คมคาย ตัณฑ์พันธุ์กุล ,2548)

**4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived Barriers)** เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับปัจจัย หรือกิจกรรมต่างๆที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล (Becker et al, 1988) เช่น ค่าใช้จ่าย การเสียเวลา ผลกระทบที่อาจเกิดกับอาชีพหรือการดำเนิน

ชีวิตประจำวัน รวมทั้งผลที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมบางอย่าง เช่น ความเจ็บปวดจากการเข้ารับการตรวจเลือด หรือตรวจพิเศษ ถือได้ว่าการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคได้ เห็นได้จากกรณีที่คุณคนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับดีอยู่แล้ว แต่บุคคลนั้นจะให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเชื่อของคุณคนว่าสิ่งที่ตนเองปฏิบัติจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้จริง และได้รับประโยชน์คุ้มค่ากับเวลา ค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด รวมทั้งความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากการรักษาหรือไม่

**5. ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Cues to Action)** เป็นเหตุการณ์ หรือสิ่งที่มีกระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยกระตุ้นภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรค ความไม่สุขสบาย หรือการเจ็บป่วย และปัจจัยกระตุ้นภายนอก เช่น การแนะนำจากบุคคลอื่น หรือสื่อมวลชน การกระตุ้นจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเจ็บป่วยของคุณคนในครอบครัว บทความในหนังสือพิมพ์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้คุณคนมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรค (Becker et al, 1988)

**6. ปัจจัยร่วม (Modifying factor)** เป็นการรับรู้ของคุณคนเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่างๆตามสภาพความเป็นจริงที่ส่งเสริมหรือขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพของคุณคน (Becker et al, 1988) ได้แก่

6.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โครงสร้างการรักษารวมทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

6.2 ปัจจัยด้านสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาหรือดูแลพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของคุณคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิด ซึ่งจะให้ความช่วยเหลือโดยการให้วัตถุสิ่งของ การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ ให้ความเห็นอกเห็นใจ ช่วยเหลือให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสารหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการริเริ่ม และดูแลตนเอง ทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเอง และพฤติกรรมป้องกันการโรคที่เหมาะสม

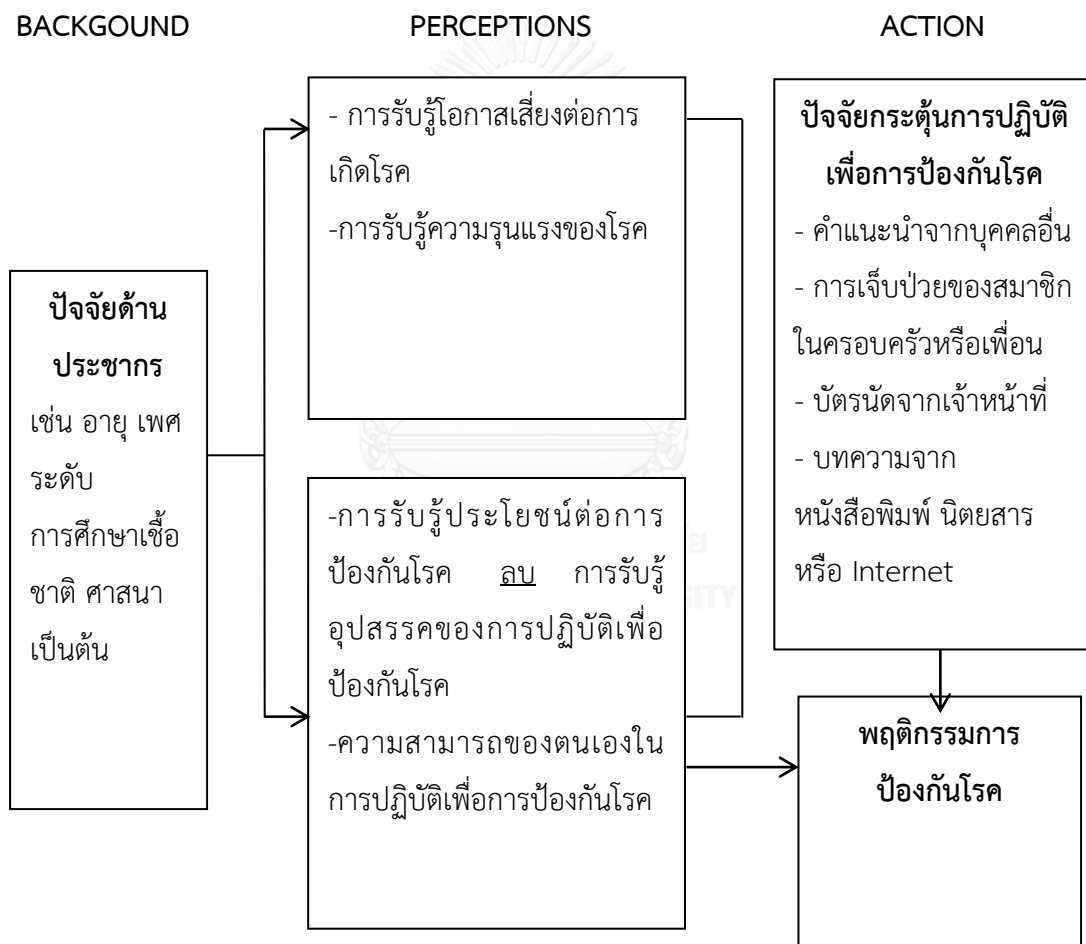
**7. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived Self-Efficacy)** เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการคาดการณ์ของคุณคนว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ได้สำเร็จมากน้อยเพียงใด ซึ่งการที่คุณคนจะกระทำกิจกรรมให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายได้ด้วยตนเองต้องเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองว่ามีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันการโรค (Becker et al, 1988)

ทั้งนี้ถือว่าการรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของคุณคนเป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นให้คุณคนปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค ซึ่งความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจะมากหรือน้อย



ขึ้นอยู่กับ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ในขณะที่ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เช่น การกระตุ้นเตือน การได้รับข้อมูลที่ชัดเจน จะเป็นสิ่งเน้นย้ำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคได้ดีขึ้น โดยที่การรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านประชากร และปัจจัยด้านสังคม

จากองค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้นเป็นแนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ (Becker et al, 1988) ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้เพื่อเป็นแนวคิดในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร ดังแสดงในภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ดัดแปลงจาก Becker , Rosenstock and Strecher (1988)

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

##### 4.1 งานวิจัยในประเทศ

จุฑามาศ คชโครต (2554) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 450 คน จาก 297 สาขา พบว่า พนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 36.22$  , S.D. = 6.93) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร คือ ความรู้ ( $r = 0.53$  , p-value < .001) การมีสถานที่/อุปกรณ์ส่งเสริมสุขภาพ ( $r = 0.52$  , p-value < .001) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $r = 0.43$  , p-value < .001) และนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ( $r = 0.36$  , p-value < .001) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนจากหัวหน้างาน ( $r = 0.17$  , p-value < .001) เพื่อนร่วมงาน ( $r = 0.13$  , p-value < .001) และบุคคลในครอบครัว ( $r = 0.08$  , p-value < .001) และความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ สถานที่ อุปกรณ์ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจากหัวหน้างาน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 28.2

นุชรรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 300 คน พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ ปัจจัยอื่น ได้แก่ การมีทรัพยากรสนับสนุน การส่งเสริมสุขภาพ และการมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุจิตรา เหมวิเชียร (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน จำนวน 200 คน พบว่า สตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 2.66 , SD = .34) โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหารสูงสุด ( $\bar{X}$  = 2.89 , SD = .30) รองลงมาคือ คะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการกับความเครียด ( $\bar{X}$  = 2.83 , SD = .39) และด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{X}$  = 2.53 , SD = .55) สำหรับด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี ( $\bar{X}$  = 2.13 , SD = .92) แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 10 ( $R^2=.10$ ,  $p<.05$  ) โดยแรงจูงใจด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้มากที่สุด ( $B=.28$ ,  $p<.01$ )

ปิยาภรณ์ นิภษัณิกา (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 274 คน พบว่า ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศและตำแหน่ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ( $B= .185$ ,  $p<.001$ ) เพศ ( $B = .237$ ,  $p<.001$ ) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ( $B = .214$ ,  $p<.001$ ) และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน ( $B = .164$ ,  $p<.001$ ) โดยที่ตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้ร้อยละ 24.2 ( $R^2 = .242$ )

อัญชลี จันทรสอาด (2546) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของครูสตรีวัยกลางคน สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2445 จำนวน 1,150 คน พบว่า ของครูสตรีวัยกลางคน จังหวัดเชียงใหม่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับดี การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พฤติกรรมการป้องกันหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัจจัยด้านภาระงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านด้านสถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ขนาดของโรงเรียน และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

สุทศสา ทิจะยง (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน โรงพยาบาลอุ้มทอง อำเภ่อู้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 130 คน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.82, S.D. = 0.53) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 19.80 ( $R^2$  = .198) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จินาพร ศิลาทอง (2557) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยง ในชุมชนอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 120 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติการป้องกันโรค โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 49.6 ( $R^2$  = .496) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมธิกานต์ ทิมลนีย์ (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในพนักงานทำความสะอาดวัยก่อนหมดประจำเดือน จำนวน 123 คน พบว่า พนักงานทำความสะอาดวัยก่อนหมดประจำเดือนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม

อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 55.82$ , S.D. = 5.84) การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในพนักงานทำความสะอาดวัยก่อนหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .22$ , .20 และ .45) ส่วนการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

สุภารัตน์ กางทอง (2552) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร จำนวน 236 คน พบว่า บุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนครมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไป ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 80.93 ในพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.74 และในด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.74

ลดาวลัย ประทีปชัยกูร (2550) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร : กรณีศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรมีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 70.80 และมีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 20.8 มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 86.11 สมรรถภาพทางกายโดยรวมอยู่ในระดับดีและปานกลาง ร้อยละ 43.10 และ 41.70 ตามลำดับ ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรอยู่ในระดับดีเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 46.60 และสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 43.20 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างบุคลากร จำนวน 146 คน โดยรวมและรายด้านเกือบทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการเจริญทางจิตวิญญาณซึ่งอยู่ในระดับสูง สุขภาพทางกาย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต สมรรถภาพทางกาย ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แต่พบว่าภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = 0.493$ ,  $p = .01$ )

วรรณวิมล เมฆวิมล (2554) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา พบว่า ภาวะสุขภาพของบุคลากรส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเหมาะสม นานๆครั้งจะมีอาการปวดหลังหรือปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เมื่อมีอาการปวดจะปล่อยให้หายเอง ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคกระเพาะอาหาร ภูมิแพ้ ไมเกรน ข้อหรือกล้ามเนื้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง คลอเลสเทอรอลหรือไขมันในเลือดสูง ส่วนใหญ่ติดตามอาการเจ็บป่วยโดยไม่ได้รับการรักษาหรือไปพบแพทย์ ระดับสุขภาพจิตของบุคลากร

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และเมื่อมีปัญหาสุขภาพจะปรึกษากับแพทย์ การตรวจดูอาการผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบ่อยครั้ง

#### 4.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Ali (2002) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรเพศหญิงที่ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรชาวอเมริกันเพศหญิง จำนวน 178 คน พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p < .01$ ) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p < .05$ ) และการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรชาวอเมริกันเพศหญิงได้ร้อยละ 76 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Kang (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศเกาหลีใต้ 3 แห่ง จำนวน 157 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.68, S.D. = .49$ ) โดยตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Elkashouty (2010) ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้อพยพชาวตะวันออกกลาง ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 103 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ระยะเวลาที่อพยพเข้ามาอาศัยในประเทศสหรัฐอเมริกา การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Robinson (2012) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน ที่เข้ามาใช้บริการในสถานพยาบาลเมืองคลีฟแลนด์ แลนด์ รัฐโอไฮโอ ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 169 คน โดยศึกษาจากปัจจัยปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จากปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และภาวะแทรกซ้อนจากโรค พบว่า อายุ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 16 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

Najarkolaei (2012) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการบริโภคอาหาร และด้านการออกกำลังกายของนักศึกษามหาวิทยาลัย ในประเทศอิหร่าน จำนวน 368 คน พบว่า เพศ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการบริโภคอาหาร และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของของนักศึกษามหาวิทยาลัย ในประเทศอิหร่าน

Murfin (2010) ศึกษาปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ของมหาวิทยาลัยในประเทศอังกฤษ จำนวน 54 คน พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง เพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p < .01$ ) แต่การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p < .05$ ) และอายุ ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของนักศึกษาพยาบาลได้

Gauman (2012) ศึกษาความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 522 คน พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับน้อย มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับไม่เหมาะสม การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของ

การเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p < .01$ ) แต่การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p < .05$ )

McClendon (2011) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 5 แห่ง ในตอนใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 220 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับไม่ดี พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับไม่ดีเหมาะสม การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p < .01$ )

Mobasheri et al. (2010) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างคือประชากรในเมือง Esfahan ประเทศอิหร่าน จำนวน 58 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการบริโภคอาหาร ( $p < .01$ ) และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการบริโภคอาหาร ( $p < .05$ )

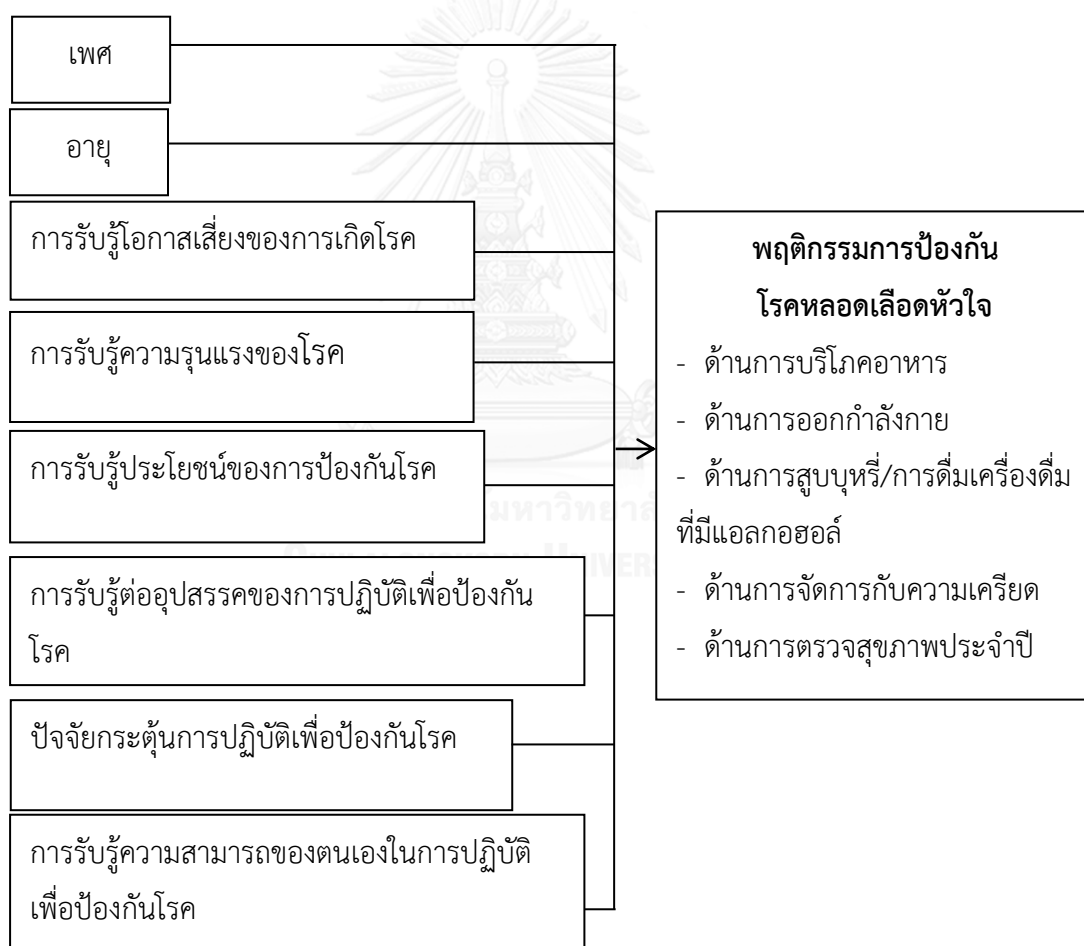
Weston (2008) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐมอนทาน่า ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 220 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายงานพบว่า พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ด้านการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p < .01$ ) แต่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p < .05$ )

Jannique (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานแบบนั่งโต๊ะทำงานกับโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพของประชากรชาวอเมริกัน พบว่า ลักษณะการทำงานแบบนั่งโต๊ะทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ เพื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ลักษณะการทำงานแบบนั่งโต๊ะทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่า BMI ที่เกินมาตรฐาน การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเมะเร็ง และโรคเบาหวาน



จากการทบทวนวรรณกรรมในบุคลากรมหาวิทยาลัยและบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอื่นๆ พบว่ามีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เห็นได้จากการศึกษาของนุชรรัตน์ จิตต์เจริญทรัพย์ (2549) ที่พบว่า บุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และวชิรพยาบาลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ คชโคจรต (2554) ที่พบว่า พนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของสุทัสสา ทิจะยัง (2557) ที่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลอุทอง อำเภอกู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรีมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรไทยเกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มากเกินไป อดไม่สมดุ รับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม รับประทานอาหารผักผลไม้ไม่พอ ใช้เครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้น มีกิจกรรมทางกายน้อยลง ไม่ออกกำลังกาย เครียด และพักผ่อนไม่เพียงพอ ประกอบกับการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ในต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยต่างๆที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชากรเพศหญิงชาวอเมริกันได้ร้อยละ 76 (Ali, 2002) ระยะเวลาที่อพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้อพยพชาวตะวันออกกลางในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ร้อยละ 41 อายุ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน ได้ร้อยละ 16 (Robinson, 2012) และเพศ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการบริโภคอาหารของนักศึกษามหาวิทยาลัย ในประเทศอิหร่าน (Najarkolaei, 2012) ซึ่งการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมนั้นเป็นการป้องกันระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการป้องกันในผู้ที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคนี และผู้ที่อยู่

ในกลุ่มเสี่ยง จึงจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยด้านต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ใช้ตามแนวคิดของ American Heart Association (2012) ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี ดังเสนอเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังนี้



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัยตามแนวคิดของเบคเกอร์และคณะ (Becker et al, 1988)

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จากปัจจัยด้านเพศ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ที่อยู่ภายใต้สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยเดิม) จังหวัด กรุงเทพมหานคร ทั้งสายวิชาการและสายสนับสนุน จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2556) ที่มีอายุระหว่าง 26-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

ทั้งนี้ ขณะทำการศึกษา ณ ปี พ.ศ. 2556 มีมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ที่อยู่ภายใต้สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยเดิม) จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำนวน 3 แห่ง ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี ที่มีอายุระหว่าง 26-59 ปี เนื่องจากรายงานสถิติสาธารณสุข ที่สำรวจโดยสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2556) พบว่า ประชากรไทยที่อายุระหว่าง 26-59 ปี มีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ มากที่สุด โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. มีอายุระหว่าง 26-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. มีการรับรู้และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ใช้โปรแกรม Power Analysis for Sample Size (PASS) โดยใช้ข้อมูลการศึกษาของนุชรรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์ (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์และเวชพยาบาล โดยมีขนาดของความสัมพันธ์อย่างน้อยในระดับต่ำขึ้นไป ( $R=0.30$ ) ในการวิเคราะห์เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 80% (Power of test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 259 คน

#### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร โดยการใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากคัดเลือกมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ทั้ง 5 แห่ง ในอัตราส่วน 1:2 ทำให้ได้มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร 3 แห่ง คือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง และ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

2. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) อีกครั้งด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Excel สุ่มจากรายชื่อของบุคลากรที่ได้จากฝ่ายพัฒนาบุคลากรของทั้ง 3 มหาวิทยาลัย ที่มีอายุระหว่าง 26-59 ปี ตามสัดส่วนของจำนวนบุคลากร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 259 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 25 เพื่อทดแทนผู้ที่ไม่ส่งแบบสอบถามคืน หรือผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 325 คน ซึ่งจากการสำรวจเมื่อปีการศึกษา 2557 พบว่าจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมีบุคลากรจำนวน 8,014 คน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี มีบุคลากร จำนวน 2,116 คน และสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหาร ลาดกระบัง มีบุคลากร จำนวน 2,300 คน ทำให้ได้สัดส่วนของจำนวนบุคลากร มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ดังนี้

### ตารางที่ 1 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแยกตามแต่ละมหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	8,014	210
สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้า คุณทหารลาดกระบัง	2,300	60
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี	2,116	55
รวม	12,430	325

โดยงานวิจัยนี้ได้เก็บข้อมูลด้วยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังกลุ่มตัวอย่างตามชื่อและสถานที่ปฏิบัติงานตามที่ฝ่ายพัฒนาบุคลากรของแต่ละมหาวิทยาลัยได้ให้ไว้ทั้งสิ้นจำนวน 400 ชุด และได้รับแบบสอบถามคืนมาทั้งสิ้น 360 ชุด โดยผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของแบบสอบถาม พบว่ามีแบบสอบถามที่ตอบข้อความไม่ครบถ้วนจำนวน 35 ชุด ดังนั้นจึงมีแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ จำนวน 325 ชุด

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 8 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ตำแหน่งการปฏิบัติงาน โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการเข้ารับการรักษาสุขภาพประจำปี โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ McClendon (2011) ซึ่งมีข้อความจำนวน 14 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อความข้อที่ 1,2,4,8 และ 12 ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยและกลุ่มประชากรบุคลากรมหาวิทยาลัย ดังนี้ ข้อที่ 1 ซึ่งถามว่าเปรียบเทียบกับผู้ที่มีอายุเท่ากัน ท่านมีโอกาสเสี่ยงให้กำเนิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงให้เป็นข้อที่ 2 ซึ่งถามว่าเมื่อท่านมีอายุมากขึ้น ท่านจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อที่ 2 ซึ่ง

ถามว่าท่านมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ในอนาคต ดัดแปลงให้เป็นข้อที่ 10 ถามว่าท่านมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ในอนาคต ข้อที่ 4 ซึ่งถามว่าท่านมีภาวะความดันโลหิตสูง ดัดแปลงให้เป็นข้อที่ 6 ซึ่งถามว่าระดับความดันโลหิตสูงของท่านเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อที่ 8 ซึ่งถามว่าท่านมีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน ดัดแปลงให้เป็นข้อที่ 5 ซึ่งถามว่าน้ำหนักตัวของท่านเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และข้อที่ 12 ซึ่งถามว่าท่านมีภาวะไขมันในเลือดสูง ดัดแปลงเป็นข้อที่ 4 ซึ่งถามว่าระดับไขมันในเลือดของท่านเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ได้ตัดข้อความออก 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 3,5,6,7,9,10,11,13 และ 14 เนื่องจากลักษณะข้อคำถามมีความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามที่ผู้วิจัยได้เลือกมาทำการดัดแปลง โดยเพิ่มข้อคำถามเข้าไป 5 ข้อ รวมทั้งปรับลักษณะของคำตอบที่เป็นแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ เป็น 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก (Positive Statement) ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) มี 4 ระดับ ดังนี้

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

การให้คะแนนแบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

แปลผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้วิธีการหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) คือ

คะแนนช่วง 10.00 – 20.00	หมายถึง	มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนช่วง 20.01 – 30.00	หมายถึง	มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในปานกลาง
คะแนนช่วง 30.01 – 40.00	หมายถึง	มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ McClendon (2011) ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามข้อที่ 1,2,3 ,4 และ 12 ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยและกลุ่มประชากรบุคลากรมหาวิทยาลัย ดังนี้ ข้อที่ 1 ซึ่งถามว่าหากท่านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจแล้ว เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ อาการของโรคจะมีความรุนแรงกว่า

บุคคลที่มีอายุเท่ากันที่ไม่มีโรคประจำตัว ดัดแปลงให้เป็นข้อที่ 10 ซึ่งถามว่าหากท่านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือเข้ารับการรักษา จะมีความรุนแรงกว่าคนปกติที่อายุเท่ากันและไม่ได้มีโรคประจำตัว ข้อที่ 2 ซึ่งถามว่าท่านคิดว่าอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความรุนแรงขึ้นในอนาคต ดัดแปลงเป็นข้อที่ 5 ซึ่งถามว่าผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหากไม่ได้รับการรักษา ที่ถูกต้องจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆตามมา เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ข้อที่ 3 ซึ่งถามว่าเมื่อท่านมีอายุมากขึ้น โรคหลอดเลือดหัวใจก็จะมี ความรุนแรงมากขึ้น ดัดแปลงเป็นข้อที่ 6 ซึ่งถามว่า โรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ข้อที่ 4 ซึ่งถามว่าภาวะความดันโลหิตสูงของท่านจะทำให้โรคหลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรงขึ้น ดัดแปลงเป็นข้อที่ 8 ซึ่งถามว่าหากท่านมีภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้โรคหลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรงมากขึ้น ข้อที่ 12 ซึ่งถามว่าระดับไขมัน LDL ที่สูงของท่านจะทำให้โรคหลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรงมากขึ้น ดัดแปลงเป็นข้อที่ 9 ซึ่งถามว่าหากท่านมีระดับไขมันในเลือดสูงจะทำให้โรคหลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งนี้ได้มีการตัดข้อคำถามออก 9 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามดังกล่าวมีความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามที่ผู้วิจัยเลือกมาดัดแปลง และเพิ่มข้อคำถามเข้าไป 5 ข้อ รวมทั้งปรับลักษณะของคำตอบที่เป็นแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ เป็น 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ (Positive or Negative Statement) ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 4 ระดับ ดังนี้

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

แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งข้อคำถามที่เป็นทางบวกมี 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,5,6,7,8,9 และ 10 ข้อคำถามที่เป็นทางลบมี 2 ข้อ ได้แก่ 3,4 เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

การแปลผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) คือ

คะแนนช่วง 10.00 – 20.00	หมายถึง	มีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนช่วง 20.10 – 30.00	หมายถึง	มีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในปานกลาง

คะแนนช่วง 30.10 – 40.00 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Weston (2008) ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามข้อที่ 1,2,4,5,6,9 และ 11 ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยและกลุ่มประชากรบุคลากรมหาวิทยาลัย ดังนี้ ข้อที่ 1 ซึ่งถามว่าการออกกำลังกายจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงให้เป็นข้อที่ 7 ซึ่งถามว่าการออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อที่ 2 ซึ่งถามว่าการหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูงจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงให้เป็นข้อที่ 1 ซึ่งถามว่าการรับประทานอาหารไขมันต่ำจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อที่ 4 ซึ่งถามว่าการออกกำลังกายจะช่วยควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดัดแปลงเป็นข้อที่ 6 ซึ่งถามว่าการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อที่ 5 ซึ่งถามว่าการงดอาหารรสเค็มจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงเป็นข้อที่ 2 ซึ่งถามว่าการงดอาหารรสเค็มจัดหวานจัด และอาหารที่มีส่วนผสมของแป้งจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อที่ 6 ซึ่งถามว่าการหมั่นตรวจสุขภาพประจำปีจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงเป็นข้อที่ 10 ซึ่งถามว่าการตรวจสุขภาพประจำปีจะช่วยคัดกรองโรคและค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ได้มีการตัดข้อคำถามออก 5 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามดังกล่าวมีความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามที่ผู้วิจัยเลือกมาดัดแปลง และเพิ่มข้อคำถามเข้าไป 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก (Positive Statement) ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 4 ระดับ ดังนี้

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

การให้คะแนนแบบสอบถามด้านการรับรู้ประโยชน์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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



การแปลผลคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) คือ

คะแนนช่วง 10.00 – 20.00 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนช่วง 20.01 – 30.00 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในปานกลาง

คะแนนช่วง 30.01 – 40.00 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Weston (2008) ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามข้อที่ 3,4,6,7,8 และ 11 ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยและกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัย ดังนี้ ข้อที่ 3 ซึ่งถามว่าท่านไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ดัดแปลงเป็นข้อที่ 3 ซึ่งถามว่าท่านไม่มีเวลาเพื่อใช้ในการออกกำลังกาย ข้อที่ 4 ซึ่งถามว่าอาหารที่มีรสเค็มน้อยมีความยุ่งยากในการปรุง และข้อที่ 7 ซึ่งถามว่าอาหารที่มีไขมันต่ำมีความยุ่งยากในการปรุง ดัดแปลงเป็นข้อที่ 1 ซึ่งถามว่าอาหารที่มีไขมันต่ำ หวานน้อย เค็มน้อย มีความยุ่งยากในการปรุง ข้อที่ 6 ซึ่งถามว่าท่านไม่มีเวลาในการทำงานอดิเรกหรือทำกิจกรรมสันทนาการ ดัดแปลงเป็นข้อที่ 8 ซึ่งถามว่างานประจำที่ท่านทำอยู่มีความหนักมาก ทำให้ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมสันทนาการเพื่อผ่อนคลายจากความเครียดได้ ข้อที่ 11 ซึ่งถามว่าท่านคิดว่าการงดสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่กระทำได้ยาก ดัดแปลงให้เป็นข้อที่ 5 ซึ่งถามว่าท่านคิดว่าการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการสูดดมควันบุหรี่ เป็นเรื่องที่กระทำได้ยาก ทั้งนี้ได้มีการตัดข้อคำถามออก 6 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามดังกล่าวมีความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามที่ผู้วิจัยได้เลือกมาดัดแปลง และเพิ่มข้อคำถามเข้าไป 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ (Negative Statement) ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

การให้คะแนนแบบสอบถามด้านรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าคะแนน 1

เห็นด้วย มีค่าคะแนน 2

ไม่เห็นด้วย มีค่าคะแนน 3

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าคะแนน 4

การแปลผลคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ  
ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) คือ

คะแนนช่วง 10.00 – 20.00 หมายถึง มีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค  
อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนช่วง 20.01 – 30.00 หมายถึง มีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค  
อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 30.01 – 40.00 หมายถึง มีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค  
อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร  
มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ McClendon  
(2011) ซึ่งมีข้อความจำนวน 12 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อความข้อที่ 4,5,6,8 และ 12 ให้มีความ  
เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยและกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัย ดังนี้ ข้อที่ 4 ซึ่งถามว่าเมื่อท่านเกิด  
ความเครียด ท่านมักจะปรึกษาสมาชิกในครอบครัว ดัดแปลงเป็นข้อที่ 5 ซึ่งถามว่าเมื่อท่านเกิด  
ความเครียดท่านจะปรึกษากับบุคคลที่ท่านรักและไว้ใจได้ เช่น สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนสนิท  
เป็นต้น ข้อที่ 5 ซึ่งถามว่าสมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยให้ท่านปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค  
ดัดแปลงเป็นข้อที่ 3 ซึ่งถามว่าสมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยให้ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และสูดดม  
ควันบุหรี่ ข้อที่ 6 ซึ่งถามว่าเพื่อนสนิทมีส่วนช่วยให้ท่านปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค ดัดแปลงเป็น  
ข้อที่ 6 ซึ่งถามว่าเพื่อ/เพื่อนร่วมงานมักจะชักชวนให้ท่านออกกำลังกายในช่วงหลังจากเลิกงาน ข้อที่ 8  
ซึ่งถามว่าท่านสามารถพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพกับสมาชิกในครอบครัวได้ ดัดแปลงเป็นข้อที่ 1 ซึ่ง  
ถามว่าสมาชิกในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ รสเค็มน้อย หวานน้อย  
ข้อที่ 12 ซึ่งถามว่าท่านสามารถพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพกับเพื่อนสนิทได้ ดัดแปลงเป็นข้อที่ 12  
ซึ่งถามว่าเพื่อน/เพื่อนร่วมงานมักจะชักชวนให้ท่านรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้ได้มีการตัด  
ข้อความออก 7 ข้อ เนื่องจากข้อความดังกล่าวมีความซ้ำซ้อนกับข้อความที่ผู้วิจัยได้เลือกมา  
ดัดแปลง และเพิ่มข้อความเข้าไป 5 ข้อ รวมทั้งปรับลักษณะของคำตอบที่เป็นแบบการประมาณค่า  
7 ระดับ เป็น 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อความจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวกและเชิงลบ  
(Positive or Negative Statement) ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 4 ระดับ  
ดังนี้

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

การให้คะแนนแบบสอบถามด้านปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่ง  
 ข้อคำถามที่เป็นทางบวกมี 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,5,6,7,8,9 และ 10 ข้อคำถามที่เป็นทางลบมี 1 ข้อ  
 ได้แก่ 4 เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

การแปลผลคะแนนด้านกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้วิธีการหา  
 อัตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) คือ

คะแนนช่วง 10.00-20.00 หมายถึง มีปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ใน  
 ระดับต่ำ

คะแนนช่วง 20.01- 30.00 หมายถึง มีปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับ  
 ปานกลาง

คะแนนช่วง 30.01- 40.00 หมายถึง มีปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ใน  
 ระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด  
 เลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยเป็น  
 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจใน 5 ด้าน  
 คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์  
 ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี โดยทำการทบทวนวรรณกรรม  
 และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค  
 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก (Positive Statement) ลักษณะ  
 คำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 4 ระดับ ดังนี้

มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านมั่นใจอย่างมากที่สุดว่าจะกระทำได้

มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมั่นใจมากกว่าจะกระทำได้

มั่นใจเล็กน้อย หมายถึง ท่านมั่นใจเล็กน้อยว่าจะกระทำได้

ไม่มั่นใจเลย หมายถึง ท่านไม่มั่นใจเลยว่าจะกระทำได้

การให้คะแนนแบบสอบถามด้านความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด  
 เลือดหัวใจ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มั่นใจมากที่สุด	มีค่าคะแนน 4
มั่นใจมาก	มีค่าคะแนน 3
มั่นใจเล็กน้อย	มีค่าคะแนน 2
ไม่มั่นใจเลย	มีค่าคะแนน 1

การแปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) คือ

คะแนนช่วง 10.0-20.0	หมายถึง	มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนช่วง 20.01-30.0	หมายถึง	มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนช่วง 30.01-40.0	หมายถึง	มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ McClendon (2011) ที่ศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพยาบาลวิชาชีพเพศหญิงชาวอเมริกัน สร้างขึ้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ครอบคลุมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 52 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามข้อที่ 1,2,3,8,10,11,16,19,20,27 และ 41 ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยและกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัย มีการดัดข้อคำถามออก 41 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามมีความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามที่ผู้วิจัยได้ทำการดัดแปลง อีกทั้งแบบสอบถามที่ได้ทำการดัดแปลงนั้นข้อคำถามยังไม่ครอบคลุมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจทุกด้าน ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มข้อคำถามอีก 9 ข้อ ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร เพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง การหลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องปรุงรสเค็มจัด การปรุงอาหารด้วยวิธีต้ม นึ่ง ย่าง อบ แทนการทอด การเติมนมพรมันเนยหรือนมถั่วเหลือง แทนนมที่มีไขมันเต็มส่วน ด้านการออกกำลังกาย เพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับการออกกำลังกายแบบหนัก และการออกกำลังกายด้วยความหนักปานกลาง ด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการจัดการกับความเครียด เพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับ การคิดบวกเมื่อเกิดความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ (Positive or Negative Statement) โดย

ข้อคำถามที่เป็นทางบวกมี 19 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,19,20 และข้อคำถามที่เป็นทางลบมี 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale ) 5 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆเป็นประจำ สม่ำเสมอ 7 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นส่วนใหญ่ หรือ 3-6 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นบางครั้ง หรือ 1-2 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ นานๆครั้ง หรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลยในระยะเวลา 1 เดือน

การให้คะแนนแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) คือ

คะแนนช่วง 20.0 – 46.66	หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับไม่เหมาะสม
คะแนนช่วง 46.67 – 73.33	หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสม
คะแนนช่วง 73.34 – 100.0	หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจรายด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร มีจำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) คือ

คะแนนช่วง 6.0 – 14.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับไม่เหมาะสม
คะแนนช่วง 14.01 - 22.0	หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ใน

ระดับเหมาะสม

คะแนนช่วง 22.01 – 30.0 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจรายด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย มีจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) คือ

คะแนนช่วง 5.0 – 11.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับไม่เหมาะสม

คะแนนช่วง 11.67 – 18.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสม

คะแนนช่วง 18.34 – 25.0 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจรายด้าน ได้แก่ ด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีจำนวนข้อคำถาม 2 ข้อ ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) คือ

คะแนนช่วง 2.0 – 4.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับไม่เหมาะสม

คะแนนช่วง 4.67 – 7.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสม

คะแนนช่วง 7.34 – 10.0 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจรายด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการกับความเครียด มีจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ โดยมีข้อคำถามที่เป็นทางบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 14,15,16,17 และข้อคำถามที่เป็นทางลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 18 ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) คือ

คะแนนช่วง 5.0 – 11.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับไม่เหมาะสม

คะแนนช่วง 11.67–18.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสม

คะแนนช่วง 18.34 – 25.0 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจรายด้าน ได้แก่ ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มีจำนวนข้อคำถาม 2 ข้อ ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) คือ

คะแนนช่วง 2.0 – 4.66	หมายถึง	มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับไม่เหมาะสม
คะแนนช่วง 4.67 – 7.33	หมายถึง	มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสม
คะแนนช่วง 7.34 – 10.0	หมายถึง	มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ได้รับการแก้ไขแล้วตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรศาสตร์หัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา หรือ Content Validity Index : CVI (Polit and Beck, 2004) ซึ่งสามารถคำนวณได้จากสูตร

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

ระดับการแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมี 4 ระดับ คือ 1, 2, 3, 4 ซึ่งแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย
- 2 หมายถึง มีความสอดคล้องน้อย คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงจึงจะมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย
- 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

#### 4 หมายถึง คำถามมีสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โดยค่า CVI มีค่าระหว่าง 0-1.0 ค่าที่ยอมรับได้ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 โดยแบ่งเป็นเกณฑ์ ดังนี้ (Polit and Beck, 2004)

≥ 0.80-0.99 หมายถึง ระดับดี (Good)

1.00 หมายถึง ระดับดีเยี่ยม (Excellent)

หากค่าที่ได้ต่ำกว่าเกณฑ์ผู้วิจัยจะต้องพิจารณาปรับแก้หรือตัดข้อคำถามนั้นทิ้ง

จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้มีความสมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แบบสอบถามความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ .90, 1.0, 1.0, .94, .94, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ

#### สรุปข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1. แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการจำนวน 7 ข้อ และผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้ตัดข้อคำถามข้อ 10 ผู้ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพเลย และเพิ่มข้อคำถาม คือ ท่านมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ในอนาคต

2. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ จำนวน 4 ข้อ

3. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ จำนวน 4 ข้อ

4. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ข้อ และผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้ตัดข้อคำถามข้อ 4 คือ ท่านคิดว่าการออกกำลังกายไม่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย และเพิ่มข้อคำถาม คือท่านคิดว่าการออกกำลังกายเป็นเรื่องที่กระทำได้อย่าง เนื่องจากต้องมีเสื้อผ้า อุปกรณ์กีฬาและมีสถานที่ที่ใช้ในการออกกำลังกาย

5. แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ข้อ และผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้ตัดข้อคำถามข้อ 8 คือ เมื่อท่านเกิดความเครียดท่านมักจะปรึกษากับ



หน่วยงานที่มีบริการรองรับ เช่น สายด่วนคลายเครียด เป็นต้น และเพิ่มข้อความถาม คือ ท่านรู้จักแหล่งให้ความช่วยเหลือหรือหน่วยงานที่มีบริการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด เช่น บริการสายด่วนคลายเครียด เป็นต้น และตัดข้อความข้อ 9 คือ ท่านมักจะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ และเพิ่มข้อความถาม คือ เมื่อท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านมักจะได้รับความแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์

6. แบบสอบถามความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านได้ให้เสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ข้อ

7. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านได้ให้เสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ข้อ

## 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 8 ส่วนที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบ่งเกณฑ์ระดับความเที่ยงของเครื่องมือ (DeVellis, 1999) ได้ดังนี้

ระดับของความเที่ยง	การแปลผล
< .60	ไม่สามารถยอมรับได้
.60-.65	ต่ำ
.65-.70	ค่อนข้างพอใช้
.70-.80	พอใช้
.80-.90	ดี
>.90	ดีเยี่ยม

โดยที่แบบสอบถามทั้ง 7 ชุด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอยู่ในระดับพอใช้และระดับที่ดี ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

## ตารางที่ 2 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (ทดลองใช้)
แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	.79
แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค	.80
แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	.73
แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	.90
แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค	.77
แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค	.78
แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	.82

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการฯ แล้วจึงนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ตัวอย่างเครื่องมือ และเอกสารรับรองโครงการวิจัยที่ออกโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงอธิการบดีมหาวิทยาลัย ทั้ง 3 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากอธิการบดีของแต่ละมหาวิทยาลัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบฝ่ายพัฒนาบุคลากรของแต่ละมหาวิทยาลัย เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. การรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อ และสถานที่ปฏิบัติงานตามที่ฝ่ายพัฒนาบุคลากรของแต่ละมหาวิทยาลัยได้ให้ไว้ โดยแจกแบบสอบถามให้แก่บุคลากรมหาวิทยาลัยทั้งสิ้นจำนวน 400 ชุด และได้รับแบบสอบถามคืนมาทั้งสิ้น 360 ชุด โดยผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของแบบสอบถามพบว่า มีแบบสอบถามที่ตอบข้อความไม่ครบถ้วนจำนวน 35 ชุด ดังนั้นเหลือแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 325 ชุด โดยเป็นแบบสอบถามจากบุคลากรของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 210 ชุด จากบุคลากรของสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง จำนวน 60 ชุด

และจากบุคลากรของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี จำนวน 55 ชุด ได้เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และติดตามแบบสอบถามคืนภายใน 15-20 วัน ผู้วิจัยได้แนบซองจดหมายพร้อมทั้งตราไปรษณียากรเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามกลับคืนมายังผู้วิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ติดตามรับแบบสอบถามบางส่วนคืนกับกลุ่มงานสารบรรณของแต่ละมหาวิทยาลัย เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนได้ส่งแบบสอบถามกลับมายังฝ่ายสารบรรณของหน่วยงานที่ตนเองได้สังกัดอยู่ที่ เนื่องจากไม่สะดวกในส่งแบบสอบถามกลับคืนมายังผู้วิจัยทางไปรษณีย์

4. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้จะขอรับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยจะเข้าพบฝ่ายพัฒนาบุคคลของมหาวิทยาลัย ทั้ง 3 แห่งที่จะใช้ทำการเก็บข้อมูลซึ่งถือว่าเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งแนะนำตัวต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เอกสารชี้แจงแนะนำข้อมูล เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและสิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยคั้งนี้ และให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมการเข้าร่วม พร้อมทั้งลงนามเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ ให้ความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างว่า ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาคั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผลการวิจัยจะออกมาเป็นภาพรวมเพื่อนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์หยุดหรือยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ หรือเห็นว่าการกระทำดังกล่าวไม่มีผลประโยชน์อย่างใดต่อกลุ่มตัวอย่าง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากแบบสอบถามนำมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดคั้งนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน สถานภาพสมรส วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) ระหว่างระหว่างปัจจัยด้านเพศ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression ) และสร้างสมการทำนาย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และศึกษาปัจจัยศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จากปัจจัยด้านเพศ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำนวน 325 คน ผลการวิจัยนำเสนอโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 2 การรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จากปัจจัยด้านเพศ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

**ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร**

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี (n=325)

คุณลักษณะของบุคลากรมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	70	21.5
หญิง	255	78.5
<b>ช่วงอายุ</b>		
27 – 37 ปี	125	38.47
37.01 – 48 ปี	152	46.77
48.01 - 58 ปี	48	14.76
อายุเฉลี่ย $\bar{X}$ = 39.58 S.D.= 7.5 (Min = 27 , Max = 58)		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	125	38.5
คู่/อยู่ด้วยกัน	182	56.0
หม้าย/หย่า	12	3.7
แยกกันอยู่	6	1.8
<b>ระดับการศึกษา</b>		
มัธยมศึกษา/ ปวช.	6	1.8
อนุปริญญา/ ปวส.	11	3.4
ปริญญาตรี	231	71.1
ปริญญาโท	49	15.1
ปริญญาเอก	28	8.6

**ตารางที่ 3** (ต่อ) จำนวนและร้อยละของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี (n=325)

คุณลักษณะของบุคลากรมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร	จำนวน	ร้อยละ
<b>บุคลากรสายวิชาการ</b>		
อาจารย์	24	7.4
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	6	1.8
รองศาสตราจารย์	4	1.2
<b>บุคลากรสายสนับสนุน</b>		
เจ้าหน้าที่ฝ่ายวิชาการ	80	24.6
เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารและธุรการ	211	65.0
<b>ดัชนีมวลกาย</b>		
< 18.5 (ผอม)	18	5.5
18.5 – 22.99 (ปกติ)	201	61.8
23.0 – 24.99 (ท้วม/โรคอ้วนระดับ 1 )	51	15.7
25.0 – 29.99 (อ้วน/โรคอ้วนระดับ 2)	36	11.1
> 30.0 (อ้วนมาก/โรคอ้วนระดับ 3)	19	5.8
<b>โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์</b>		
ไม่มีโรคประจำตัว	225	69.2
ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย	38	11.7
เบาหวาน	7	2.2
ความดันโลหิตสูง	13	4.0
ไขมันในเลือดสูง	11	3.4
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	3	0.9
เบาหวานและไขมันในเลือดสูง	3	0.9
เบาหวาน ความดันโลหิตและไขมันในเลือดสูง	5	1.5

**ตารางที่ 3** (ต่อ) จำนวนและร้อยละของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี (n=325)

คุณลักษณะของบุคลากรมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร	จำนวน	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ต่อ)</b>		
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	5	1.5
อื่นๆ	15	4.6
<b>ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว</b>		
<b>ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ</b>		
ไม่มี	40	12.3
มี	285	87.7
<b>การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี</b>		
ตรวจเป็นประจำและสม่ำเสมอทุกปี	193	59.3
เคยตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอ	118	36.3
ไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี	14	4.3

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำนวน 325 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 78.5 มีอายุเฉลี่ย 39.58 ปี มีสถานภาพคู่/อยู่ด้วยกันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 การศึกษาอยู่ในระดับชั้นปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.1 ปฏิบัติงานเป็นเจ้าหน้าที่ฝ่ายวิชาการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.6 ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5 - 22.99 (ปกติ) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.8 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 69.2 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 87.7 และเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีโดยตรวจเป็นประจำและสม่ำเสมอทุกปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.3



ส่วนที่ 2 การรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร  
มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค  
หลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร (n=325)

การรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมการป้องกัน			
โรคหลอดเลือดหัวใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	25.93	5.46	ระดับปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	27.42	2.66	ระดับปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	29.21	3.62	ระดับปานกลาง
การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค	18.72	3.96	ระดับต่ำ
ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค	24.78	3.55	ระดับปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อการ ป้องกันโรค	23.91	3.82	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร มี  
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน  
โรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ  
เพื่อการป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 25.93, 27.42, 29.21, 24.78, 23.91, S.D. = 5.46,  
2.66, 3.62, 3.55, 3.82) ส่วนการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค พบว่า อยู่ใน  
ระดับต่ำ ( $\bar{X}$  = 18.72, S.D. = 3.96)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำแนกรายด้านและโดยรวม (n=325)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	ช่วงคะแนน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการบริโภคอาหาร	6.00 – 30.00	17.21	2.82	เหมาะสม
ด้านการออกกำลังกาย	5.00 - 20.00	12.03	3.08	เหมาะสม
ด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	2.00 - 10.00	6.38	1.39	เหมาะสม
ด้านการจัดการกับความเครียด	5.00 – 25.00	15.45	2.52	เหมาะสม
ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี	2.00 – 10.00	5.94	1.52	เหมาะสม
โดยรวม	20.00 – 100	63.93	7.54	เหมาะสม

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X}$  = 63.93, S.D. = 7.54 )

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจทุกด้าน อยู่ในระดับเหมาะสม โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการบริโภคอาหาร ( $\bar{X}$  = 17.21, S.D. = 2.82) รองลงมาคือ ด้านการจัดการกับความเครียด ( $\bar{X}$  = 15.45, S.D. = 2.52) ด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{X}$  = 12.03, S.D. = 3.08) ด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ( $\bar{X}$  = 6.38, S.D. = 1.39) และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี ( $\bar{X}$  = 5.94, S.D. = 1.52)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จากปัจจัยด้านเพศหญิง อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ขั้นที่	ตัวทำนาย	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	F	p-value
1	การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.560	.314	.312	147.028	.000
2	ความสามารถของตนเอง ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ	.600	.360	.356	90.174	.000
3	การรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ การรับรู้ต่ออุปสรรค	.628	.394	.388	69.072	.000
4	การรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ การรับรู้ต่ออุปสรรค เพศ(หญิง)	.647	.418	.411	57.215	.000

F = 57.215 (p < .05)

ตารางที่ 6 พบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร มีทั้งสิ้น 4 ตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และเพศหญิง โดยตัวแปรทั้ง 4 สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ร้อยละ 41.1

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จากปัจจัยด้านเพศหญิง อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และเพศ ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธี Stepwise multiple regression (n=325)

	ตัวทำนาย	b	S.E.b	Beta	t	p-value
1	การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.791	.104	.402	7.610	.000
2	ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ	.549	.109	.257	5.039	.000
3	การรับรู้ต่ออุปสรรค	-.350	.084	-.184	-4.180	.000
4	เพศหญิง	2.913	.792	.159	3.676	.000
	Constant	35.693	3.249		10.986	.000

R = .647      Adjusted R<sup>2</sup> = .411      S.E. = 5.786

จากตารางที่ 7 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน พบว่าความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .402 รองลงมาคือ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .257 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ -.184 และเพศหญิง มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .159 ตัวแปรทั้ง 4 สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .647 (R = .647) และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ 5.7 (S.E. = 5.786)

โดยสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ดังนี้

### สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 38.605 + .791X_1 + 549X_2 - .350X_3 + 2.913X_4$$

Y = พหุติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

X<sub>1</sub> = การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

X<sub>2</sub> = ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

X<sub>3</sub> = การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

X<sub>4</sub> = เพศ (หญิง)

### สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Zy = .402Z_{X_1} + .257Z_{X_2} - .184Z_{X_3} + .159Z_{X_4}$$

y = พหุติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

X<sub>1</sub> = การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

X<sub>2</sub> = ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

X<sub>3</sub> = การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

X<sub>4</sub> = เพศ (หญิง)

## บทที่ 5

### สรุปผลวิจัยอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จากปัจจัยด้านเพศ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จากปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

#### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศหญิง และ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ที่อยู่ภายใต้สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยเดิม) จังหวัดกรุงเทพมหานคร ทั้งสายวิชาการและสายสนับสนุน จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2556) ที่มีอายุระหว่าง 26-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำนวน 3 แห่ง ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี ที่มีอายุระหว่าง 26-59 ปี จำนวน 325 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 8 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ตำแหน่งการปฏิบัติงาน โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ McClendon (2011) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ McClendon (2011) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Weston (2008) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Weston (2008) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ McClendon (2011) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ McClendon (2011) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน สถานภาพสมรส วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) ระหว่างระหว่างเพศหญิง อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression ) และสร้างสมการทำนาย



## สรุปผลการวิจัย

1. ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับรัฐ กรุงเทพมหานครโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 63.93$ , S.D. = 7.54)

2. การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และเพศ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 41.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ดังนี้

### สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 38.605 + .791X_1 + 549X_2 - .350X_3 + 2.913X_4$$

Y = พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

X<sub>1</sub> = การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

X<sub>2</sub> = ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

X<sub>3</sub> = การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

X<sub>4</sub> = เพศ (หญิง)

### สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Xy = .402Z_{X_1} + .257Z_{X_2} - .184Z_{X_3} + .159Z_{X_4}$$

y = พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

X<sub>1</sub> = การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

X<sub>2</sub> = ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

X<sub>3</sub> = การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

X<sub>4</sub> = เพศ (หญิง)

## การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย

### 1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 63.93$ , S.D. = 7.54) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจทุกด้านอยู่ในระดับเหมาะสม คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี ( $\bar{X} = 17.21, 12.03, 6.38, 15.45, 5.94$ , S.D. = 2.82, 3.08, 1.39, 2.52, 1.52) สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับยุทธศาสตร์เน้นให้มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคต่างๆผ่านบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาล รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ นิตยสาร หนังสือพิมพ์ และอินเทอร์เน็ต มุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง และสามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงโดยที่ไม่เกิดความเจ็บป่วย จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 71.1 รองลงมา มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 15.1 ทำให้มีความสามารถในการค้นคว้าหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคต่างๆได้ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 39.58 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีร่างกายแข็งแรง กระตือรือร้น มีความสนใจ และมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการป้องกันโรคต่างๆ ทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงออกและปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างเหมาะสม เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจรายด้านทั้ง 5 ด้าน สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

## 1. ด้านการบริโภคอาหาร

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 17.21$ , S.D. = 2.82) ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการบริโภคอาหารนั้นเป็นการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เค็มจัด หวานจัด รวมทั้งรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูงเป็นประจำ (McClendon, 2011) สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจุบันมีการรณรงค์ในเรื่องการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจในด้านการบริโภคอาหารผ่านทางประชาสัมพันธ์ผ่านบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล สื่อสารมวลชนต่างๆ เช่น แผ่นพับ นิตยสาร หนังสือ วารสาร รวมทั้งอินเทอร์เน็ต ซึ่งการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้นั้นเป็นการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยแต่ละหมู่ควรเลือกรับประทานให้หลากหลายชนิด ไม่ซ้ำซาก รับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสมกับการใช้พลังงานในแต่ละวัน (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 71.1 รองลงมามีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 15.1 สามารถเข้าใจข้อมูลข่าวสารต่างๆ เรียนรู้เรื่องโรค และเข้าใจแผนการรักษาได้ดี จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ถูกต้องและเหมาะสม เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงโดยปฏิบัติเป็นบางครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.5 มีการหลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องปรุงรสเค็มจัดโดยปฏิบัติเป็นบางครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.4 และมีการรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำโดยปฏิบัติบ่อยครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Baldwin (2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารของประชากรวัยผู้ใหญ่เพศหญิง ในรัฐมอนทานา สหรัฐอเมริกา จำนวน 250 คน ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 2.51$ , S.D. = 0.22) และการศึกษาของอัญชลี จันทร์สอาด (2546) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของครูสตรีวัยกลางคน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,150 คน ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 3.0$ , S.D. = 0.42)

## 2. ด้านการออกกำลังกาย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 12.03$ , S.D. = 3.08) ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการออกกำลังกาย เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายในระดับที่เกิดประโยชน์ต่อ

ร่างกายและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เช่น การออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์(American Heart Association, 2011) อีกทั้งยังรวมถึงการออกแรงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายที่เป็นแบบแผน เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน เต้นแอโรบิก เป็นต้น ซึ่งต้องออกกำลังกายด้วยความแรงระดับปานกลางถึงหนัก ต่อเนื่องประมาณ 20 นาที วันเว้นวัน จะเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพสูงสุด (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ซึ่งภายในองค์กรได้มีการจัดมีสถานที่และอุปกรณ์กีฬาที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ทำให้เกิดความสะดวกสบาย ประหยัดเวลา และไม่สิ้นเปลืองงบประมาณในการออกกำลังกาย นอกจากนี้ทั้งภาครัฐบาลและเอกชนได้มีการจัดสถานที่และอุปกรณ์กีฬาอย่างทั่วถึงเพื่อให้ประชาชนสามารถออกกำลังกายได้ เช่น ลานกีฬาในชุมชน หมู่บ้าน หรือภายในอาคารชุด สวนสาธารณะ หรือในห้างสรรพสินค้า รวมถึงการรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆว่าการออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกายจะช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างจึงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านออกกำลังกายอยู่ในระดับเหมาะสม เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์โดยปฏิบัติบางครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.4 มีการออกกำลังกายด้วยความหนักปานกลาง เช่น เดินเร็ว ปั่นจักรยาน โยคะโดยปฏิบัติบางครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.5 และมีการออกแรงในกิจวัตรประจำวัน เช่น ขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์โดยปฏิบัติบ่อยครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.6 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Baldwin (2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชากรวัยผู้ใหญ่เพศหญิง ในรัฐมอนทานา สหรัฐอเมริกา จำนวน 250 คน ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 2.2$ , S.D. = 0.22) และการศึกษาของอัญชลี จันทร์สอาด (2546) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของครูสตรีวัยกลางคน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,150 คน ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 2.66$ , S.D. = 0.36

### 3. ด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 6.38$ , S.D. = 1.39) ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นการ

หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการรับควันบุหรี่จากบุคคลอื่น และการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ เป็นต้น(American Heart Association, 2011)

เมื่อพิจารณาด้านการสูบบุหรี่ สามารถอธิบายได้ว่า จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกมีการรายงานว่าการที่ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่เฉลี่ยปีละ 4 ล้านคน อีกทั้งบุหรี่ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง และเส้นเลือดในสมองตีบในประเทศไทยบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 42,000 คน เฉลี่ยวันละ 115 คน (ศูนย์ข้อมูล มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2550) ในปัจจุบันได้มีการรณรงค์ถึงอันตรายของบุหรี่ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือ แผ่นพับ วารสาร อินเทอร์เน็ต รวมทั้งยังมีการนำเสนอภาพและข้อความบนบรรจุภัณฑ์ของบุหรี่เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารดังกล่าวเกิดการรับรู้ และตระหนักถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ จึงมีการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการสูดดมควันบุหรี่ และมีพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการสูบบุหรี่อยู่ในระดับเหมาะสม เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่โดยปฏิบัติอย่างเป็นประจำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.7 รองลงมาปฏิบัติบ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 25.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ Weston (2008) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ต่ออุปสรรคกับพฤติกรรมกำบังโรคของประชากรวัยผู้ใหญ่ที่เข้ามารับการตรวจสุขภาพในโรงพยาบาลรัฐบาล ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 220 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่อยู่ในระดับเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 54.5

เมื่อพิจารณาด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สามารถอธิบายได้ว่า จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกมีการรายงานว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยได้มากถึง 60 โรค รวมถึงส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวม การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเส้นเลือดในสมองตีบ โรคเบาหวาน โรคมะเร็งตับ รวมทั้งอุบัติเหตุทางจราจร (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณมากและต่อเนื่องเป็นประจำ ส่งผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดเช่น การทำงานของหัวใจเสื่อมลง การเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เจ็บหน้าอก จนอาจทำให้เสียชีวิตแบบเฉียบพลันได้ (ดิกล ภิโยทัย, 2549) ปัจจุบันได้มีการรณรงค์ถึงอันตรายของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือ แผ่นพับ วารสาร และอินเทอร์เน็ต เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารดังกล่าวเกิดการรับรู้ และตระหนักถึงอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จึงมีการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มี

แอลกอฮอล์ และมีพฤติกรรมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับเหมาะสม เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการหลีกเลี่ยงการดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.3 รองลงมาเป็นการปฏิบัติบ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 21.2 สอดคล้องกับผลการศึกษาของอัญชลี จันทร์สอาด (2546) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจของครูสตรีวัยกลางคน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,150 คน ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 3.31$ , S.D. = 0.95)

#### 4. ด้านการจัดการกับความเครียด

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 15.45$ , S.D. = 2.52) ซึ่งพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการจัดการกับความเครียด เป็นการมีกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด รวมทั้งการแสดงพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (American Heart Association, 2011) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่/อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 56 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีบุคคลที่คอยดูแลเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ ช่วยกันประคับประคอง รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาซึ่งกันและกันในยามที่เกิดความเครียด ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับที่เหมาะสม เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีความเครียดจะปรึกษาบุคคลที่ไวใจได้โดยปฏิบัติบ่อยครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44 มีวิธีจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม เช่น นั่งสมาธิ อ่านหนังสือโดยมีการปฏิบัติบ่อยครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2 และมีการใช้ยาคลายเครียดหรือยานอนหลับโดยมีการปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2 สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุจิตรา เหมวิเชียร (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน จำนวน 200 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.83$ , S.D. = 0.39) และการศึกษาของ Baldwin (2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดประชากรวัยผู้ใหญ่เพศหญิง ในรัฐมอนทานา สหรัฐอเมริกา จำนวน 250 คน ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 2.28$ , S.D. = 0.32)

## 5. ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการตรวจสุขภาพประจำปี อยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X}$  = 5.94, S.D. = 1.52) ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการตรวจสุขภาพประจำปี การปฏิบัติในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ โดยกระทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อคัดกรองโรคและตรวจหาความผิดปกติของร่างกาย (American Heart Association, 2011) ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 69.3 และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 87.7 และมีดัชนีมวลกายอยู่เกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 61.8 จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมองว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดี มีความเสี่ยงน้อยในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับเหมาะสม เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีโดยปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41 รองลงมา มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 27.8 สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุจิตรา เหมวิเชียร (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน จำนวน 200 คน ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.13, S.D. = 0.92)

**2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จากปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค**

ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Beta = .399, p < .05) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Beta = .258, p < .05) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Beta = -.182, p < .05) และเพศหญิง (Beta = .133, p < .05) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครได้ร้อยละ 41.1 (Adjusted R<sup>2</sup> = .411) โดยตัวแปรความสามารถการรับรู้ของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุด โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

กรุงเทพมหานครได้ร้อยละ 31.2 (Adjusted  $R^2 = .312$ ) และปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนาย รองลงมา ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรค และเพศหญิง ทั้งนี้จึงกล่าวได้ว่าบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครมี แนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หากมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสูง มีปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสูงมีการรับรู้ต่ออุปสรรคของ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคต่ำ และเป็นเพศหญิง

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสูงมีแนวโน้มที่จะ กระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจาก เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการคาดการณ์ของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามจุดมุ่งหมาย ที่กำหนดไว้ได้สำเร็จมากน้อยเพียงใด ซึ่งการที่บุคคลจะกระทำกิจกรรมให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายได้ ด้วยตนเองต้องเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองว่ามีความสามารถมากพอที่จะกระทำ พฤติกรรมการป้องกันโรค (Becker et al, 1988) ปัจจัยรองลงมาที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ได้แก่ ปัจจัย กระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ทั้งนี้หากบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ที่ มีปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสูงมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจเนื่องจาก เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรค ออกมา ซึ่งปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มี 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้นภายใน เช่น การ รับรู้สภาวะของร่างกายของตนเอง ทั้งในด้านอาการและอาการแสดงของโรค หรือความเจ็บป่วยที่เกิด ขึ้นกับร่างกาย และปัจจัยกระตุ้นภายนอก เช่น การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน ร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร แผ่นพับ หรือ อินเทอร์เน็ต ซึ่งปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรคเป็นปัจจัยที่สามารถกระตุ้นให้กระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (Becker et al, 1988)

ส่วนการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วม ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครได้เช่นกัน แต่พบในระดับต่ำ เนื่องจาก เป็นปัจจัยที่ขัดขวางการแสดงพฤติกรรม การป้องกันโรค ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นก่อให้เกิด ความไม่สุขสบาย ความเกิดปวด เสียค่าใช้จ่ายสูง หรือเสียเวลา ก็จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจออกมาอย่างไม่เหมาะสม (Becker et al, 1988) ทั้งนี้บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับ ของรัฐ กรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคต่ำมีแนวโน้มที่จะ



กระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับที่สูงและเหมาะสม และปัจจัยลำดับสุดท้ายที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร แต่พบว่ามีความสามารถในการทำนายได้ต่ำสุด เนื่องจากเพศเป็นสิ่งที่บ่งบอกความแตกต่างด้านร่างกาย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลตนเอง และยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (Becker et al, 1988) การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kang (2010) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคและการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 157 คน ที่พบว่า ปัจจัยด้านอายุ การศึกษา การสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับโรค และความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การศึกษาของ Ali (2002) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในประชากรเพศหญิง จำนวน 178 คน ที่พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 76 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของสุจิตรา เหมวิเชียร (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน จำนวน 200 คน ที่พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการของ Najarkolaei (2012) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของนักศึกษามหาวิทยาลัย ประเทศอิหร่าน จำนวน 368 คน ที่พบว่า เพศ ความรู้เรื่องโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 23 โดยเพศมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ต่ำสุด ( $Beta = -.234, p < .001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สำหรับตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ได้แก่ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 39.58 ปี มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกันจึงทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจออกมาได้อย่างเหมาะสมในระดับใกล้เคียงกัน รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พฤติกรรมการป้องกันโรคที่กำลังปฏิบัติอยู่นั้นมีความเหมาะสมอยู่แล้ว และตนเองมีสุขภาพดี พฤติกรรมป้องกันที่กำลังปฏิบัติอยู่นั้นอาจไม่ได้ส่งผลให้เกิดประโยชน์ในแง่ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมากนัก ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างยังถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี เห็นได้จากการที่กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่ร้อยละ 69.2 ไม่มีโรคประจำตัว ทำให้มีการรับรู้ที่ตนเองมีความเสี่ยงน้อยในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือเห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจจึงเป็นเรื่องไกลตัว และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจก็สามารถรักษาได้เนื่องการมีความก้าวหน้าและวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่ทันสมัย ทำให้ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจออกมาในระดับเหมาะสมมาก เห็นได้จากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเพียงระดับเหมาะสม ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์หัตถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอนทำให้ตัวแปรอายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ไม่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการ และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครได้

ผลการศึกษานี้สามารถสรุปได้ว่า ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และเพศหญิงสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครได้ร้อยละ 41.1 ซึ่งสนับสนุนบางส่วนของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker et al, 1988) และที่เหลืออีกร้อยละ 58.9 อาจเป็นผลมาจากปัจจัยด้านอื่นๆ ซึ่งควรทำการศึกษาต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าพฤติกรรมด้านอาหารบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการจัดการกับความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี อยู่ในระดับเหมาะสม ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคที่จัดขึ้นนั้นจึงควรเป็นกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

2. จากผลการศึกษานี้พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และเพศหญิง สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครได้ โดยปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูงสุด จึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เน้นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค โดยให้ครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน รวมทั้ง

บุคลากรด้านการแพทย์และพยาบาล เข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่จัดขึ้นนั้นจะต้องมีความเหมาะสมตามเพศ เพื่อส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจให้เหมาะสม และไม่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้นต่อไปในอนาคต

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในเชิงทดลอง ด้วยการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เน้นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค โดยให้ครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งบุคลากรด้านการแพทย์และพยาบาล เข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่จัดขึ้นนั้นจะต้องมีความเหมาะสมตามเพศของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครได้

2. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรมหาวิทยาลัยที่ปฏิบัติงานในภูมิภาคอื่นๆ เนื่องจากแบบแผนการดำเนินชีวิตของประชากรที่อาศัยอยู่ในเมืองหลวง อาจส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความเหมาะสมและสามารถปรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- การกีฬาแห่งประเทศไทย. (2537). **คู่มือการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย. กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **ยาเสพติดให้โทษ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กลุ่มพัฒนาระบบ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.
- กองแผนงาน สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2551). **รายงานการวิเคราะห์แผนงานและงบประมาณ**. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กองสุขศึกษาศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). **ปรับพฤติกรรมเปลี่ยนสุขภาพคนไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- คณะกรรมการโครงการจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพคนเมือง กรุงเทพมหานคร. (2556). **แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพคนเมือง กรุงเทพมหานคร 2553-2556**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วันไพน์เดย์.
- คมคาย ตันท์พันธุ์กุล. (2548). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ของหญิงหลังคลอดโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศิริมาส อเต็นต้า. (2545). **การรับรู้ความเครียดในการทำงานและความเครียดทั่วไปของพนักงานธนาคารเฉพาะกรณีพนักงานธนาคารไทยพาณิชย์ สำนักงานใหญ่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จินดาพร ศิลาทอง. (2553). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยง ในชุมชนบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- จุฑามาศ คชโคตร. (2554). **พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทิรา ทรงเต๊ะ. (2554). **พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชาวมุสลิม ในชุมชนมีสุวรรณ 3**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชินานนท์ ชูสกุล. (2549). **ความเครียดในการทำงานของพนักงานออมสินเขตชัยภูมิ**. วิทยานิพนธ์

ปริญญาหมาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขศึกษาศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
มหาสารคาม.

- โชษิตา เต็มยอด. (2557). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลบางแก้ว จังหวัดพัทลุง.** วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2(1): 1-12
- ดิลก ภโยทัย. (2549). **นิตยสารหมอชาวบ้าน เล่มที่ 253.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นุชรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์. (2549). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขศึกษาศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นพรัตน์ ธนะชัยจันทร์. (2543). **ความก้าวหน้าในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ พื้นฟูวิชาการอายุรศาสตร์ เชียงใหม่.** พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- ณัฐนิชา โปธิกันัน. (2552). **การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล. (2551). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ประคอง วรรณสูตร. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปานจิต นามพลกรัง. (2547). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาหนัน พิษยภิญโญ. (2558). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด.** วารสารระบบสาธารณสุข. 9(2): 98-108.
- ปิยาภรณ์ นิกข์นิภา. (2549). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ**

- เจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญา**  
**มหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขศึกษาศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.**  
**เมธิกานต์ ทิมลนีย์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด**  
**ในพนักงานทำความสะอาดก่อนหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต.**  
**สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- เรืองศักดิ์ ศิริผล. (2542). การออกกำลังกายกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน**  
**โรคหัวใจขาดเลือด:การทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน. พิมพ์**  
**ครั้งที่1. นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.**
- ลดวัลย์ ประทีปชัยกูร. (2550). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร**  
**: กรณีศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญา**  
**มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.**
- วรรณวิมล เมฆวิมล. (2554). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร**  
**ในมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการแพทย์**  
**แผนไทยประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.**
- วารภรณ์ นาครรัตน์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการ**  
**เผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชา**  
**จิตวิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- วิศาล คันธารัตนกุล. (2543). เวชศาสตร์ในการฟื้นฟูโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :**  
**มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- วิชญ์ สุภสร. (2546). การรับรู้การตรวจสุขภาพประจำปีของประชาชนในตำบลโคกจาน อำเภอ**  
**ตรากาลพิซผล จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชา**  
**สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- วีระพันธ์ ไชวิฑูรกิจ. (2553). แนวทางวินิจฉัยและรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. Clinical**  
**Practice Guideline 2010. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์**  
**มหาวิทยาลัย.**
- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. การพยาบาลอายุรศาสตร์.**  
**พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพลส.**
- ศุมารตรี ทุงจันทร์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากร**  
**มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุข**  
**ศึกษาศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.**
- ศูนย์ข้อมูล มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2550). สถิติการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตการสูบบุหรี่.**

- พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- สนอง เพชรคง. (2541). **พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท** มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิต. สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สมจิตร หนูเจริญกุล. (2543). **การส่งเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครศรีธรรมราช: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.**
- สมทรง จุไรทัศน์ย์. (2540). **การจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: การดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง. ในรายงานการประชุมวิชาการเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง, หน้า 100-110. 22-24 เมษายน 2540 ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- สหพันธ์ วิทยุธีระนันท์. (2541). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วารสารการพยาบาล. 47: 107-116 .**
- สินีนานู อนุสกุล. (2545). **ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- สุจิตรา เหมวิเชียร. (2549). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.**
- สุดารัตน์ กางทอง. (2552). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขศึกษาศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.**
- สุทัสสา ทิจะยัง. (2553). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.**
- สุพัฒนา คำสอน. (2555). **การพัฒนาเครื่องมือวัดสมรรถนะแห่งตนสำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของสตรีวัยกลางคน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- สุภาภรณ์ อนุรักษ์อุดม. (2553). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.**
- สุรพันธ์ ลิทธิสุข. (2538). **โรคหลอดเลือดหัวใจและการดูแลรักษา.วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 8: 3-8.**

- สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **สรุปรายงานการป่วย.** กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2556). **รายงานสถิติสาธารณสุข.** กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **ข้อมูลมรณบัตร.** กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด.** พิมพ์ครั้งที่ 1. : กรุงเทพฯ. สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์พระพุทธรูป.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2556). **จุดต่างของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ.** กระทรวงศึกษาธิการ.
- สำนักงานพัฒนาการกีฬาและนันทนาการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. (2552). **การออกกำลังกายในโรคเบาหวาน หัวใจ และความดันโลหิตสูง.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มและแอลกอฮอล์ และผลกระทบต่อประเทศไทย ปี 2556.** เดอะทราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด.
- สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2550). **รายงานสถานการณ์ และแนวโน้มของปัญหาสุขภาพ.** กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2557). **การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทย พ.ศ. 2557.** กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- หน่วยงานเวชระเบียนและสถิติ. **รายงานการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประจำปี พ.ศ.2557.** โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- อภิชาติ สุคนธธรรม และศรัณย์ ควรประเสริฐ. (2547). **New Guideline in Coronary Artery Disease.** เชียงใหม่: ไอแอมอออกแกโนเซอร์.
- อรนุช เขียวสะอาด. (2545). **ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของ**



- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรอนงค์ สัมพันธุ์. (2539). **การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉรา จินายน และ ภัทรา เล็กวิจิตรธาดา. (2553). **แนวคิดหลักการและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล.** สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อัจฉรา บุญมีศิริทรัพย์. (2550). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อัจฉราณี สังชนะ. (2552). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา.** วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 12(1): 1-11.
- อัญชลี จันทร์สอาด. (2546). **การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของครูสตรีวัยกลางคน จังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุขุมล แสนพวง. (2553). **การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

### ภาษาอังกฤษ

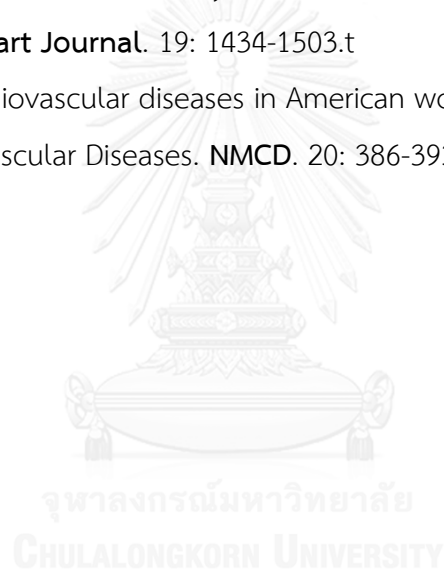
- Ali,N.S. (2002). Prediction of coronary heart disease preventive behaviors in women : a test of the health belief model. **Journal of Women Health.** 35: 83-96..
- Baldwin, S.A. (2014). **Coronary Heart Disease Knowledge, Health Preventive Behaviors and Perceived Benefit and Barrier to Exercise and Healthy Eating in Montana Females.** Master' Thesis. Department of Nursing. Montana State University.
- Becker,M.H. (1974). **The health belief model and personal health behavior.** NewJersey: Slack.

- Becker, M.H., & Rosenstock, I.M. (1984). Compliance with medical advice. In A. Steptoe & A. Matthews (ed.). **Health care and human behavior**. London: Academic Press.
- Becker, M.H., Rosenstock, I.M., & Strecher, V.J. (1988). Social learning theory and The Health Belief Model. **Health Education Quarterly**.15(2): 175-183.
- Beulens, J. E. J., Rimm, E. B., Ascherio, A., Spiegelman, D., Hendriks, H. F. J., & Mukamal, K. J. (2007). Alcohol consumption and risk for coronary heart disease among men with hypertension. **Annals of Internal Medicine**. 146: 10-13.
- Dimsdale, J. E. (2008). Psychological stress and cardiovascular disease. **Journal of the American College of Cardiology (JACC)**. 51: 1237-1246.
- Esselstyn C. (2014). **Prevent and Reverse Heart Disease**. New York : Penguin.
- Elkashouty E. (2012). **Preventive Behavior For Coronary Artery Disease Among Middle Eastern Immigrants**. Doctor dissertation, Department of Nursing, Graduate College, Arizona University.
- Frankenfield, K. (2009). **Health Belief of Coronary Artery Disease for Female College Student**. Master of science in Community Health Education. The School of Health Promotion and Human Performance, Eastern Michigan University.
- Gauman, Y. (2012). **A study of assessing knowledge and health prevention about Coronary Artery Disease among selected undergraduate university students using Health Belief Model**. Doctor dissertation. Department of Nursing, Graduate School, Southern Illinois University.
- Jannigie, G.Z. (2010). Occupational Sitting and Health Risks. **American Journal of Preventive Medicine**. 39(4): 379-388.
- James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison C, Handlcker J, et al. **2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC8)**. JAMA. 2013.
- Kang, Y. (2010). Factor Related to knowledge, Health Belief and Prevention Behavior to the Coronary Artery Disease among Patients with Coronary Artery Disease.

- Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society.** 12(11): 4985-4994.
- Katz, D. L. (1996). **Nutrition in clinical practice.** Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Katzmarzyk, P.T., Church, T.S., Craig, C.L., & Bouchard, C. (2009). Setting time and Mortality From All Causes, Cardiovascular disease and Cancer. **Med Sci Sport Exercise.** 41(5): 998-1005.
- Klinger, M. (1984). Compliance and most M.I. patient. **The Canadian Nurse Journal.** 5: 326-332.
- Kolaei, R. A. (2009). The Implication of Health Belief Model in Planning Educational Programms Preventing Coronary Artery Disease Among University Staff. **Payesh Journal.** 8: 349-359.
- Lucette, K. (1997). Cues to action in the process of changing lifestyle in prevention behavior for coronary artery disease among university staff. **Patient Education and Counseling.** 30: 37-51.
- Luckman. (1987). **Nursing Care of Clients with disorder of Cardiac.** Medical-Surgical Nursing. USA.: W.B.Saunders Company.
- Mackay, J. (2004). **The atlas of Heart disease and Stroke.** Available from: <http://www.who.int/> [2004, July 18].
- Maroof, K. A, Parashar, P., Bansal, & Ahmad, S. (2007). A study on Hypertention among the bank employees of Meerut district of Uttar Pradesh. **Indian Journal of Public Health.** 54: 225-227.
- McClendon, D. (2010). **Perceived Susceptibility of Cardiovascular Disease as a Moderator of Relationships between Perceived Severity and Cardiovascular Disease Health Prevention Behaviors Among Female Registered Nurses.** Doctor dissertation, Department of Nursing, Graduate School, Georgia State University.
- Mobasheri, D, et al. (2010). Determination of Health Belief Model structures and Health Prevention nutritional behaviors Coronary Artery Disease. **Life Science Journal.** 11(9): 441-444
- Mosca, L., Mochari, H., Christian, A., Berra, K., Taubert, K., Mills, Simpson, S. L. (2006).

- National study of women's awareness, prevention action and barrier to cardiovascular health. **Circulation**.113: 525-534.
- Mulders, T. A., Meyer, Z., van der Donk, C., Kroon, A. A., Ferreira, I., Stehouwer, C. D. A., & Pinto-Sietsma. (2011). Patients with premature cardiovascular disease and a positive family history for cardiovascular disease are prone to recurrent event. **Internattional Journal of Cardiology**. 153: 64-67.
- Muhlenkamp,A.F.,&Broeman,N.A. (1988). Health beliefs, health value and positive health Behaviors. **Western Journal of Nursing Research**. 10; 637-646.
- Murfin, R. (2010). **Coronary Artery Disease Knoelaedge and Health Prevention Behaviors in Student Nurses**. Master' Thesis. Department of Nursing, Graduate School, Chester University.
- Najarkolaei, F. (2009). Cardiovascular Disease in Tehran University Student: Application of Health Belief Model. **Iranian Red Crescent Medical Journal**. V17(3):1-6
- Nau DP. (2005). Gender and Perceived severity of cardiac disease. **AM J Med**. 8(11): 1256-1261.
- National Cholesterol Education Program. (2002). Third Repoet of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluatin and Treatment of High Blood Cholesterol in Adult. **Circulation**. 106(31): 400-421.
- Newton, K.M. (1995). **Cardiac Nursing**. Philadelphia : J.B.Lippincott.
- Palank, C.L. (1991). Determinants of heath-promotive behavior: A review of current research. **Nursing Clinical of North American**. 26: 815-832.
- Polit, D.F., Beck, C.T. (2004). **Nursing research : Principles and methods**. (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Robinson T. (2012). **Coronary Artery Diseased and Behaviors of Affrican Americans in selected Cleveland**. Doctor dissertation, Department of Nursing, Graduat School, Georgia State University.
- Salahshcori A. (2014). An assessment of the role of Perceived benefit, Perceived barrier and female university in Iran. **J Edu health Promot**. 3(8): 14-20.
- Scotttish Intercollegiate Guideline Network. (2015). **Prevention of Coronary Artery Diseased for Patients**. Scotttland: Elliott house.

- Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. **J Am Coll Cardiol.** 20(3): 40-45.
- Warren, T.Y.(2010).Sedentary Behavior Increase Risk of Cardiovascular Disease Mortality in Men. **Med Sci Sport Exer.** 42(5): 879-885.
- Weston,M. (2008) . **Identifying Perceptions of Health Prevention Barriers and Benefits in Individuals at risk for Coronary Artery Disease.** Master' Thesis. Department of Nursing, Graduate School, Montana State University.
- Wood D. (1998). Preventive of coronary heart disease in clinical practice. **European Heart Journal.** 19: 1434-1503.t
- Zhang, Y. (2010). Cardiovascular diseases in American women. Nutrition , Metabolism and Cardiovascular Diseases. **NMCD.** 20: 386-393.





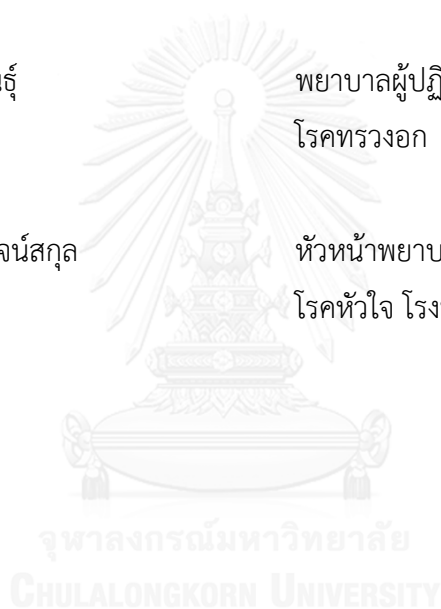
ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

- |   |  |
|---|--|
| 1. นายแพทย์ ภาณุ สมุทรสาคร                | อายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลรามคำแหง                                   |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรนภา หอมสินธุ์ | อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาล<br>เวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปริญญา แร่ทอง       | อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาล<br>ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์    |
| 4. นางอรุณประไพ บัวพันธ์ุ                 | พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สถาบัน<br>โรคทรวงอก                   |
| 5. นางวิไลวรรณ เจนไพโรจน์สกุล             | หัวหน้าพยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนัก<br>โรคหัวใจ โรงพยาบาลรามคำแหง    |





ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่ตอบแบบสอบถาม.....

### แบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

#### ของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

**คำชี้แจง** แบบสอบถามฉบับนี้ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร  
มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร  
มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร  
มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ  
ของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ  
บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของ  
บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร  
มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

หมายเหตุ 1. หากท่านเคยได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ผู้รักษาว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. หากท่านมีอายุน้อยกว่า 26 ปี หรือ มากกว่า 59 ปี

\*\* ไม่ต้องทำแบบสอบถามนี้ โปรดส่งแบบสอบถามคืนแก่ผู้วิจัย\*\*

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่ตอบแบบสอบถาม.....

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

**คำชี้แจง** กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย  $\surd$  ลงใน  เพียงตัวเลือกเดียวที่ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ .....ปี ..... เดือน
3. สถานภาพสมรส  
 โสด  คู่/อยู่ด้วยกัน  หม้าย/หย่า  แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา  
 มัธยมศึกษา / ปวช.  อนุปริญญา / ปวส.  ปริญญาตรี  
 ปริญญาโท  ปริญญาเอก  อื่นๆ ระบุ.....
5. ตำแหน่งการปฏิบัติงาน
  - 5.1 สายวิชาการ  
 อาจารย์  ผู้ช่วยศาสตราจารย์  รองศาสตราจารย์  
 ศาสตราจารย์
  - 5.2 สายสนับสนุน  
 เจ้าหน้าที่ฝ่ายวิชาการ  เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหาร  เจ้าหน้าที่บุคคล  
 เจ้าหน้าที่งานพัสดุ  เจ้าหน้าที่งานธุรการ  เจ้าหน้าที่ฝ่ายบัญชี  
 เจ้าหน้าที่งานสารบรรณ  เจ้าหน้าที่ฝ่ายคอมพิวเตอร์  
 เจ้าหน้าที่ฝ่ายยานพาหนะ  เจ้าหน้าที่งานอาคารและสถานที่  
 เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผนนโยบาย  
 อื่นๆ ระบุ.....
6. น้ำหนัก..... กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร  
 (สำหรับผู้วิจัย) BMI.....

## 7. โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

- ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย
- มีโรคประจำตัว (สามารถระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) เบาหวาน ( ) ความดันโลหิตสูง
- ( ) ไขมันในเลือดสูง ( ) อื่นๆ ระบุ.....
- ไม่มีโรคประจำตัว

## 8. ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

- ไม่มี
- มี

## 9. การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี

- ตรวจเป็นประจำและสม่ำเสมอทุกปี
- เคยตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอ
- ไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร

### มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โปรดอ่านข้อความให้ละเอียด แล้วเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความเห็นตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.ท่านมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเนื่องจากมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคนี้				
2.เมื่อท่านมีอายุมากขึ้น ท่านก็จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
3.การสูบบุหรี่หรือการสูดดมควันบุหรี่ของท่านเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
4.ระดับไขมันในเลือดของท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
5.น้ำหนักตัวของท่านเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
6.ระดับความดันโลหิตของท่านเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
7.การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของท่านจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
8.การรับประทานเค็ม เหนย น้ำอัดลม ขนมหวาน แกงกะทิ อาหารมันๆเป็นประจำของท่านเป็นการเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
9.การไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายแบบไม่สม่ำเสมอของท่านเป็นการเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
10.ท่านมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ในอนาคต				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัย  
ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โปรดอ่านข้อความให้ละเอียด แล้วเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความเห็นตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.โรคหลอดเลือดหัวใจอาจทำให้เสียชีวิตได้หากเข้ารับการรักษาไม่ทันเวลา				
2.โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง				
3.การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นเรื่องที่กระทำได้ยากและมีอันตรายมาก				
4.ผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และจะต้องพึ่งพาผู้อื่น				
5.ผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดหัวใจหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆตามมา เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
6.โรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความรุนแรงของโรคเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้น				
7.โรคหลอดเลือดหัวใจทำให้เกิดความสิ้นเปลือง เพราะต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและมีค่ารักษาพยาบาลสูง				
8.หากท่านมีภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้โรคหลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรงมากขึ้น				
9.หากท่านมีระดับไขมันในเลือดสูงจะทำให้โรคหลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรงมากขึ้น				
10.หากท่านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือเข้ารับการรักษา จะมีความรุนแรงกว่าคนปกติที่อายุเท่ากันและไม่ได้มีโรคประจำตัว				



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร  
มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โปรดอ่านข้อความให้ละเอียด แล้วเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความเห็นตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำจะ ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจ				
2.การงดอาหารรสเค็มจัด หวานจัด และ อาหารที่มีส่วนผสมของแป้งจะช่วยลด ความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจ				
3.การรับประทานผักและผลไม้เป็น ประจำจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจ				
4.การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และสูดดม ควันบุหรี่จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจ				
5.การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์จะช่วยลดความเสี่ยงในการ เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
6. การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
7. การออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
8. การออกกำลังกายในกิจวัตรประจำวัน เช่น ขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์ การเดินแทนการใช้รถยนต์ จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
9. การทำจิตใจให้ผ่อนคลายจากความตึงเครียดจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
10. การตรวจสุขภาพประจำปีจะช่วยคัดกรองโรคและค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ  
บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โปรดอ่านข้อความให้ละเอียด แล้วเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความเห็นตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. อาหารที่มีไขมันต่ำ หวานน้อย เค็มน้อย มีความยุ่งยากในการปรุง				
2. การรับประทานผัก และผลไม้เป็นประจำเป็นเรื่องที่กระทำได้ยาก				
3. ท่านไม่มีเวลาเพื่อใช้ในการออกกำลังกาย				
4. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายเป็นเรื่องที่กระทำได้ยากเนื่องจากต้องมีเสื้อผ้า อุปกรณ์กีฬาและมีสถานที่ที่ใช้ในการออกกำลังกาย				
5. ท่านคิดว่าการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการสูดดมควันบุหรี่เป็นเรื่องที่กระทำได้ยาก				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
6. ท่านคิดว่าการหลีกเลี่ยงการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นเรื่องที่ กระทำได้ยาก				
7. การที่ท่านต้องรับผิดชอบทั้งทำงาน ประจำ และทำงานบ้านทำให้ท่านเกิด ความเครียดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้				
8. งานประจำที่ท่านทำอยู่มีความหนัก มาก ทำให้ท่านไม่สามารถทำกิจกรรม สันทนาการเพื่อผ่อนคลายจากความ เครียดได้				
9. ท่านคิดว่าท่านมีสุขภาพดีอยู่แล้วไม่ จำเป็นต้องการเข้ารับการตรวจสุขภาพ ประจำปี				
10. การตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ ท่านต้องเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่าย เพิ่มขึ้น				

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ  
บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โปรดอ่านข้อความให้ละเอียด แล้วเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

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

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1. สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ รสเค็ม น้อย หวานน้อย				
2. เพื่อน/เพื่อนร่วมงานมักจะชักชวนให้ท่านรับประทานอาหารเช้าเพื่อสุขภาพ				
3. สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยให้ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และสูดดมควันบุหรี่				
4. เพื่อน/เพื่อนร่วมงานมักจะชักชวนให้ท่านไปตี๋มเครื่องตี๋มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ				
5. เมื่อท่านเกิดความเครียดท่านจะปรึกษากับบุคคลที่ท่านรักและไว้ใจได้ เช่น สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนสนิท เป็นต้น				
6. สมาชิกในครอบครัวมักจะชักชวนให้ท่านออกกำลังกายเป็นประจำ				

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
7. เพื่อน/เพื่อนร่วมงานมักจะชักชวนให้ท่านออกกำลังกายในช่วงหลังจากเลิกงาน				
8. ท่านรู้จักแหล่งให้ความช่วยเหลือหรือหน่วยงานที่มีบริการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด เช่น บริการสายด่วนคลายเครียด เป็นต้น				
9. เมื่อท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านมักจะได้รับความแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์				
10. เมื่อต้องการหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ท่านสามารถค้นคว้าได้จากหนังสือวารสาร หรืออินเทอร์เน็ต				

## ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค

### หลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โปรดอ่านข้อความให้ละเอียด แล้วเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

- มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความมั่นใจมากที่สุดว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆได้  
 มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมีความมั่นใจมากกว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น  
 มั่นใจน้อย หมายถึง ท่านมีความมั่นใจน้อยกว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆได้  
 ไม่มั่นใจเลย หมายถึง ท่านไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆได้

ข้อความ	มั่นใจมากที่สุด	มั่นใจมาก	มั่นใจน้อย	ไม่มั่นใจเลย
1.ท่านมั่นใจว่าจะสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมัน ของทอด แกงกะทิ อาหารรสหวาน เค็ม อาหารรสเค็มได้เมื่อท่านต้องซื้ออาหารที่ปรุงแล้วมารับประทาน				
2.ท่านมั่นใจว่าจะสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมัน ของทอด แกงกะทิ อาหารรสหวาน เค็ม อาหารรสเค็มได้เมื่อท่านต้องไปร่วมงานเลี้ยง หรืองานพิธีการต่างๆ				
3.ท่านมั่นใจว่าจะสามารถหลีกเลี่ยงการปรุงอาหารมัน ของทอด แกงกะทิ อาหารรสหวาน เค็ม อาหารรสเค็มได้เมื่อท่านต้องปรุงอาหารรับประทานเอง				
4.ท่านมั่นใจว่าจะสามารถรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูงได้ทุกวัน				

ข้อความ	มั่นใจมากที่สุด	มั่นใจมาก	มั่นใจน้อย	ไม่มั่นใจเลย
5. ท่านมั่นใจว่าสามารถหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้แม้ว่าถูกชักชวนจากเพื่อนหรือญาติสนิท				
6. ท่านมั่นใจว่าสามารถหลีกเลี่ยงการสูดดมควันบุหรี่และสูดดมควันบุหรี่ได้				
7. ท่านมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที				
8. ท่านมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้อย่างเป็นประจำได้เมื่อท่านต้องทำงานประจำจนไม่มีเวลาว่าง				
9. ท่านมั่นใจว่าท่านมีวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมโดยไม่ต้องพึ่งการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ หรือใช้ยาคลายเครียด				
10. ท่านมั่นใจว่าจะเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี รวมทั้งทันทีที่เกิดความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย				



**ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัย  
ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร**

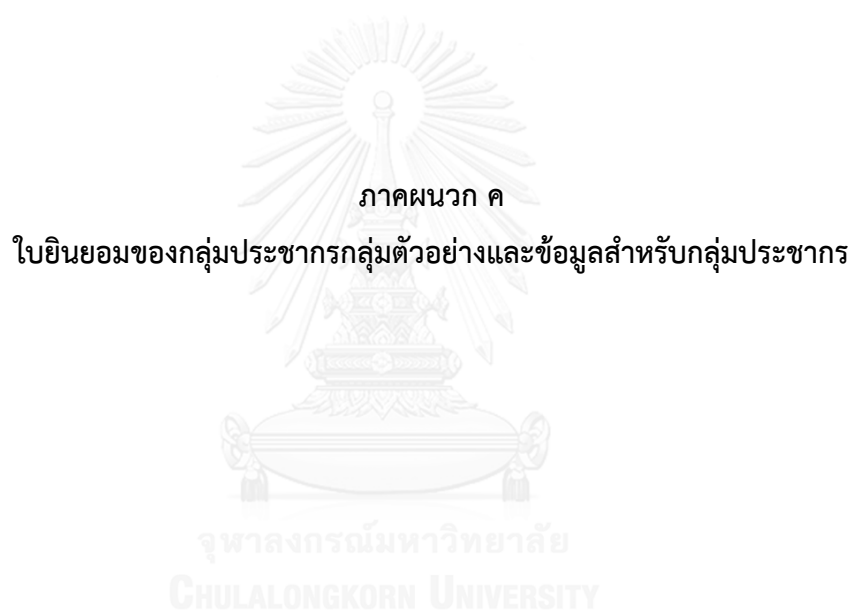
**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โปรดอ่านข้อความให้ละเอียดแล้วเลือกตอบให้ตรงกับพฤติกรรมการปฏิบัติของท่านมากที่สุด แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นประจำ สม่ำเสมอ 7 วันต่อสัปดาห์  
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นส่วนใหญ่ หรือ 3-6 วันต่อสัปดาห์  
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นบางครั้ง หรือ 1-2 วันต่อสัปดาห์  
 ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ นานๆครั้ง หรือ 1-2 ครั้ง ต่อเดือน  
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลยในระยะเวลา 1 เดือน

พฤติกรรม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
<b>ด้านการบริโภคอาหาร</b>					
1.ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทะเล เครื่องใน สัตว์ ข้วมันไก่ ข้วขาหมู อาหารทอด อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น ต้มข่าไก่ แกงเขียวหวาน เป็นต้น					
2.ท่านหลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องปรุงรสเค็มจัด เช่น น้ำปลา ซีอิ้ว เต้าเจี้ยว อาหารหมักดอง เป็นต้น					
3.ท่านลดปริมาณอาหารที่ทำจากแป้ง รวมทั้งอาหารรสหวานจัด					
4.ท่านรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ					

พฤติกรรม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
5. ท่านปรุงอาหารด้วยวิธีต้ม ย่าง อบ แทนการทอด					
6. ท่านเติมนมพร่องมันเนยหรือนม ถั่วเหลืองแทนนมที่มีไขมันเต็ม ส่วน					
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>					
7. ท่านออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์					
8. ท่านออกกำลังกายแบบหนัก เช่น เต้นแอโรบิค ว่ายน้ำ ฟุตบอล บาสเกตบอล วอลเลย์บอล เป็นต้น					
9. ท่านออกกำลังกายด้วยความ หนักปานกลาง เช่น เดินเร็ว ปั่น จักรยาน โยคะ รำไทเก๊ก ซิ้ง เป็นต้น					
10. ท่านมีการออกแรงในกิจวัตร ประจำวัน เช่น ขึ้นบันไดแทนการใช้ ลิฟท์ การเดินแทนการใช้ รถยนต์ เป็นต้น					
11. ท่านทำงานด้วยตัวเองจนมี เหงื่อออก เช่น ถูบ้าน ซักผ้า ล้าง จาน ทำสวน เป็นต้น					

พฤติกรรม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
<b>ด้านการสูบบุหรี่/การดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์</b> 12. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการอยู่ในสถานที่ที่มีควัน บุหรี่					
13. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
<b>ด้านการจัดการกับความเครียด</b> 14. เมื่อท่านมีความเครียดท่านจะ ปรึกษาบุคคลที่ไว้ใจได้					
15. เมื่อท่านเกิดความเครียดท่าน จะพยายามคิดบวก					
16. ท่านจะไปเที่ยวพักผ่อนตาม สถานที่ท่องเที่ยวตามธรรมชาติ เพื่อคลายเครียด					
17. ท่านมีวิธีการจัดการกับ ความเครียด เช่น นั่งสมาธิ อ่าน หนังสือ ฟังเพลง ออกกำลังกาย เป็นต้น					
18. ท่านมักจะใช้ยาคลายเครียด หรือยานอนหลับเพื่อคลายเครียด					
<b>ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี</b> 19. ท่านเข้ารับการตรวจสุขภาพ ประจำปีทุกปี					
20. ท่านจะเข้ารับการตรวจ สุขภาพเพื่อค้นหาสาเหตุและคัด กรองโรคทันทีเมื่อเกิดความ ผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย					



## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร  
มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร์  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลรามคำแหง หอผู้ป่วย 3/9 เลขที่ 436 แขวง  
หัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240  
(ที่บ้าน) 122/89 หมู่ 8 ซอยติวานนท์ 9 ต.บางกระสอ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000  
โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 02-7439999 ต่อ 3900 , 3950 และ 3940 โทรศัพท์ที่บ้าน -  
โทรศัพท์มือถือ 086-34339020 E-mail :Chareerat.s@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความ  
จำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลา  
ในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไมชัดเจน  
ได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด  
หัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาเพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ  
ของบุคลากรมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ  
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน  
โรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค  
และความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด  
หัวใจ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยใน  
กำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

4. งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากอธิการบดีของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัย  
เทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรีให้  
ดำเนินการเก็บข้อมูลได้

5. กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำนวน 325 คน ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 210 คน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง จำนวน 60 คน และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี จำนวน 55 คน โดยกำหนดให้มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. มีอายุระหว่าง 26-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. มีการรับรู้และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

หากท่านไม่ได้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ไม่ต้องทำแบบสอบถามขอให้ส่งแบบสอบถามคืนแก่ผู้วิจัย

6. ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามในงานวิจัยนี้จำนวน 1 ครั้ง เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งสิ้น 89 ข้อ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 8 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จำนวน 10 ข้อ
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 10 ข้อ
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ
- ส่วนที่ 6 แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ
- ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ
- ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 20 ข้อ

โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และขอให้ทำภายใน 7 วัน และส่งแบบสอบถามคืนแก่ผู้วิจัยทางไปรษณีย์

7. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ไม่มีความเสี่ยงมากไปกว่าความเสี่ยงต่ำสุดที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องทำการระบุชื่อ-นามสกุลในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย

8. การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้อาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่เป็นการช่วยให้ทราบถึงปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร รวมทั้งยังสามารถนำมาประยุกต์เพื่อแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

9. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

10. ข้อมูลจากแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัย จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย รวมทั้งนำเสนอในรูปแบบของผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

11. งานวิจัยนี้ไม่มีค่าชดเชยและไม่มีของที่ระลึก

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ห้อง 211 ถ.พญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม. 10330 โทรศัพท์ 0-2218-3202

E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)



AF 05-07

## ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย  
ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร  
มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร

ที่อยู่ติดต่อ 436 โรงพยาบาลรามคำแหง หอผู้ป่วย 3/9 แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240

โทรศัพท์ 02-7439999 ต่อ 3900 , 3950 และ 3940 โทรศัพท์มือถือ 086-

34339020

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด  
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจาก  
การวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**  
จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามจำนวน 8 ชุด รวมทั้งสิ้น 89 ข้อ ประกอบด้วยแบบสอบถาม  
จำนวน 8 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาส  
เสี่ยงของโรค จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 10 ข้อ  
แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ต่อ  
อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อ  
ป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค  
จำนวน 10 ข้อ และ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค จำนวน 20 ข้อโดยใช้เวลาประมาณ  
20-30 นาที และขอให้ทำภายใน 7 วัน และส่งแบบสอบถามคืนแก่ผู้วิจัยทางไปรษณีย์ **เมื่อเสร็จสิ้น**  
**การวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย**

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล**  
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาปฏิบัติหน้าที่ของข้าพเจ้า



ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

**หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย**  
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัย อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ห้อง 211 ถ.พญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม. 10330 โทรศัพท์ 0-2218-3202 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 164/2558

### ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 136.1/58 : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร  
มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวจริรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice  
(ICH-GCP) อนุมัติ ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม ประจักษ์ ทรัพย์ประเสริฐ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทิศนประดิษฐ)

ประธาน

ลงนาม ทศพร ทรัพย์ประเสริฐ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทริ ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 24 กันยายน 2558

วันหมดอายุ : 23 กันยายน 2559

#### เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบตอบคำถาม

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการศรัทธาธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน หรือส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ใน โครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ภาคผนวก จ  
จดหมายขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11 / 1724

วันที่ 20 ตุลาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ว.ค.บ. 28 ต.ค. 2558 12-29
ที่ 06978

เรียน อธิการบดีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

เนื่องด้วย นางสาวจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในบุคลากรจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 210 คน โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ด้านต่างๆ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน: รองอธิการบดี (ว.ค.บ. 12/29) 11/20/58 (พ.ศ. 2558)  
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นิสิต ปรียาวรรณ  
ใช้แบบสอบถาม และ จัดทำข้อให้ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์)  
ให้ นิสิตทราบเพื่อดำเนินการต่อไป (รองคณบดี)  
อธิการบดี ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
68 ต.ค. 58  
28/10/14

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 02-218-1159  
นางสาวจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร โทร. 08-6-3433902



การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร วิเคราะห์โดยการคำนวณหาความถี่ ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 7 ความถี่ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำแนกเป็นรายข้อ (n= 325)

ข้อความ	เห็นด้วยอย่าง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่าง
	ยิ่ง			ยิ่ง
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
1.ท่านมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเนื่องจากมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคนี้	4.9	13.8	51.1	30.2
2.เมื่อท่านมีอายุมากขึ้น ท่านก็จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	9.2	60.9	26.2	3.7
3.การสูบบุหรี่หรือการสูดดมควันบุหรี่ของท่านเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	14.8	44.0	35.1	6.2
4.ระดับไขมันในเลือดของท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	14.5	34.2	47.1	4.3
5.น้ำหนักตัวของท่านเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	10.8	33.5	52.6	3.1

ข้อความ	เห็นด้วยอย่าง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่าง
	ยิ่ง			ยิ่ง
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
6.ระดับความดันโลหิตของท่านเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	10.8	33.5	52.6	3.1
7.การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของท่านจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	11.1	38.5	41.5	8.9
8.การรับประทานเค็ม น้ำอัดลม ขนมหวาน แงงกะทิ อาหารมันๆเป็นประจำของท่านเป็นการเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	15.7	75.7	7.4	1.2
9.การไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายแบบไม่สม่ำเสมอของท่านเป็นการเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	18.5	48.9	31.1	1.5
10.ท่านมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ในอนาคต	7.1	40.0	48.9	4.0



การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ  
กรุงเทพมหานคร วิเคราะห์โดยการคำนวณหาความถี่ ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 8 ความถี่ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยใน  
กำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำแนกเป็นรายข้อ (n= 325)

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่าง
	อย่างยิ่ง			ยิ่ง
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
1.โรคหลอดเลือดหัวใจอาจทำให้เสียชีวิตได้หากเข้ารับการรักษาไม่ทันเวลา	39.5	56.2	3.7	0.6
2.โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง	18.8	57.5	22.5	1.2
3.การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นเรื่องที่กระทำได้ยากและมีอันตรายมาก	4.6	39	51.4	4.6
4.ผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และจะต้องพึ่งพาผู้อื่น	2.5	20.3	48.6	28.6
5.ผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดหัวใจหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆตามมา	28.9	65.2	4.9	0.9

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง			อย่างยิ่ง
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
6.โรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความรุนแรงของโรคเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้น	15.7	70.8	12.3	1.2
7.โรคหลอดเลือดหัวใจทำให้เกิดความสับสนเปลือง เพราะต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและมีค่ารักษาพยาบาลสูง	13.8	73.2	11.7	1.2
8.หากท่านมีภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้โรคหลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรงมากขึ้น	12.9	77.5	8.0	1.5
9.หากท่านมีระดับไขมันในเลือดสูงจะทำให้โรคหลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรงมากขึ้น	15.4	80.0	4.0	0.6
10.หากท่านป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือเข้ารับการรักษา ผ่าตัด จะมีความรุนแรงกว่าคนปกติที่อายุเท่ากันและไม่ได้มีโรคประจำตัว	21.2	67.7	10.5	6.0

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร วิเคราะห์โดยการคำนวณหาความถี่ ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 9 ความถี่ของการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำแนกเป็นรายข้อ (n= 325)

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง			อย่างยิ่ง
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
1.การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	26.5	66.8	5.8	0.9
2.การงดอาหารรสเค็มจัด หวานจัด และอาหารที่มีส่วนผสมของแป้งจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	30.8	64.3	4.3	0.6
3.การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	29.2	66.8	3.4	0.6
4.การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และสูดดมควันบุหรี่จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	22.8	72.9	2.2	2.2

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่าง
	อย่างยิ่ง			ยิ่ง
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
5. การหลีกเลี่ยงการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะ ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจ	21.8	74.5	3.1	0.6
6. การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ใน เกณฑ์ปกติ จะช่วยลดความ เสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจ	18.5	79.4	2.2	0
7. การออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมออย่าง น้อย 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ จะช่วยลดความเสี่ยงในการ เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	32.3	67.1	0.6	0
8. การออกกำลังกายในกิจวัตร ประจำวัน เช่น ขึ้นบันไดแทน การใช้ลิฟท์ การเดินแทนการ ใช้รถยนต์ จะช่วยลดความ เสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจ	16.9	79.4	3.7	0
9. การทำจิตใจให้ผ่อนคลาย จากความตึงเครียดจะช่วยลด ความเสี่ยงในการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจ	18.2	79.7	2.2	0
10. การตรวจสุขภาพประจำปี จะช่วยคัดกรองโรคและค้นหา ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจ	26.5	71.4	2.2	0

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยใน  
กำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร วิเคราะห์โดยการคำนวณหาความถี่ ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 10 ความถี่ของการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ  
บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำแนกเป็นรายชื่อ (n= 325)

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่าง
	อย่างยิ่ง			ยิ่ง
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
1.อาหารที่มีไขมันต่ำ หวาน น้อย เค็มน้อย มีความยุ่งยาก ในการปรุง	16.0	67.4	13.5	3.1
2.การรับประทานผัก และ ผลไม้เป็นประจำเป็นเรื่องที่ กระทำได้ยาก	31.4	56.6	10.5	1.5
3.ท่านไม่มีเวลาเพื่อใช้ในการ ออกกำลังกาย	7.4	49.5	38.5	4.6
4.ท่านคิดว่าการออกกำลังกาย เป็นเรื่องที่กระทำได้ยาก เนื่องจากต้องมีเสื้อผ้า อุปกรณ์กีฬาและมีสถานที่ที่ ใช้ในการออกกำลังกาย	29.2	54.5	14.2	2.2
5.ท่านคิดว่าการหลีกเลี่ยงการ สูบบุหรี่และการสูดดมควัน บุหรี่เป็นเรื่องที่กระทำได้ยาก	36.0	40.0	20.0	4.0

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่าง
	อย่างยิ่ง			ยิ่ง
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
6. ท่านคิดว่าการหลีกเลี่ยงการ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นเรื่องที่กระทำได้ยาก	42.2	44.0	12.6	1.2
7. การที่ท่านต้องรับผิดชอบทั้ง ทำงานประจำ และทำงาน บ้านทำให้ท่านเกิด ความเครียดอย่างหลีกเลี่ยง ไม่ได้	2.5	47.7	45.8	4.0
8. งานประจำที่ท่านทำอยู่มี ความหนักมาก ทำให้ท่านไม่ สามารถทำกิจกรรมสันทนาการ เพื่อผ่อนคลายจาก ความเครียดได้	6.8	64.3	25.3	3.1
9. ท่านคิดว่าท่านมีสุขภาพดี อยู่แล้วไม่จำเป็นต้องการเข้า รับการตรวจสุขภาพประจำปี	19.7	68.0	9.2	3.1
10. การตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ท่านต้องเสียเวลาและ เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น	17.5	68.0	11.4	3.1

ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ  
กรุงเทพมหานคร วิเคราะห์โดยการคำนวณหาความถี่ ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 11 ความถี่ของปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร  
มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำแนกเป็นรายข้อ (n= 325)

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
1.สมาชิกในครอบครัว สนับสนุนให้ท่านรับประทาน อาหารที่มีไขมันต่ำ รสเค็ม น้อย หวานน้อย	11.1	48.6	36.6	3.7
2.เพื่อน/เพื่อนร่วมงานมักจะ ชักชวนให้ท่านรับประทาน อาหารเพื่อสุขภาพ	6.8	48.6	36.6	8.0
3.สมาชิกในครอบครัวมีส่วน ช่วยให้ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และสูดดมควันบุหรี่	24.9	60.0	11.7	3.4
4.เพื่อน/เพื่อนร่วมงานมักจะ ชักชวนให้ท่านไปดื่มเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ	4.0	10.2	21.5	64.3
5.เมื่อท่านเกิดความเครียด ท่านจะปรึกษากับบุคคลที่ ท่านรักและไว้วางใจได้ เช่น สมาชิกในครอบครัว หรือ เพื่อนสนิท เป็นต้น	34.5	51.4	12.3	1.8

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
6.สมาชิกในครอบครัวมักจะ ชักชวนให้ท่านออกกำลังกาย เป็นประจำ	7.1	30.5	55.7	6.8
7.เพื่อน/เพื่อนร่วมงานมักจะ ชักชวนให้ท่านออกกำลังกาย ในช่วงหลังจากเลิกงาน	3.7	27.7	50.8	17.8
8.ท่านรู้จักแหล่งให้ความ ช่วยเหลือหรือหน่วยงานที่มี บริการให้ความช่วยเหลือเมื่อ เกิดความเครียด เช่น บริการ สายด่วนคลายเครียด เป็นต้น	12.3	34.2	33.5	20.0
9.เมื่อท่านมีปัญหาหรือข้อ สงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ ท่าน มักจะได้รับความแนะนำจาก บุคลากรทางการแพทย์	12.9	46.2	28.0	12.9
10.เมื่อต้องการหาข้อมูล เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ท่านสามารถค้นคว้าได้จาก หนังสือ วารสาร หรืออินเทอร์เน็ต	43.8	46.0	8.6	1.5



การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร วิเคราะห์โดยการคำนวณหาความถี่ ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 12 ความถี่ของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำแนกเป็นรายข้อ (n= 325)

ข้อความ	มั่นใจ	มั่นใจมาก	มั่นใจน้อย	ไม่มั่นใจเลย
	มากที่สุด			
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
1.ท่านมั่นใจว่าจะสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมัน ของทอด แกงกะทิ อาหารรสหวาน เค็ม อาหารรสเค็มได้เมื่อท่านต้องซื้ออาหารที่ปรุงแล้วมารับประทาน	3.7	33.5	52.9	9.8
2.ท่านมั่นใจว่าจะสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมัน ของทอด แกงกะทิ อาหารรสหวาน เค็ม อาหารรสเค็มได้เมื่อท่านต้องไปร่วมงานเลี้ยง หรืองานพิธีการต่างๆ	2.5	15.7	69.5	12.3

ข้อความ	มั่นใจ	มั่นใจมาก	มั่นใจน้อย	ไม่มั่นใจเลย
	มากที่สุด			
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
3. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถหลีกเลี่ยงการปรุงอาหารมันของทอด แกงกะทิ อาหารรสหวาน เค้ก อาหารรสเค็มได้เมื่อท่านต้องปรุงอาหารรับประทานเอง	10.2	56.0	30.2	3.7
4. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูงได้ทุกวัน	12.0	55.7	30.8	1.5
5. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้แม้ว่าถูกชักชวนจากเพื่อนหรือญาติสนิท	28.6	48.6	19.7	3.4
6. สมาชิกในครอบครัวมักจะชักชวนให้ท่านออกกำลังกายเป็นประจำ	32.0	38.2	25.5	4.3
7. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถออกกำลังกายได้อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที	8.6	28.9	52.0	10.5
8. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถออกกำลังกายได้อย่างเป็นประจำได้เมื่อท่านต้องทำงานประจำจนไม่มีเวลาว่าง	3.4	30.5	52.3	13.8

ข้อความ	มั่นใจ	มั่นใจมาก	มั่นใจน้อย	ไม่มั่นใจเลย
	มากที่สุด			
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
9.ท่านมั่นใจว่าท่านมีวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมโดยไม่ต้องพึ่งการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ หรือใช้ยาคลายเครียด	29.5	55.7	11.7	3.1
10.ท่านมั่นใจว่าจะเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี รวมทั้งพื้นที่ที่เกิดความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย	29.2	52.3	16.9	1.5



พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ  
กรุงเทพมหานคร วิเคราะห์โดยการคำนวณหาความถี่ ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 13 ความถี่ของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับ  
ของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำแนกเป็นรายข้อ (n= 325)

พฤติกรรม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
<b>ด้านการบริโภคอาหาร</b>	2.5	22.5	62.8	9.8	2.5
1.ทำนหลักเลียงอาหารที่มี ไขมันสูง เช่น อาหารทะเล เครื่องในสัตว์ ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู อาหารทอด อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น ต้มยำไก่ แกงเขียวหวาน เป็นต้น					
2.ทำนหลักเลียงอาหาร และเครื่องปรุงรสเค็มจัด เช่น น้ำปลา ซีอิ้ว เต้าเจี้ยว อาหารหมักดอง เป็นต้น	3.7	25.5	56.3	12.0	2.5
3.ทำนลดปริมาณอาหารที่ ทำจากแป้ง รวมทั้งอาหาร รสหวานจัด	4.0	42.5	38.8	13.5	1.2
4.ทำนรับประทานผักและ ผลไม้เป็นประจำ	21.5	48.9	26.8	2.5	0.3
5. ทำนปรุงอาหารด้วยวิธี ต้ม นึ่ง ย่าง อบ แทนการ ทอด	1.5	23.4	65.5	8.6	0.9

พฤติกรรม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
6. ท่านดื่มนมพว่องมันเนย หรือนมถั่วเหลืองแทนนมที่ มีไขมันเต็มส่วน	4.9	36.3	38.2	15.7	4.9
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>	4.6	22.8	39.1	24.6	8.9
7. ท่านออกกำลังกายเป็น ประจำอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์					
8. ท่านออกกำลังกายแบบ หนัก เช่น เต้นแอโรบิค ว่ายน้ำ ฟุตบอล บาสเกตบอล วอลเลย์บอล เป็นต้น	2.2	7.1	17.8	45.8	27.1
9. ท่านออกกำลังกายด้วย ความหนักปานกลาง เช่น เดินเร็ว ปั่นจักรยาน โยคะ รำไทเก๊ก ซี่กง เป็นต้น	4.9	18.5	38.5	25.2	12.9
10. ท่านมีการออกกำลังกายใน กิจวัตรประจำวัน เช่น ขึ้น บันไดแทนการใช้ลิฟท์ การ เดินแทนการใช้รถยนต์ เป็นต้น	9.5	46.8	28.9	12.3	2.5

พฤติกรรม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
11.ท่านทำงานด้วยตัวเอง จนมีเหงื่อออก เช่น ถูบ้าน ซักผ้า ล้างจาน ทำสวน เป็นต้น	26.5	42.5	22.2	7.1	1.8
<b>ด้านการสูบบุหรี่/การดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์</b>					
12.ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการอยู่ในสถานที่ ที่มีควันบุหรี่	54.5	27.7	12.6	1.5	3.7
13.ท่านหลีกเลี่ยงการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	54.9	22.8	14.2	5.6	2.5
14.เมื่อท่านมีความเครียด ท่านจะปรึกษาบุคคลที่ ไว้ใจได้	21.5	47.7	22.8	6.2	1.8
15.เมื่อท่านเกิด ความเครียดท่านจะ พยายามคิดบวก	14.5	41.5	39.7	3.7	0.6
16.ท่านจะไปเที่ยวพักผ่อน ตามสถานที่ท่องเที่ยวตาม ธรรมชาติเพื่อคลายเครียด	15.1	25.5	34.8	21.8	2.8
17.ท่านมีวิธีการจัดการกับ ความเครียด เช่น นั่งสมาธิ อ่านหนังสือ ฟังเพลง ออก กำลังกาย	15.4	54.8	22.8	6.5	0.6

พฤติกรรม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
18.ท่านมักจะใช้ยาคลาย เครียดหรือยานอนหลับเพื่อ คลายเครียด	82.2	6.8	5.2	3.7	2.2
<b>ด้านการตรวจสุขภาพ</b> <b>ประจำปี</b>	44.0	29.8	13.2	5.8	7.1
19.ท่านเข้ารับการตรวจ สุขภาพประจำปีทุกปี					
20.ท่านจะเข้ารับการตรวจ สุขภาพเพื่อค้นหาสาเหตุ และคัดกรองโรคทันทีเมื่อ เกิดความผิดปกติเกิดขึ้นกับ ร่างกาย	32.3	37.2	24.0	4.9	1.5

ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร (n= 325)

ได้ค่า Cronbach's Alpha =.911

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.911	.913	10

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
risk1	24.00	25.102	.521	.313	.913
risk2	23.18	25.192	.637	.448	.905
risk3	23.26	24.442	.609	.422	.907
risk4	23.35	23.198	.802	.690	.895
risk5	23.39	23.542	.790	.714	.895
risk6	23.42	23.614	.815	.707	.894
risk7	23.42	24.140	.644	.518	.905
risk8	22.88	26.415	.592	.411	.908
risk9	23.10	24.284	.705	.545	.901
risk10	23.44	24.623	.703	.531	.901



ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของ  
บุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร (n= 325)  
ได้ค่า Cronbach's Alpha =.661

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.661	.703	10

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
severe1	26.86	7.086	.469	.304	.608
severe2	27.27	6.908	.425	.380	.614
severe3	27.77	9.312	-.216	.327	.743
severe4	27.17	8.348	-.014	.263	.720
severe5	26.98	6.969	.522	.329	.597
severe6	27.20	6.970	.518	.423	.598
severe7	27.21	7.287	.429	.408	.617
severe8	27.19	7.340	.451	.442	.615
severe9	27.10	7.444	.490	.502	.613
severe10	27.11	6.947	.523	.374	.597

ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ  
ของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร (n= 325)

ได้ค่า Cronbach's Alpha = .715

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.715	.851	10

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
benefit1	28.94	12.713	.395	.543	.692
benefit2	28.88	12.322	.512	.573	.677
benefit3	28.89	12.286	.547	.417	.673
benefit4	28.97	12.190	.552	.368	.671
benefit5	28.86	9.556	.198	.175	.861
benefit6	28.97	12.610	.616	.563	.675
benefit7	28.82	12.342	.616	.574	.670
benefit8	29.00	12.728	.557	.578	.680
benefit9	28.97	12.657	.603	.550	.676
benefit10	28.89	12.988	.416	.459	.692

ผลอดเล็ดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร (n= 325)

ได้ค่า Cronbach's Alpha = .825

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.825	.822	10

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
barrier1	18.49	15.177	.523	.436	.808
barrier2	18.70	14.320	.682	.592	.792
barrier3	18.12	15.238	.463	.326	.814
barrier4	18.63	13.844	.730	.599	.785
barrier5	18.61	13.993	.557	.432	.805
barrier6	18.80	14.298	.622	.491	.797
barrier7	18.01	16.463	.278	.160	.830
barrier8	18.27	15.675	.441	.293	.816
barrier9	18.57	16.085	.337	.274	.826
barrier10	18.53	15.454	.468	.263	.813

ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ  
ของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร (n= 325)

ได้ค่า Cronbach's Alpha = .651

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.651	.647	10

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
motivat1	25.10	12.744	.233	.235	.642
motivat2	25.23	11.774	.420	.244	.605
motivat3	24.71	12.906	.206	.151	.647
motivat4	24.31	14.048	-.047	.117	.701
motivat5	24.59	12.014	.390	.208	.612
motivat6	25.39	12.598	.262	.380	.637
motivat7	25.60	12.050	.348	.324	.620
motivat8	25.38	10.571	.488	.501	.583
motivat9	25.18	10.364	.591	.538	.558
motivat10	24.45	12.508	.296	.277	.630

ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร (n= 325)

ได้ค่า Cronbach's Alpha = .775

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.775	.781	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
self1	24.39	14.257	.543	.583	.743
self2	24.62	15.428	.376	.495	.764
self3	23.98	14.746	.449	.306	.755
self4	23.92	14.345	.559	.374	.742
self5	23.68	15.496	.240	.290	.783
self6	23.72	14.645	.334	.173	.773
self7	24.34	14.227	.468	.641	.752
self8	24.47	14.373	.492	.645	.749
self9	23.58	14.281	.512	.476	.747
self10	23.61	14.368	.499	.410	.748

ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร  
มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร (n= 325)

ได้ค่า Cronbach's Alpha = .804

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.804	.815	20

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
prevent1	67.43	65.305	.468	.505	.792
prevent2	67.40	66.167	.355	.510	.796
prevent3	67.22	63.408	.557	.577	.786
prevent4	66.67	64.420	.498	.468	.790
prevent5	67.40	66.494	.421	.366	.795
prevent6	67.35	64.811	.365	.270	.796
prevent7	67.66	63.792	.398	.636	.794
prevent8	68.44	65.795	.289	.475	.800
prevent9	67.78	63.028	.425	.606	.792
prevent10	67.07	63.023	.504	.461	.788
prevent11	66.71	62.521	.513	.434	.787

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
prevent12	66.28	64.871	.332	.505	.798
prevent13	66.33	64.266	.348	.564	.797
prevent14	66.75	64.120	.431	.352	.792
prevent15	66.90	66.315	.329	.403	.798
prevent16	67.27	68.921	.066	.497	.815
prevent17	66.77	63.865	.519	.504	.788
prevent18	65.93	69.307	.070	.098	.812
prevent19	66.58	64.003	.298	.370	.802
prevent20	66.62	63.797	.429	.492	.792



ANOVA<sup>e</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5752.493	1	5752.493	147.028	.000 <sup>a</sup>
	Residual	12559.154	321	39.125		
	Total	18311.648	322			
2	Regression	6600.327	2	3300.163	90.174	.000 <sup>b</sup>
	Residual	11711.321	320	36.598		
	Total	18311.648	322			
3	Regression	7210.832	3	2403.611	69.072	.000 <sup>c</sup>
	Residual	11100.816	319	34.799		
	Total	18311.648	322			
4	Regression	7663.414	4	1915.854	57.215	.000 <sup>d</sup>
	Residual	10648.233	318	33.485		
	Total	18311.648	322			

a. Predictors: (Constant), sumself

b. Predictors: (Constant), sumself, summotivation

c. Predictors: (Constant), sumself, summotivation, sumbarrier

d. Predictors: (Constant), sumself, summotivation, sumbarrier, sex

e. Dependent Variable: sumprevent



Coefficients<sup>a</sup>

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	37.607	2.201		17.085	.000
sumself	1.102	.091	.560	12.126	.000
2 (Constant)	30.538	2.586		11.807	.000
sumself	.833	.104	.424	7.994	.000
summotivation	.544	.113	.255	4.813	.000
3 (Constant)	38.783	3.199		12.123	.000
sumself	.729	.105	.371	6.969	.000
summotivation	.582	.111	.273	5.259	.000
sumbarrier	-.357	.085	-.188	-4.189	.000
4 (Constant)	35.693	3.249		10.986	.000
sumself	.791	.104	.402	7.610	.000
summotivation	.549	.109	.257	5.039	.000
sumbarrier	-.350	.084	-.184	-4.180	.000
sex	2.913	.792	.159	3.676	.000

a. Dependent Variable: sumprevent

Excluded Variables<sup>e</sup>

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics	
					Tolerance	
1	age	-.016 <sup>a</sup>	-.335	.738	-.019	1.000
	sex	.180 <sup>a</sup>	3.948	.000	.216	.980
	sumrisk	-.092 <sup>a</sup>	-1.989	.048	-.111	.997
	sumsevere	.096 <sup>a</sup>	1.970	.050	.109	.895
	sumbenefit	-.052 <sup>a</sup>	-1.090	.277	-.061	.954
	sumbarrier	-.169 <sup>a</sup>	-3.626	.000	-.199	.947
	summotivation	.255 <sup>a</sup>	4.813	.000	.260	.712
2	age	.002 <sup>b</sup>	.035	.972	.002	.994
	sex	.164 <sup>b</sup>	3.684	.000	.202	.974
	sumrisk	-.067 <sup>b</sup>	-1.492	.137	-.083	.983
	sumsevere	.072 <sup>b</sup>	1.521	.129	.085	.885
	sumbenefit	-.052 <sup>b</sup>	-1.144	.254	-.064	.954
	sumbarrier	-.188 <sup>b</sup>	-4.189	.000	-.228	.941
3	age	.003 <sup>c</sup>	.076	.939	.004	.994
	sex	.159 <sup>c</sup>	3.676	.000	.202	.973
	sumrisk	-.013 <sup>c</sup>	-.287	.775	-.016	.895
	sumsevere	.037 <sup>c</sup>	.789	.431	.044	.854
	sumbenefit	-.041 <sup>c</sup>	-.912	.363	-.051	.950
4	age	.007 <sup>d</sup>	.173	.862	.010	.993
	sumrisk	-.011 <sup>d</sup>	-.244	.807	-.014	.895
	sumsevere	.058 <sup>d</sup>	1.250	.212	.070	.842
	sumbenefit	-.040 <sup>d</sup>	-.905	.366	-.051	.950

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

b. Predictors in the Model: (Constant), sumself, summotivation

c. Predictors in the Model: (Constant), sumself, summotivation, sumbarrier

d. Predictors in the Model: (Constant), sumself, summotivation, sumbarrier, sex

e. Dependent Variable: sumprevent

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร เกิดเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2527 ที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ เมื่อปีการศึกษา 2550 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์(การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2555 ภาคปลาย ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนก 3/9 โรงพยาบาลรามคำแหง จังหวัดกรุงเทพมหานคร

