ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร

นัสรา เกตจินดา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2561
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ นัสรา เกตจินดา ฉบับนี้แล้ว เห็นควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกรีฑากุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกรีฑากุล)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดีนาน)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
วันที่ 29 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ ประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกรีฑากุล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้องเป็นประโยชน์ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ และให้ความเมตตาเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และเข้าใจความปรารถนาดีของอาจารย์ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณประธาน และคณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำศึกษาครั้งนี้ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และบุตรที่เป็นกำลังใจ และสนับสนุนในการทำวิจัย

ขอขอบพระคุณบัณฑิตศึกษาและเจ้าหน้าที่ที่อำนวยความสะดวกในทุกขั้นตอนของการวิจัยและให้คำแนะนำเสมอมา

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ครู อาจารย์ทุกท่านที่ได้กรุณาอบรมสั่งสอนทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ที่มีความรู้ และประสบความสำเร็จในการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโทเพื่อน ๆ และทุกคนที่คอยให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือซึ่งกันและกันตลอดมา

นัสรา เกตจินดา

54920145: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง/ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ/ คนวัยกลางคน

นัสรา เกตจินดา: ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร (FACTORS PREDICTING CHRONIC DISEASE PREVENTIVE BEHAVIORS OF MIDDLE-AGED PEOPLE IN KHET NONG CHOK, BANGKOK) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, ส.ด., สมสมัย รัตนกรีฑากุล, ส.ด. 121 หน้า. พ.ศ. 2561.

โรคเรื้อรังเป็นโรคไม่ติดต่อและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตตามมา การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรค และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 480 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนเป็นผู้ที่มีอายุ 40-59 ปี อาศัยอยู่ในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังมาก่อน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .71 ถึง .95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 (SD = 0.43) ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง ได้แก่ การได้รับความรู้จากญาติ (β = .31) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม (β = .28) การได้รับความรู้จากหนังสือพิมพ์ (β = .21) กลุ่มโซเชียลมีเดีย (β = .15) อายุ (β = .15) เพศชาย (β = -.12) วิทยุ (β = -.14) การรับรู้อุปสรรค (β = -.22) และเพื่อนสนิท (β = -.22) ทั้ง 9 ปัจจัยนี้สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังได้ ร้อยละ 33.30 (Adjust R^2 = .333, F = 26.05, p < .001)

ผลการวิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและผู้มีหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนควรพัฒนากิจกรรมหรือรูปแบบการป้องกันโรคเรื้อรังให้แก่กลุ่มคนวัยกลางคน โดยเน้นการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมเหมาะสม

54920145: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)
KEYWORDS: CHRONIC DISEASE PREVENTIVE/ HEALTH BELIEF MODEL/ MIDDLE-AGED PEOPLE

NUSSARA GETCHINDA: FACTORS PREDICTING CHRONIC DISEASE PREVENTIVE BEHAVIORS OF MIDDLE-AGED PEOPLE IN KHET NONG CHOK, BANGKOK. ADVISORY COMMITTEE: SUWANNA JUNPRASERT, Dr.P.H., SOMSAMAI RATTANAGREETHAKUL, Dr.P.H. 121 P. 2018.

Chronic illness is a non-communicable disease and a major public health problem, which could be causes of disability and death. The purpose of this research was to examine preventive behaviors and predictive factors of preventive behaviors for chronic illness among middle-aged persons. A multi-stage random sampling was used to recruit a sample of 480 middle-aged persons, aged 40-59 years living in Khet Nong Chok, Bangkok, and never diagnosed as having a chronic disease before. Research instruments included a demographic questionnaire and a questionnaire of preventive behaviors for chronic illness. Reliability ranged between .71-.95. Descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis were used to analyze the data. The results revealed that the sample had chronic disease prevention behaviors at a moderate level with its mean score of 3.49 (SD = 0.43). Factors predicting chronic disease preventive behaviors were received knowledge from relatives (β = .31), perceived benefits of taking actions (β = .28), received knowledge from newspaper (β = .21), social media (β = .15), age (β = .15), males (β = -.12), received knowledge from radio (β = -.14), perceived barriers (β = -.22), and received knowledge from close friends (β = -.22). These 9 predictors together accounted for 33.30% in the prediction of chronic disease prevention behaviors (Adjust R^2 = .333, F = 26.05, p < .001)

These findings suggest that nurses and health care provider in community should develop an activity or a model of chronic illness preventive behaviors for middle-aged persons by focusing on giving knowledge and promote perceived benefit of having appropriate behaviors.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

สารบัญ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ซ

สารบัญภาพ ..... ฌ

บทที่

1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 4

สมมติฐานของการวิจัย 4

ขอบเขตของการวิจัย 4

นิยามศัพท์เฉพาะ 6

กรอบแนวคิดในการวิจัย 7

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 9

โรคเรื้อรัง 9

คนวัยกลางคนกับการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 28

พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังในคนวัยกลางคน 31

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 38

3 วิธีดำเนินการวิจัย 47

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 47

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 51

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 53

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 54

การเก็บรวบรวมข้อมูล 55

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย 55

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
4	ผลการวิจัย	58
	ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	58
	ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง	60
	ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง	60
	ส่วนที่ 4 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง	64
	ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ และอำนาจการทำนายของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา รายได้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรังกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคน	65
5	สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	71
	สรุปผลการวิจัย	71
	อภิปรายผลการวิจัย	72
	ข้อเสนอแนะ	81
บรรณานุกรม		83
ภาคผนวก		90
	ภาคผนวก ก	91
	ภาคผนวก ข	93
	ภาคผนวก ค	100
	ภาคผนวก ง	106
	ภาคผนวก จ	110
ประวัติย่อของผู้วิจัย		121

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การจำแนกระดับโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ของ ACC/ AHA	12
2	ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชุมชน	49
3	ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) จำนวนและร้อยละของวัยกลางคน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	59
4	ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผลพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง (ค่าที่เป็นไปได้ 1-5)	60
5	ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผล การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง (ค่าที่เป็นไปได้ 1-5)	61
6	ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผลการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง (ค่าที่เป็นไปได้ 1-5)	62
7	ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง (ค่าที่เป็นไปได้ 1-5)	63
8	ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผลการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง (ค่าที่เป็นไปได้ 1-5)	63
9	ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผลการได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากช่องทางต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง (ค่าที่เป็นไปได้ 1-5)	64
10	ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผลการได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากบุคคลต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง (ค่าที่เป็นไปได้ 1-5)	65

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ หน้า

11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา รายได้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรังกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคน โดยแสดงในรูปเมทริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix) 67

12 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคน 69

13 ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผลพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง (ค่าที่เป็นไปได้ 1-5) 101

14 ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผลการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง (ค่าที่เป็นไปได้ 1-5) 102

15 ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผลการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง (ค่าที่เป็นไปได้ 1-5) 104

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
2	The “Health belief model” as predictor of preventive health behavior	39
3	ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง	50

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการ และเสียชีวิต จากรายงานขององค์กรอนามัยโลก พบการเสียชีวิตของโรคเรื้อรังในแต่ละปีเท่ากับร้อยละ 70 ของผู้เสียชีวิตทั่วโลกหรือประมาณ 40 ล้านคน มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้เสียชีวิตมีอายุระหว่าง 30 ถึง 69 ปี การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเหล่านี้เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง โรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตพบอัตราตายสูงสุด คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ประมาณ 17.7 ล้านคนต่อปี ตามด้วยโรคมะเร็ง 8.8 ล้านคนต่อปี โรคทางเดินหายใจ 3.9 ล้านคนต่อปี และโรคเบาหวาน 1.6 ล้านคนต่อปี (World Health Organization [WHO], 2017)

สถานการณ์โรคเรื้อรังของประเทศไทย พบการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังของประชากรไทยร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมดประมาณ 320,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งเสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 70 ปี โรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรระหว่างปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2559 ที่สำคัญ 5 โรค คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้องรัง พบอัตราตายในช่วงอายุ 30-69 ปี ของทั้ง 5 โรค มีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้น อัตราการตายสูงที่สุด คือ โรคหลอดเลือดสมอง 48.7 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ โรคหัวใจขาดเลือด อัตราการตาย 32.3 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวาน อัตราการตาย 22.3 ต่อแสนประชากร ภาวะความดันโลหิตสูง อัตราการตาย 12.2 ต่อแสนประชากร และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราการตาย 11.4 ต่อแสนประชากร (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ข้อมูลประชากรของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2559) ปี พ.ศ. 2558 พบว่าประเทศไทย มีประชากรวัยผู้ใหญ่อายุ 20-59 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60.18 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ จำแนกเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 20-39 ปี ร้อยละ 50.53 วัยกลางคนอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 49.47 สอดคล้องกับประชากรวัยผู้ใหญ่ของกรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งหมด 3,417,440 คน คิดเป็นร้อยละ 60.50 ของประชากรทั้งหมดในกรุงเทพมหานคร เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ร้อยละ 48.03 วัยกลางคน ร้อยละ 51.97 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พบวัยแรงงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ คือ ออกกำลังกายมากกว่า 4 ครั้ง/ สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 20.6 อัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 20 ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง 10 เท่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเพศชาย ร้อยละ 33.7 มากกว่าเพศหญิง 3 เท่า

มีปัญหาความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.6 ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 4.4 และมีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ร้อยละ 1.4 (วิชัย เอกพลากร, 2557)

ปัญหาโรคเรื้อรังดังกล่าวเป็นผลมาจาก 4 พฤติกรรมหลัก ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา 4 อย่าง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และภาวะน้ำหนักเกิน/ โรคอ้วน พบว่า ร้อยละ 80 ของโรคหัวใจ โรคเบาหวานประเภทที่ 2 สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ การเลิกสูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา (จุรีพร คงประเสริฐ และธิดารัตน์ อภิญญา, 2558)

วัยกลางคนเป็นวัยที่อยู่ในช่วงอายุ 40-59 ปี หรือวัยทำงานตอนท้ายเป็นช่วงอายุที่เริ่มมีความเสื่อมถอยของร่างกายเกือบทุกระบบ รวมทั้งเป็นวัยที่วางรากฐานความมั่นคงของชีวิตเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจึงให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่ในที่ทำงาน มีชีวิตที่เร่งรีบ และเข้าสังคม (พานทิพย์ แสงประเสริฐ, 2556) จากการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร ปี พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในด้านการบริโภคอาหาร วัยทำงานบริโภคอาหารที่มีรสจัด หวาน มัน เค็ม และรับประทานอาหารจานด่วนเป็นสัดส่วนที่สูงสุด ร้อยละ 31.3 ในด้านการออกกำลังกาย พบคนวัยทำงานเพียง 1 ใน 5 ที่มีการออกกำลังกาย คนทำงานมีพฤติกรรมเสี่ยงในด้านการสูบบุหรี่ และดื่มสุรามากกว่าวัยอื่น ๆ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553) พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม มีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ สูบบุหรี่ และดื่มสุรา รวมทั้งมีภาวะเครียดสูงทำให้เกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด จากการสำรวจภาวะสุขภาพแรงงานไทย ปี พ.ศ. 2552 พบว่า กว่า 1 ใน 10 ของวัยแรงงานในระบบป่วยเป็นโรคเรื้อรัง โดยพบสูงสุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด พบร้อยละ 32.4 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน/ ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ร้อยละ 21.1 (จุรีพร คงประเสริฐ, นิตยา พันธุเวทย์, ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง และลินดา จำปาแก้ว, 2557) โรคเรื้อรังดังกล่าวเป็นต้นเหตุให้คนวัยกลางคนเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การเตรียมพร้อมให้คนวัยกลางคนเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต จำเป็นต้องลดปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรัง โดยให้คนวัยกลางคนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม

คนวัยกลางคนมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงมากขึ้น จากร่างกายที่เสื่อมลงร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยง การแก้ปัญหาโรคเรื้อรังจึงต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงให้เป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง โดยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีความสมดุลต่อร่างกาย โดยเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ ลดการบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม มีกิจกรรมทางกายให้เพียงพอ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรังดังกล่าว สามารถป้องกัน และชะลอการดำเนิน

ของโรคเรื้อรังได้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ [สศช.], 2553)

การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้นั้น ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Becker (1974) และ Rosenstock (1974) ได้อธิบายไว้ว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยการรับรู้ 3 ประการ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) และการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ และอุปสรรคของการกระทำ (Perceived benefits of taking action and barriers to taking action) และประกอบด้วยปัจจัยร่วม (Modifying factors) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to action) รวมเป็น 6 ปัจจัย จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กัลยารัตน์ แก้ววันดี, วราภรณ์ ศิริสว่าง และจิติมา กตัญญู, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โรงพยาบาลอู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุทัสสา ทิจะยัง, 2557) และผลการศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อรุณี สมพันธ์, แสงทอง ธีระทองคำ, นพวรรณ เปียชื่อ และสมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2558) ดังนั้นจึงนำปัจจัยการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังในคนวัยกลางคน

เขตหนองจอกตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกสุดของกรุงเทพมหานคร เป็นเขตการปกครองที่มีพื้นที่มากที่สุดของกรุงเทพมหานคร จำนวนประชากรทั้งหมด 165,281 คน เป็นวัยผู้ใหญ่อายุ 18-59 ปี จำนวน 105,432 คน คิดเป็นร้อยละ 63.79 ของประชากรทั้งหมดในจำนวนนี้เป็นวัยกลางคนอายุ 40-59 ปี จำนวน 50,894 คน คิดเป็นร้อยละ 30.8 ของประชากรทั้งหมด พบประชาชนป่วยเป็นโรคเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 54.66 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงสุด โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง โรคหอบหืด และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ ผลการประเมินพฤติกรรมพบว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 64.2 ด้านการรับประทานอาหารหวาน เค็ม มัน คิดเป็นร้อยละ 35.19 ด้านการการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 0.61 (ศูนย์บริการสาธารณสุข 44 ลำผักชี หนองจอก, 2557) จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์หรือทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนในเขตหนองจอก พบแต่การศึกษาในด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ การศึกษาในวัยรุ่น โดยกลุ่มครูและการศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับการเกษตร การใช้ยา

ฆ่าแมลง เป็นต้น

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงทำการศึกษาปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) (Becker, 1974; Rosenstock, 1974) ครอบคลุมปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค ปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และปัจจัยร่วมอื่น ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา และรายได้ เพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนนำไปเป็นแนวทางการวางแผนป้องกันโรคเรื้อรัง และส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มคนวัยกลางคนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคน ในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ศาสนา ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค ปัจจัยชักนำการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากช่องทางต่าง ๆ และการได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากบุคคลต่าง ๆ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคน

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และปัจจัยชักนำการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร โดยทำการศึกษาในประชากรวัยกลางคนอายุ 40-59 ปี ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 480 คน ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2560 โดยมีตัวแปรในการศึกษา ดังนี้

1. ตัวแปรต้น ประกอบด้วย
   1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
      1.1.1 อายุ
      1.1.2 เพศ
      1.1.3 ศาสนา
      1.1.4 รายได้
   1.2 ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง
      1.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค
      1.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค
      1.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค
      1.2.4 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค
   1.3 ปัจจัยชักนำการปฏิบัติ ได้แก่
      1.3.1 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากช่องทางต่าง ๆ
         1.3.1.1 โทรทัศน์
         1.3.1.2 วิทยุ
         1.3.1.3 เอกสารแผ่นพับ
         1.3.1.4 หนังสือพิมพ์
         1.3.1.5 วารสารต่าง ๆ
         1.3.1.6 สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ (Facebook)
         1.3.1.7 กลุ่มโซเชียลมีเดีย (Line)
      1.3.2 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากบุคคลต่าง ๆ
         1.3.2.1 แพทย์
         1.3.2.2 พยาบาล
         1.3.2.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
         1.3.2.4 อาสาสมัครสาธารณสุข
         1.3.2.5 ญาติ
         1.3.2.6 เพื่อนสนิท
         1.3.2.7 เพื่อนบ้าน
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง

นิยามศัพท์เฉพาะ

คนวัยกลางคน หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่มีการดำเนินของโรคระยะเวลานานเป็นไปอย่างช้า ๆ รักษาไม่หาย แต่ป้องกันได้ ในการศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากเป็นโรคที่มีปัจจัยสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะเดียวกัน

พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำของคนวัยกลางคนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ การรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกาย และออกกำลังกาย พฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการจัดการด้านอารมณ์ วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีระดับการวัดเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง หมายถึง ความเข้าใจของคนวัยกลางคนต่อลักษณะต่าง ๆ ของโรคเรื้อรัง เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติ วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีระดับการวัดเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ประกอบด้วย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเข้าใจของคนวัยกลางคนเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการเกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย การเสี่ยงต่ออาการผิดปกติของโรคเรื้อรัง การทำหน้าที่ของร่างกายเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และภาวะน้ำหนักเกิน

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเข้าใจของคนวัยกลางคนว่า การป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จะเกิดผลต่อร่างกายมีความทุกข์ทรมาน พิการ เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เกิดผลกระทบต่อการทำงาน หยุดงาน ขาดงาน ตกงาน ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ เกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพยานพาหนะ ค่าจ้างคนดูแล เป็นภาระของครอบครัว และสังคม

3. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง ความเข้าใจของคนวัยกลางคนว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคมีประโยชน์ในการชะลอความเสื่อมของร่างกาย ลดการเกิดโรคเรื้อรัง ช่วยเพิ่มพูนต้านทานโรค ช่วยในการควบคุมน้ำหนักตัว ทำให้กล้ามเนื้อข้อต่อมีความแข็งแรง และยืดหยุ่น รู้สึกสดชื่น นอนหลับได้ดี ลดความตึงเครียด

4. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง ความเข้าใจของคนวัยกลางคนว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง ทำให้มีความลำบาก ยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่าย เสียเวลา เกิดอันตราย บาดเจ็บ และผลแทรกซ้อน

ปัจจัยชักนำการปฏิบัติ ประกอบด้วย

1. การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากช่องทางต่าง ๆ หมายถึง ช่องทางที่คนวัยกลางคนได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ เอกสารแผ่นพับ หนังสือพิมพ์ วารสารต่าง ๆ สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ (Facebook) และกลุ่มโซเชียลมีเดีย (Line) วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถามมีระดับการวัดเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่ได้เลย

2. การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากบุคคลต่าง ๆ หมายถึง ผู้ที่ถ่ายทอดให้คนวัยกลางคนได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ญาติ เพื่อนสนิท และเพื่อนบ้าน วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถามมีระดับการวัดเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่ได้เลย

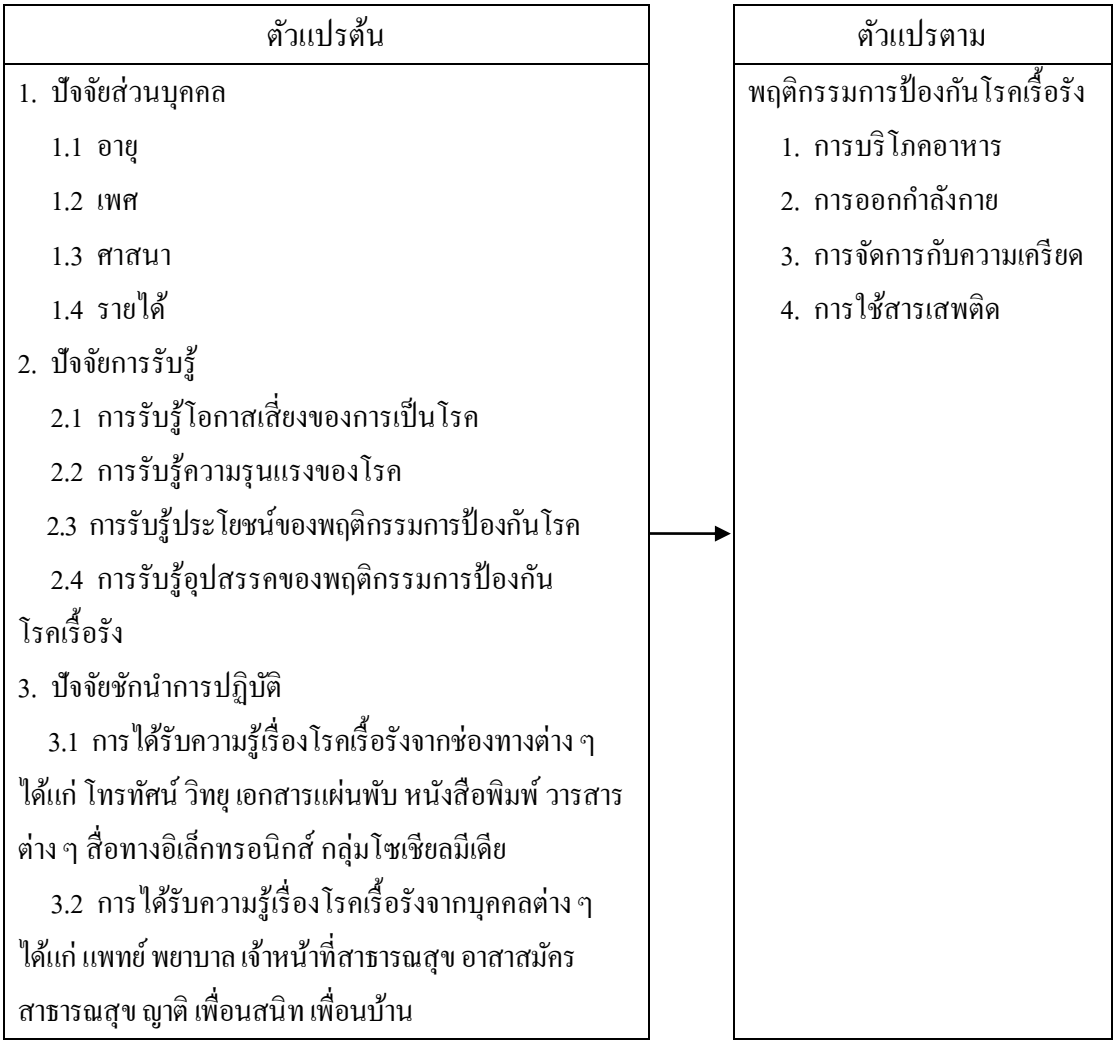
อายุ หมายถึง จำนวนเต็มนับเป็นปีตั้งแต่เกิดจนถึงวันเก็บข้อมูลของคนวัยกลางคน

ศาสนา หมายถึง หลักธรรม คำสอน รวมทั้งแนวความเชื่อ และแนวการปฏิบัติต่าง ๆ ตามคติของแต่ละศาสนา การใช้ชีวิตโดยมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ วัดเป็นพุทธ อิสลาม และอื่น ๆ

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ได้จากการประกอบอาชีพหลัก และเงินพิเศษต่าง ๆ ที่คนวัยกลางคนได้รับโดยเฉลี่ยต่อเดือน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคน โดยนำแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Becker (1974) และ Rosenstock (1974) มาอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ประกอบด้วย ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived benefits of taking action and barriers to taking action) ปัจจัยชักนำการปฏิบัติ ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ เอกสารแผ่นพับ หนังสือพิมพ์ วารสารต่าง ๆ สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ (Facebook) และกลุ่มโซเชียลมีเดีย (Line) หรือทางบุคคล ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ญาติ เพื่อนบ้าน และปัจจัยร่วมอื่น ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา และรายได้ ปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรังตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมและงานที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้ได้เรียบเรียงเนื้อหา ซึ่งประกอบด้วย

1. โรคเรื้อรัง
   1.1 โรคความดันโลหิตสูง
   1.2 โรคเบาหวาน
   1.3 โรคหัวใจและหลอดเลือด
   1.4 สาเหตุของกลุ่มโรคเรื้อรัง
   1.5 ผลกระทบของโรคเรื้อรัง
2. คนวัยกลางคนกับการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
   2.1 การแบ่งกลุ่มคนอายุวัยกลางคน
   2.2 ปัญหาโรคเรื้อรังในคนวัยกลางคน
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังในคนวัยกลางคน
4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

โรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรัง (Chronic diseases) หรือในปัจจุบันนิยมเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า กลุ่มโรค NCDs (Non-communicable diseases) ชื่อภาษาไทยเรียกว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีผู้ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่าเป็นโรคไม่ติดต่อจากคนสู่คน การดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ เกิดขึ้นทีละน้อย ใช้ระยะเวลานาน รักษาไม่หาย การรักษาเป็นการประคับประคองไม่ให้มีการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนนำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิต จำเป็นต้องมีการดูแลจากผู้ที่มีความรู้อย่างถูกต้อง เพื่อฟื้นฟูสภาพให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามสภาพของการเจ็บป่วยนั้น (พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, 2557; อารีย์ เสนีย์, 2557; WHO; 2011)

โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญทั่วโลกจากสถิติในปี พ.ศ. 2554 พบว่า ร้อยละ 68 ของการเสียชีวิตทั่วโลกมีสาเหตุจากโรคเรื้อรังและมากกว่า ร้อยละ 40 เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี (WHO, 2014 a) องค์การอนามัยโลก (WHO) และประเทศสมาชิกให้ความสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง โดยกำหนดโรค 4 กลุ่มโรคหลัก ประกอบด้วย โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมกันที่สำคัญ

4 ปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่สำคัญ 4 ปัจจัย ได้แก่ ไขมันในเส้นเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะน้ำหนักเกิน (ทักษพล ธรรมรังสี, 2557)

สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2550-2556 พบว่า อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สำคัญมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่อง จากรายงานการเฝ้าระวังโรคเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2557 ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์พบโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัตราป่วยเท่ากับ 1561.42, 1032.50, 407.69, 352.30 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ) (ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล, 2559)

สรุปได้ว่าโรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่ไม่ติดต่อจากคนสู่คน การดำเนินของโรคใช้ระยะเวลานานเป็นไปอย่างช้า ๆ รักษาไม่หาย มีปัจจัยสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน มัน เค็มมากเกินไป กินผัก และผลไม้น้อย ขาดการออกกำลังกาย ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียด สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สามารถป้องกันได้โดยมีพฤติกรรมป้องกันปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากเป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย มีค่าใช้จ่ายสูง และเป็นกลุ่มโรคที่มีปัจจัยสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะเดียวกัน

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รวบรวมรายงานผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2555 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 602,548 ราย อัตราป่วย 937.58 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดนี้ประกอบด้วย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างเดียว จำนวน 361,859 ราย อัตราป่วย 563.06 ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเบาหวานร่วมด้วย จำนวน 240,689 ราย อัตราป่วย 374.52 ต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2555 (ค.ศ. 2008-2012) จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2551 อัตราป่วยเท่ากับ 500.65 ต่อประชากรแสนคน จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2555 เท่ากับ 937.58 ต่อประชากรแสนคน (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, 2555)

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ภาวะที่ความดันช่วงบนมีค่าตั้งแต่ 130 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/ หรือความดันช่วงล่างมีค่าตั้งแต่ 80 มิลลิเมตรปรอท

ขึ้นไป (American Heart Association [AHA], 2017)

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ ชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดซึ่งพบได้สูงถึงร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดและชนิดทราบสาเหตุซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของโรคนี้ สาเหตุการเกิดโรคที่พบบ่อยในคนไทยส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหรือความดันโลหิตสูง (จันจิราภรณ์ วิชัย, 2558) ได้แก่

1. อายุที่สูงขึ้นโดยเฉพาะมากกว่า 40 ปี
2. มีสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะคนเมืองมากขึ้น ได้แก่

2.1 รับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมหรือเกลือแกงปริมาณสูงมากกว่า 6 กรัมต่อวัน หรือประมาณหนึ่งช้อนชาของเกลือแกง และขาดการรับประทานผักผลไม้ที่เพียงพอ

2.2 บริโภคแอลกอฮอล์ปริมาณสูงมากกว่า 30 ซีซีในผู้ชาย และ 15 ซีซีในผู้หญิงเป็นประจำ

2.3 ขาดการออกกำลังกาย

2.4 ภาวะเครียดเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น

2.5 มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 27

2.6 มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง

2.7 สาเหตุส่วนน้อยจะมีสาเหตุทั้งที่รักษาให้หายขาดได้และบรรเทาอาการได้ ได้แก่ เนื้องอกของต่อมหมวกไต โรคไต และโรคที่มีความผิดปกติของระบบไหลเวียน

อาการของโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะหรือโรคความดันโลหิตสูงเป็นภัยเงียบ ส่วนใหญ่ของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงไม่มีอาการ มักตรวจพบจากการตรวจสุขภาพประจำปีหรือตรวจพบโดยบังเอิญ พบว่า ร้อยละ 70 ของผู้มีความดันโลหิตสูงในวัยทำงานไม่รู้ว่า ตนเองเป็นโรค อาการที่อาจพบในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดบริเวณด้านหลังของศีรษะ ปวดต้นคอ เวียนศีรษะ ได้ยินเสียงหึ่ง ๆ ในหู

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

การตรวจสำคัญ คือ การตรวจวัดค่าความดันโลหิตซึ่งถือเป็นการตรวจหลัก โดยทั่วไปจะทำการตรวจวัดความดันในท่านั่ง ทำการตรวจวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง เพื่อความแม่นยำของผลการตรวจ ถ้าพบว่า ค่าความดันเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ที่สูงกว่าปกติ นัดให้มาตรวจวัดซ้ำอีกอย่างน้อย 1-2 ครั้ง ในวันต่างกันหากพบว่า ค่าความดันเฉลี่ยยังสูงกว่าปกติจะถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงจะตรวจพบความดันโลหิตช่วงบนมีค่าตั้งแต่ 130 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปหรือความดันโลหิตช่วงล่างมีค่าตั้งแต่ 80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปหรือสูงทั้งช่วงบนและช่วงล่าง

American College of Cardiology/ American Heart Association Guideline 2017 (ACC/ AHA) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้เผยแพร่แนวทางการป้องกัน การประเมินและการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงฉบับใหม่ (AHA, 2017 cited in Bunditanukul, 2018) โดยในแนวทางดังกล่าวได้มีการให้คำจำกัดความในการแบ่งภาวะความดันโลหิตสูงใหม่ไว้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจำแนกระดับโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ของ ACC/ AHA

BP classification	**SBP (มม.ปรอท)**	**DBP (มม.ปรอท)**
Normal (ปกติ)	< 120	< 80
Elevated (เริ่มสูง)	120-129	< 80
Hypertension (ความดันโลหิตสูง)		
Stage 1 (ขั้นที่ 1)	130-90	80-89
Stage 2 (ขั้นที่ 2)	≥ 140	≥ 90

หมายเหตุ SBP = Systolic Blood Pressure; DBP = Diastolic Blood Pressure

จากตารางที่ 1 แนวทางที่ปรับปรุงใหม่จะแยกประเภทความดันโลหิตสูงออกเป็น ความดันโลหิตปกติ หมายถึง ค่าความดันโลหิต Systolic น้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิต Diastolic น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตเริ่มสูง หมายถึง ค่าความดันโลหิต Systolic อยู่ระหว่าง 120-129 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิต Diastolic น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูงขั้นที่ 1 หมายถึง ค่าความดันโลหิต Systolic อยู่ระหว่าง 130-139 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิต Diastolic อยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูงขั้นที่ 2 หมายถึง ค่าความดันโลหิต Systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิต Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท เป็นระดับความดันโลหิตสูงที่ต้องรักษา

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง อาจไม่มีอาการใด ๆ เลย หรืออาจมีอาการปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ และเหนื่อยง่ายผิดปกติ ภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่นาน และไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดการทำลายของอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ในร่างกายได้ (จันจิราภรณ์ วิชัย, 2558) ดังนี้

1. ผลต่อหัวใจ มักมีผลทำให้เกิดภาวะล้มเหลวหรือเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบตันหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทำให้หัวใจวายได้ นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต ทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ตามปกติ เกิดเลือดคั่งในปอด ถุงลมในปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ทำให้รับออกซิเจนได้น้อยลง ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนักมาก

เกิดอาการบวมทั้งตัวและหัวใจห้องล่างขวาวาย

2. ผลต่อหลอดเลือดแดง ภาวะความดันโลหิตสูงมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็งตัว (Atherosclerosis) มีการเกาะตัวของไขมันที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นเป็นผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบ อวัยวะส่วนปลายได้รับเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอหรืออาจเกิดการอุดตันของหลอดเลือด หลอดเลือดแดงโป่งพองและแตก

3. ผลต่อไต ไตนอกจากจะทำหน้าที่ขับของเสียแล้ว ยังมีหน้าที่ผลิตสารปรับความดันโลหิตที่ช่วยรักษาความดันให้เป็นปกติ เช่น เรนิน (Renin) และพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandins) ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดแดงบริเวณไตมีผนังหนาขึ้น หลอดเลือดตีบ ขรุขระ เลือดมาเลี้ยงไตไม่เพียงพอทำให้ไตเสื่อมหน้าที่ในการกรองของเสียออกจากร่างกาย เกิดภาวะไตวายเรื้อรัง

4. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงของเยื่อแก้วตา หลอดเลือดฝอยบริเวณตาบีบตัวมากขึ้น มีเลือดออกในตาและประสาทตาเสื่อม ทำให้ตาจะมัวลงเรื่อย ๆ และตาบอดได้

5. ผลต่อสมอง ความดันโลหิตที่สูงอยู่เป็นเวลานานจะส่งผลต่อแรงดันของหลอดเลือดในสมองเพิ่มขึ้นร่วมกับผนังหลอดเลือดแดงแข็ง มีหลอดเลือดแดงตีบ ตัน อาจมีการโป่งพองและแตกจนเกิดเลือดออกในสมองทำให้เนื้อสมองตายเป็นอัมพาตหรือเสียชีวิต

การป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

การวัดความดันโลหิต ควรทำเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตและวางแผนในการดูแลตนเอง โรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้ (ธาริณี พังจุนันท์ และนิตยา พันธุเวทย์, 2558) ดังนี้

1. ลดการกินอาหารที่มีรสเค็ม
2. เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ (รสหวานน้อย)
3. ออกกาลังกาย ทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน เป็นต้น
4. จำกัดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้อยู่ในปริมาณที่เหมาะสมหรือไม่ดื่ม
5. งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการสูดดมควันบุหรี่
6. การส่งเสริมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การออกกาลังกาย การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลก ปี พ.ศ. 2555 ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2012 อ้างถึงใน นุชรี อาบสุวรรณ, 2558) พบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่เป็นโรคเบาหวาน โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในศตวรรษที่ 21

ในปี พ.ศ. 2557 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 387 ล้านคน คาดว่า ปี พ.ศ. 2573 จะมีประชากรป่วยด้วยโรคเบาหวานมากถึง 600 ล้านคนทั่วโลก สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 11,389 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 32 คน คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 17.53 ต่อแสนประชากร และมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 698,720 ครั้ง คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1,081.25 ต่อแสนประชากร การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 6.9 หรือ 3,185,639 คน โดยผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าในผู้ชายพบร้อยละ 7.7 และ 6 ตามลำดับ และความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุจากร้อยละ 0.6 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ความชุกขึ้นสูงสุดพบในกลุ่มอายุ 60 ปี ร้อยละ 16.7 (นุชรี อาบสุวรรณ, 2558)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังจากการเสียสมดุลของการใช้น้ำตาลในเลือด สาเหตุเกิดจากความบกพร่องของตับอ่อนในการหลั่งอินซูลิน (Insulin) โดยปกติน้ำตาลจะเข้าสู่เซลล์ร่างกาย โดยมีอินซูลินซึ่งสร้างจากตับอ่อน ทำหน้าที่นำน้ำตาลเข้าเซลล์เพื่อใช้เป็นพลังงาน เมื่อเกิดความผิดปกติขึ้นจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ในคนปกติก่อนรับประทานอาหารเช้าจะมีน้ำตาลในเลือดประมาณ 70-99 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร และหลังรับประทานอาหารแล้ว 2 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลไม่เกิน 140 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากไตจะกรองน้ำตาลออกมากับน้ำปัสสาวะทำให้ปัสสาวะมีรสหวาน จึงเรียกภาวะนี้ว่า เบาหวาน ไตเรามีความสามารถกั้นน้ำตาลได้ประมาณ 180-200 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร หากน้ำตาลต่ำกว่า 180-200 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร ไตจะไม่กรองออกมากับปัสสาวะ ดังนั้นในการวินิจฉัยโรคใช้วิธีการตรวจระดับน้ำตาลทางเลือดจะได้ผลแน่นอนกว่าการตรวจทางปัสสาวะ (เทพ หิมะทองคำ, 2550)

ประเภทของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 4 ชนิด (ชัชลิต รัตรสาร, 2556) คือ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากร่างกายทำลายเซลล์ของตัวเองที่ทำหน้าที่ผลิตอินซูลินโดยอาศัยปฏิกิริยาอิมมูนเกิดได้กับทุกอายุ แต่มักพบในวัยเด็กหรือผู้ใหญ่ตอนต้น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ต้องการอินซูลินเพื่อให้ชีวิตอยู่รอด โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดจากร่างกายผลิตอินซูลินไม่เพียงพอและอินซูลินไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสเข้าเซลล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่เรียกว่า เกิดการดื้ออินซูลิน มักพบในผู้ใหญ่อายุมากกว่า 40 ปี สัมพันธ์กับการมีน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนซึ่งเป็นสาเหตุของการดื้ออินซูลิน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบเพิ่มมากขึ้นในเด็กอ้วน วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (Other specific types) เป็นเบาหวานชนิดที่มีสาเหตุชัดเจน เช่น โรคตับอ่อนอักเสบ ตับอ่อนถูกตัด โรคที่มีเหล็กสะสมมากเกินไปในตับจนทำให้ตับเสียหาย การรับประทานยาบางชนิด การได้รับสารเคมี ความผิดปกติของฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต

และโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความชุกของโรคแตกต่างกันในแต่ละประเทศขึ้นกับเกณฑ์การวินิจฉัย ประมาณกันว่า เกิดขึ้นทุก 1 ใน 6 รายของสตรีตั้งครรภ์ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ทั้งต่อมารดาและเด็ก เช่น เด็กตัวโตเกิดความพิการตั้งแต่ก่อนกำเนิดมักหายไปหลังคลอด แต่สตรีที่มีประวัติเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งเด็กที่เกิดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคต

จะเห็นได้ว่า เบาหวานชนิดที่ 2 เป็นเบาหวานที่พบส่วนใหญ่มีปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคได้แก่ ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เช่น กรรมพันธุ์ วัยที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ เช่น อาหาร การออกกำลังกาย บุหรี่ สุรา ดังนั้น การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้เหล่านี้จะให้ประโยชน์อย่างมาก ในการศึกษานี้จึงจะกล่าวถึงเฉพาะเบาหวานชนิดที่ 2

อาการและอาการแสดง

อาการสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมีดังนี้ ปัสสาวะบ่อยและมาก ในตอนกลางคืน คอแห้ง ดื่มน้ำมาก หิวบ่อย กินจุ น้ำหนักลด เป็นแผลง่ายแต่หายยาก คันตามผิวหนัง ตาพร่ามัว ชาตามปลายมือ ปลายเท้า และความรู้สึกทางเพศลดลง

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Diabetes Association [ADA], 2017) มีความเห็นว่า มีคนบางกลุ่มที่แม้ระดับน้ำตาลไม่สูงมาก แต่ก็มีโรคแทรกซ้อนได้เช่นเดียวกับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน จึงปรับค่าการวินิจฉัยใหม่ ดังนี้

1. ระดับน้ำตาลในพลาสมา (Fasting plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร โดยการอดอาหาร และเครื่องดื่มที่ให้พลังงานมีระยะเวลาต่อเนื่องกันอย่างน้อย 8 ชั่วโมง
2. มีอาการแสดงของโรคเบาหวานร่วมกับค่าระดับน้ำตาลในพลาสมาเวลาใดก็ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร
3. การตรวจความทนต่อกลูโคส (Oral Glucose Tolerance Test [OGTT]) พบระดับน้ำตาลในชั่วโมงที่ 2 มากว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร ถือเป็นโรคเบาหวาน

อย่างไรก็ตามเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องแน่นอน จึงควรยืนยันผลการตรวจระดับน้ำตาลด้วยการตรวจซ้ำอีกรอบ

อาการแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน

อาการแทรกซ้อนของเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือด โอกาสจะเกิดอาการแทรกซ้อนขึ้นกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในค่าเป้าหมาย (เทพ หิมะทองคำ, 2550) ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนทางสายตา (Diabetic retinopathy) ระดับน้ำตาลในเลือดสูงนาน ๆ ทำให้หลอดเลือดแดงฝอยขนาดเล็กบริเวณจอประสาทตาเกิดการอุดตันและโป่งพองเป็นกระเปาะ

เรียกว่า Non-proliferative diabetic retinopathy หลอดเลือดเหล่านี้จะฉีกขาดได้ง่าย มักไม่มีอาการแสดง ยกเว้นความผิดปกตินั้นเกิดขึ้นในตำแหน่งที่สำคัญของจอรับภาพ คือ บริเวณจุดศูนย์กลางของการมองเห็น (Macula) หรือมีการแตกของเส้นเลือดอย่างมากจนบังจอรับภาพ ทำให้มองไม่เห็น เบาหวานขึ้นตามีความสัมพันธ์โดยตรงกับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน การป้องกันสามารถทำได้โดยส่งผู้ป่วยตรวจคัดกรองจอประสาทตากับจักษุแพทย์

2. ภาวะแทรกซ้อนทางไต (Diabetic nephropathy) ไตมีหน้าที่กำจัดของเสียออกจากร่างกาย เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงนาน ๆ ทำให้หลอดเลือดแดงฝอยขนาดเล็กในไตซึ่งทำหน้าที่กรองของเสียถูกทำลาย เกิดการรั่วของโปรตีนออกมาในปัสสาวะ เรียกว่า Microalbuminuria เมื่อไตไม่สามารถกรองของเสียออกจากร่างกายได้จะนำไปสู่ภาวะไตวาย

3. ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Diabetic neuropathy) สามารถแบ่งตามอาการได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

3.1 อาการที่เกิดจากประสาทส่วนปลายเสื่อม เป็นอาการที่พบได้บ่อย โดยผู้ป่วยมักจะสูญเสียประสาทรับความรู้สึกบริเวณเท้า เริ่มที่นิ้วเท้า และลุกลามขึ้นมาเรื่อย ๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกชา ไม่รู้สึกเจ็บ การรับรู้ร้อน เย็นลดลง ทำให้เมื่อเกิดการบาดเจ็บที่เท้าจะถูกละเลยการดูแล ร่วมกับภาวะเส้นเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ หากเกิดขึ้นที่ตำแหน่งรับน้ำหนักของร่างกาย แผลจะหายช้าหรือไม่หาย มีโอกาสที่ต้องสูญเสียเท้า การดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานจึงสำคัญมาก

3.2 ความผิดปกติของเส้นประสาทเส้นใดเส้นหนึ่ง เส้นประสาทเส้นใดเส้นหนึ่งเกิดความผิดปกติ เช่น เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อตาผิดปกติ ทำให้มีปัญหาในการกลอกตา อาจมองเห็นภาพซ้อน บางรายอาจมีการปวดศีรษะมากร่วมด้วย ความผิดปกตินี้อาจดีและหายได้เองภายใน 2-12 เดือน

4. ระบบประสาทอัตโนมัติเสื่อม อาการที่เกิดจากระบบประสาทอัตโนมัติเสื่อม ระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมระบบทางเดินอาหารเสื่อม ส่งผลให้กระเพาะอาหารเคลื่อนไหวลดลง เกิดอาการคลื่นไส้ แน่นท้อง อาเจียน การดูดซึมอาหารมีปัญหา รับประทานอาหารได้น้อยลง อาจทำให้เกิดปัญหาท้องเสียเรื้อรัง มักเป็นในเวลากลางคืน เป็น ๆ หาย ๆ ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีปัญหาหรืออาจเกิดระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมระบบปัสสาวะ และระบบสืบพันธ์เสื่อม กระเพาะปัสสาวะไม่บีบตัว กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะไหลไม่รู้ตัว มีปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะ เกิดการติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะ ในเพศชายอาจมีปัญหาการไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศ

5. โรคหัวใจและหลอดเลือดจากเบาหวาน โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอย่างหนึ่งในผู้ป่วยเบาหวาน ระดับน้ำตาลสูงในเส้นเลือดเป็นตัวการที่จะเร่งให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดทั่วร่างกาย เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลจะไปเกาะที่เม็ดเลือดแดง ทำให้การปลดปล่อยออกซิเจน

จากเม็ดเลือดแดงไปสู่เนื้อเยื่อต่ำลง เนื้อเยื่อจึงขาดออกซิเจนเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงทั้งหลอดเลือดขนาดใหญ่ และขนาดเล็ก เกิดภาวะเส้นเลือดตีบแข็ง (Atherosclerosis) ร่วมกับการมีไขมันในเลือดสูงก็จะส่งผลให้มีการตีบของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด หากหลอดเลือดเกิดอุดตันก็จะเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายและเกิดปัญหากับอวัยวะที่เส้นเลือดนั้นไปเลี้ยง เช่น ถ้าเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบตันเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงแขนขาตีบทำให้กล้ามเนื้อแขนขาปวดและอ่อนแรง

การป้องกันโรคเบาหวาน

การป้องกันโรคเบาหวาน คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (นุชรี อาบสุวรรณ, 2558) ดังนี้

1. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน มัน เค็มจัด เพิ่มผักและผลไม้
2. ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 150 นาทีต่อสัปดาห์
3. การงด/ ลด การสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์
4. ควรรับการตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และการทำจิตใจให้แจ่มใสอยู่เสมอ

โรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากหลอดเลือดตีบตันหรือหลอดเลือดแข็งตัว ซึ่งเกิดจากการสะสมของไขมัน โปรตีน และแร่ธาตุในผนังหลอดเลือดจนเกิดการตีบตันและแคบ หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นเปราะบางมากขึ้น ทำให้มีความต้านทานการไหลของเลือด หากเกิดบริเวณหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจจะทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้น้อย เกิดโรคหัวใจขาดเลือด หากอุดตันจนเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่ได้จะเกิดหัวใจวายเฉียบพลัน หรือหัวใจล้มเหลว ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือถ้าเกิดบริเวณหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้น้อยเกิดโรคสมองขาดเลือดหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประชากรในไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายสูงเป็นอันดับที่ 1 ของคนไทย เมื่อปี พ.ศ. 2553 และ ปี พ.ศ. 2557 คนไทยตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงถึง 58,681 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน (ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล, 2559) โรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองใหญ่หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต

โรคหัวใจขาดเลือด

โรคหัวใจขาดเลือด เกิดจากผนังด้านในของหลอดเลือดมีไขมันสะสม พอกตัวหนาขึ้น หลอดเลือดจะตีบ และแข็งตัว จนการไหลเวียนเลือดตีบตันลงไป เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เป็นผลทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

อาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) มีดังนี้

1. แน่นหน้าอก คล้ายมีของหนักทับหน้าอก คล้ายมีอะไรมาบีบรัด เจ็บใต้กระดูกด้านซ้าย อาจเจ็บร้าวถึงขากรรไกร และแขนซ้าย อาการเจ็บมักจะสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย เช่น วิ่งตามรถเมล์ เดินขึ้นสะพานลอย ยกของหนัก ภาวะเครียดจัด

2. เมื่อยล้า โดยไม่มีสาเหตุที่แขนหรือที่มือหรือที่ขากรรไกร

3. ปวดท้องโดยเฉพาะอาจจะเจ็บหน้าอกร้าวมาบริเวณลิ้นปี่

4. หายใจเหนื่อยหรือหอบ หายใจไม่ออก เหนื่อย นอนราบไม่ได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจเสียหายมาก ทำให้ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงได้อย่างเพียงพอ

5. เวียนศีรษะ หน้ามืดจะเป็นลม หรือหมดสติเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ

ลักษณะสำคัญอาการเจ็บหน้าอก

ตำแหน่งที่เจ็บ บริเวณหน้าอกด้านหน้า ตั้งแต่ลิ้นปี่ถึงคอ ลักษณะการเจ็บ เจ็บแน่น ๆ เจ็บตื้อ ๆ รัด ๆ เจ็บรุนแรงในอก อาจจะมีการเจ็บร้าวหรือไม่มีก็ได้ ถ้ามีจะมีอาการเจ็บร้าวไปที่แขน คางฟัน คอไหล่ อาการเจ็บสัมพันธ์กับการออกแรงหรือภาวะอารมณ์ เช่น กำลังทำงาน กำลังยกของหนักตื่นเต้น โกรธ ระยะเวลาที่เจ็บอกนานประมาณ 30 วินาที ถึง 15 นาที อาการเจ็บอกลดลงเมื่อหยุดทำงาน ทำงานช้าลง ทำงานเบา เป็นต้น อาการร่วมอื่น ๆ อาจจะมีหรือไม่มีก็ได้ ถ้ามีจะมีอาการเหนื่อยหอบ ใจสั่น เหงื่อออก เวียนหัว หน้ามืด เป็นลม คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาต

โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาต คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบตันหรือแตกจนเกิดการทำลายหรือตายของเนื้อสมอง

อาการของโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาต

อาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง อาการที่พบบ่อย คือ การอ่อนแรงบริเวณใบหน้า แขนขา ส่วนมากเป็นข้างเดียว และเกิดขึ้นโดยเฉียบพลัน อาการอื่นที่อาจเกิดร่วม ได้แก่ ชาบริเวณใบหน้า แขนขา มองเห็นไม่ชัด เห็นภาพซ้อน การคิดสับสน พูดลำบาก หรือฟังคนอื่นเข้าใจยาก ปวดศีรษะรุนแรง เดินลำบาก งุนงง ทรงตัวไม่ได้เหมือนปกติ เป็นลมหมดสติ

อาการเตือนโรคสมองขาดเลือด

อาการเตือนโรคสมองขาดเลือด ได้แก่ แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง ชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดลำบาก สับสน มองไม่ชัด ตาพร่ามั่ว เห็นภาพซ้อน สูญเสียการทรงตัว อาจพบเพียง 1 อาการหรือมากกว่า 1 อาการ ใช้ตัวย่อช่วยจำคือ “F.A.S.T.” มาจาก

F = Face เวลายิ้ม พบว่า มุมปากข้างหนึ่งตก

A = Arms ยกแขนไม่ขึ้น 1 ข้าง

S = Speech มีปัญหาด้านการพูด พูดไม่ออกหรือพูดไม่ชัด แม้ประโยคง่าย ๆ

T = time ผู้มีอาการดังกล่าวนี้ต้องรีบไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาโดยด่วน ภายใน 4 ชั่วโมงจะได้ช่วยรักษาชีวิตและสามารถฟื้นฟูกลับมาได้เป็นปกติหรือใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด

สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง

เกิดจากวิถีชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานที่มากเกินพอดี ไม่สมดุล รับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม รับประทานผักผลไม้น้อย มีกิจกรรมทางกายน้อยลง ไม่ออกกำลังกายเครียด ใช้เครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้น และพักผ่อนไม่เพียงพอ ประกอบกับการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน นำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559)

การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2555) ได้แก่

การปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิต โดยการออกกำลังกายตามสุขภาพ จำกัดอาหารไขมัน กินอาหารมีประโยชน์ ควบคุมน้ำหนัก ควบคุมโรคต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุ เช่น โรคเบาหวาน ปรึกษาแพทย์ เมื่อมีความกังวลในอาการหรือสงสัยในสุขภาพของตนเอง

สาเหตุของโรคเรื้อรัง

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลักษณะร่วมเป็นสาเหตุของโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556; จุรีพร คงประเสริฐ และธิดารัตน์ อภิญญา, 2558; ทักษพล ธรรมรังสี, 2557) มีดังนี้

1. การบริโภคอาหาร อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิต การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ ไม่ได้สัดส่วน และเกินพอดี จะส่งผลร้ายต่อสุขภาพในคนวัยกลางคน ความต้องการพลังงานจะเริ่มลดลง จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงาน ประกอบด้วย 4 พฤติกรรม ดังนี้

1.1 การบริโภคผักและผลไม้น้อย จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ปี พ.ศ. 2546-2547 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งหญิงและชาย รับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยเพียงวันละ 3.4 และ 3.5 ส่วนมาตรฐาน ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานที่องค์กรอนามัยโลกกำหนดไว้ และในปี พ.ศ. 2551-2552 พบว่า การรับประทานผักและผลไม้น้อยลงอีกเฉลี่ยเพียงวันละ 3.1 และ 3.0 ส่วนมาตรฐานตามลำดับ โดยมีความชุกของการรับประทานผักและผลไม้ ปริมาณต่อวันเพียงพอตามข้อแนะนำลดลงจากร้อยละ 21.7 ในปี พ.ศ. 2546-2547 เป็นร้อยละ 17.7 ในปี พ.ศ. 2551-2552 องค์การอนามัยโลกกำหนดให้บริโภคผักและผลไม้วันละ 5-7.5 ถ้วยมาตรฐาน

การบริโภคผักและผลไม้น้อยไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจะส่งผลให้เกิดโรคได้ เนื่องจากผักและผลไม้เป็นแหล่งวิตามิน แร่ธาตุ ใยอาหาร ซึ่งเป็นผลดีต่อสุขภาพ ใยอาหารที่ละลายน้ำจะช่วยลดการดูดซึมของกลูโคสผ่านเยื่อบุผิวของลำไส้ ช่วยลดการดูดซึมของไขมัน จึงมีประโยชน์ต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือดและระดับกลูโคส

1.2 การบริโภคอาหารหวานมาก น้ำตาลเป็นอาหารจัดอยู่ในกลุ่มที่ให้คาร์โบไฮเดรตชนิดที่โมเลกุลไม่ซับซ้อน จัดเป็นอาหารให้พลังงานชนิดว่างเปล่า คือ ให้พลังงานแต่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ น้ำตาล 1 กรัม ให้พลังงาน 4 แคลอรี่ หรือน้ำตาล 1 ช้อนชา ให้พลังงาน 16 กิโลแคลอรี องค์การอนามัยโลกกำหนดให้บริโภคน้ำตาลไม่ควรเกินร้อยละ 10 ของปริมาณพลังงานที่ได้รับใน 1 วัน หรือบริโภคไม่เกินวันละ 4-6 ช้อนชาต่อวัน ซึ่งเท่ากับประมาณร้อยละ 5 โดยส่วนที่เหลือได้เผื่อไว้สำหรับน้ำตาลที่ได้รับจากอาหารอื่นซึ่งไม่ทราบปริมาณ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ถ้าร่างกายได้รับน้ำตาลมากกว่าร้อยละ 20 ของพลังงาน น้ำตาลที่มีมากเกินความจำเป็นจะถูกเปลี่ยนสภาพให้กลายเป็นไขมัน และนำไปสะสมไว้ในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำให้เกิดภาวะอ้วน น้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานหรืออาจทำให้อินซูลินทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เซลล์เกิดภาวะดื้ออินซูลิน ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินปกติ ตกค้างในเส้นเลือด น้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงที่กระตุ้นให้หลอดเลือดแข็ง น้ำตาลจะสะสมที่ผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดหนา ขาดความยืดหยุ่น ตีบ และอุดตัน น้ำตาลทำให้เกิดความผิดปกติของกระบวนการเมตะบอลิสม ก่อให้เกิดการสร้างสารเคมีหรือกระบวนการบางอย่างที่มีส่วนทำลายหลอดเลือดแดง เช่น การทำหน้าที่ของเยื่อบุเซลล์ชั้นในของผนังหลอดเลือดแดง (Endothelial cell) ผิดปกติ ทำให้สูญเสียกลไกการป้องกันหลอดเลือด และไปกระตุ้นกระบวนการทำลายหลอดเลือดแทน การเพิ่มอนุมูลอิสระ และเพิ่ม Oxidative stress การเปลี่ยนแปลงในกลไกการแข็งตัวของเลือดให้มีการเกาะจับตัวของเลือดได้ง่ายขึ้น กระตุ้นกลไกการอักเสบของผนังหลอดเลือดแดง การเพิ่มการจับตัวของน้ำตาลกลูโคสกับสารโปรตีนบางอย่าง (Glycosylation) ซึ่งเป็นเสมือนสารพิษในร่างกาย กลไกจะค่อย ๆ ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องได้ทั่วร่างกาย เมื่อหลอดเลือดแดงแข็ง การไหลเวียนเลือดสู่อวัยวะที่เกี่ยวข้องไม่เพียงพอนำไปสู่อาการและโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน เบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงต่อการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2555)

1.3 การบริโภคอาหารมันมาก ไขมันเป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อสุขภาพเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของผนังเซลล์ และช่วยในการดูดซึมวิตามินเอ ดี อี เค ที่ละลายในไขมัน นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งของพลังงานให้กับร่างกาย ไขมันให้พลังงานมากกว่าอาหารประเภทอื่น คือ ไขมัน 1 กรัม ให้พลังงานสูงถึง 9 กิโลแคลอรี ขณะที่คาร์โบไฮเดรตและโปรตีนที่ได้จากอาหารประเภทแป้ง

และเนื้อสัตว์ให้พลังงานเพียง 4 กิโลแคลอรีต่อกรัม ไขมันทุกชนิดไม่ว่าจะดีหรือเลวต่างมีพลังงานเท่ากัน ข้อแนะนำในการบริโภคไขมัน คือ บริโภคไขมันไม่เกินร้อยละ 25-35 ของพลังงาน ปริมาณไขมันที่เพิ่มขึ้นควรเป็นส่วนของไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียวส่วนไขมันอิ่มตัวในอาหารไม่ควรเกินร้อยละ 7 ของพลังงาน ผู้ชายไม่ควรได้รับไขมันอิ่มตัวเกิน 30 กรัมต่อวัน สำหรับผู้หญิงไม่ควรได้รับไขมันอิ่มตัวเกิน 20 กรัมต่อวัน คนที่ไม่ต้องการพลังงานมาก เช่น ผู้หญิงวัยทำงานต้องการปริมาณน้ำมันไม่เกินวันละ 5 ช้อนชา (25 กรัม) ผู้ที่ต้องการพลังงานมาก เช่น ผู้ใช้แรงงาน เกษตรกร นักกีฬาไม่เกิน 9 ช้อนชา (45 กรัม) (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

1.3.1 กรดไขมันในอาหาร แบ่งเป็นกรดไขมันอิ่มตัวและกรดไขมันไม่อิ่มตัว จำแนกได้ 4 ชนิด (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ดังนี้

1.3.1.1 กรดไขมันอิ่มตัว มีลักษณะแข็งที่อุณหภูมิห้อง พบมากในเนื้อสัตว์ต่าง ๆ โดยเฉพาะที่เห็นเป็นไขมันขาว ๆ ไขมันที่มีอยู่ในนมหรือเนยสด เป็นไขมันที่อันตรายต่อสุขภาพถ้าบริโภคมากจะเพิ่มระดับคอเลสเตอรอล (Cholesterol) พบมากในผลิตภัณฑ์จากสัตว์ ได้แก่ หมูสามชั้น มันหมู หนังไก่ และไขมันอิ่มตัวที่มีมากในพืช เช่น กะทิ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม

1.3.1.2 กรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง มีลักษณะเป็นของเหลวที่อุณหภูมิห้อง มีมากในน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันเมล็ดดอกทานตะวัน กรดไขมันชนิดนี้ช่วยในการลดระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล (Low Density Lipoprotein Cholesterol [LDL]) โดยการกำจัดคอเลสเตอรอลที่สร้างขึ้นใหม่ในกระแสเลือด แต่มีข้อเสีย คือ จะลดไขมันเอชดีแอล (Hight Density Lipoprotein Cholesterol [HDL]) ซึ่งเป็นคอเลสเตอรอลตัวดีที่ช่วยปกป้องหัวใจไปด้วย

1.3.1.3 กรดไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว มีลักษณะเป็นของเหลวที่อุณหภูมิห้อง กรดไขมันชนิดนี้ช่วยในการลด LDL Cholesterol โดยไม่ลดระดับ HDL Cholesterol กรดไขมันชนิดนี้มีมากในน้ำมันมะกอก น้ำมันคาโนลา น้ำมันถั่วลิสง น้ำมันรำข้าว

1.3.1.4 กรดไขมันทรานซ์ เกิดจากการเติมไฮโดรเจนลงในน้ำมันพืช เพื่อเปลี่ยนสภาพจากของเหลวให้เป็นของแข็ง เช่น ในการผลิตเนยเทียมหรือเนยขาวจากน้ำมันพืช ไขมันประเภทนี้เพิ่มระดับ LDL Cholesterol และลดระดับ HDL Cholesterol เพิ่มการหลั่งอินซูลิน ทำให้เพิ่มความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.3.2 ไขมันในกระแสเลือด ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ดังนี้

1.3.2.1 คอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) เกิดจากการรวมกันของคอเลสเตอรอล 2 ชนิด คือ แอล ดี แอล (LDL Cholesterol: Low Density Lipoprotein) คือ คอเลสเตอรอลชนิดที่ร่างกายสังเคราะห์ขึ้นมาจากอาหารที่เรารับประทานเข้าไปในแต่ละมื้อ คอเลสเตอรอลชนิดแอล ดี แอล เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง

และคอเลสเตอรอลชนิดเอช ดี แอล (HDL-C High Density Lipoprotein) ซึ่งเป็นคอเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นสูง คอเลสเตอรอลชนิดนี้หากมีอยู่ในกระแสเลือดในระดับสูงมากอาจทำให้เป็นโรคหัวใจตีบได้

1.3.2.2 ไตรกลีเซอร์ไรด์ (Triglyceride) เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น กะทิไข่แดง หอยนางรม การกินแป้งขัดขาว เป็นต้น ค่าระดับไตรกลีเซอไรด์ ปกติไม่ควรเกิน 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระหว่าง 200 ถึง 499 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นระดับสูงมากกว่า 500 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่าเป็นระดับที่สูงมากอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ

1.3.3 การบริโภคอาหารมันเกินความต้องการของร่างกายมีผลกระทบต่อสุขภาพดังนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

1.3.3.1 โรคหัวใจและหลอดเลือด เวลาที่เรากินอาหารที่มีไขมันสูง คอเลสเตอรอลชนิดแอล ดี แอล ซึ่งสามารถซึมผ่านเซลล์ได้จะเข้าไปสะสมในผนังหลอดเลือดและไปกระตุ้นให้เม็ดเลือดขาวจับกันเป็นก้อน เรียกว่า โฟมเซลล์ (Foam cells) ทั้งนี้หากกระแสเลือดของคนเรามีระดับของคอเลสเตอรอลชนิดแอล ดี แอล สูง (มากกว่า 190 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) จะยิ่งทำให้เกิดการซึมผ่านของคอเลสเตอรอลสู่ชั้นใต้ผนังหลอดเลือดแดง และทำให้เกิดการแตกตัว และปล่อยสารพิษออกมาทำลายผนังหลอดเลือด จนทำให้เกิดการอักเสบ ตีบตัน และปริแตก เมื่อผนังหลอดเลือดแดงปริแตกเกล็ดเลือดซึ่งอยู่ในกระแสเลือด จะมาเกาะรวมตัวกันที่ผนังหลอดเลือดจนเป็นลิ่มเลือดและไปอุดตันหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันเสียชีวิตกะทันหันได้

1.3.3.2 โรคอ้วน ปัจจุบันสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้การใช้ชีวิตเปลี่ยนไปแข่งกับเวลาส่งผลให้ต้องรับประทานอาหารที่ไม่มีสารอาหารเพียงพอ และมีคุณค่าพอที่จะทดแทนอาหารมื้อหลักได้ หรือเรียกว่า ฟาสต์ฟู้ดและจั๊งค์ฟู้ด เป็นอาหารที่ไม่ค่อยมีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น เบอร์เกอร์ ไก่ทอด มันฝรั่งทอด ฮอทดอก พิซซ่า น้ำอัดลม ที่จะเน้นหนักไปด้วยแป้ง ไขมัน น้ำตาล เกลือ และหากรับประทานบ่อย ๆ สะสมมากขึ้นจะเป็นตัวเพิ่มระดับโคเลสเตอรอลในเลือดอีกด้วย สิ่งที่จะตามมาก็คือ โรคอ้วน เบาหวาน

1.3.3.3 โรคนิ่วในทางเดินน้ำดี พบได้ประมาณ 5-10 % ของประชากร และพบมากในเพศหญิงที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มากกว่าในเพศชาย 2-3 เท่า และจะพบมากเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น อาการที่แสดงก็คือ ท้องอืด แน่นท้อง ปวดเสียดท้อง และอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ อาทิ ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน นิ่วในท่อน้ำดี ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ลำไส้อุดตัน โดยอาการเริ่มต้นมักจะมีอาการปวดท้องบริเวณใต้ชายโครงขวา หรือลิ้นปี่ ตัวเหลือง ตาเหลือง

การมีไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะไขมันชนิดไม่ดี และการมีไขมันชนิดดี (High lipoprotein) ในเลือดต่ำส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแดงอักเสบ เกิดกล้ามเนื้อหลอดเลือดเจริญผิดปกติ

เป็นหย่อม ๆ เซลล์เม็ดเลือดขาวเข้าไปเกาะในตำแหน่งที่อักเสบร่วมกับผนังหลอดเลือดแดงตำแหน่งที่อักเสบมีการเกิดแผ่นพลาค (Plaque) ซึ่งประกอบด้วย ไขมันแคลเซียม และสารต่าง ๆ ในเลือด เช่น เม็ดเลือดขาว ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแข็ง และท่อภายในหลอดเลือดตีบ Plaque ที่ใหญ่ขึ้นจนทำให้มีผลต่อท่อหลอดเลือดทำให้เหลือรูของท่อน้อยกว่า 50% ของท่อหลอดเลือดก็จะเริ่มมีผลทำให้ความเร็วของเลือดเพิ่มขึ้น เกิดภาวะความดันโลหิตสูง เมื่อเลือดไหลเวียนวนรวดเร็วไปกระแทกผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดเป็นแผลมีเลือดออกหรือทำให้พังผืดที่หุ้ม Plaque แตกออก เลือดที่ออกรวมตัวกลายเป็นลิ่มเลือด ถ้าลิ่มเลือดอยู่กับที่จะเกิดพังผืดคลุมไว้ Plaque จะโตขึ้น ทำให้ขนาดของท่อหลอดเลือดตีบแคบจนตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะนั้น ๆ ไม่เพียงพอหรือลิ่มเลือดหลุดลอยไปตามกระแสเลือด อาจทำให้เกิดการอุดกั้นหลอดเลือด เช่น สมองทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ไปที่หัวใจทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดไปแขนขาทำให้เกิดแขนขาขาดเลือด (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2556; อริยา ทิมา, 2554)

1.4 การบริโภคอาหารเค็มมาก โซเดียม (Na+) เป็นหนึ่งในเกลือแร่ที่สำคัญในร่างกาย ทำหน้าที่ควบคุมสมดุลของเกลือแร่ การกระจายตัวของน้ำในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ควบคุมสมดุลของกรดด่าง การเต้นของหัวใจและชีพจร มีผลต่อความดันโลหิต การทำงานของเส้นประสาทและกล้ามเนื้อ ร่างกายควรได้รับโซเดียมอย่างน้อยวันละ 500 มิลลิกรัม สูงสุดไม่เกิน 2,400 มิลลิกรัม หรือประมาณ 1 ช้อนชาต่อวัน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) การรักษาปริมาณของโซเดียมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติของร่างกาย โดยเซลล์จะรักษาความเข้มข้นของโซเดียมภายในเซลล์ไว้ที่ 10 มิลลิอีควิวาเลนต์ต่อลิตร ส่วนภายนอกเซลล์จะมีความเข้มข้นอยู่ที่ 130-150 มิลลิอีควิวาเลนต์ต่อลิตร ร่างกายสามารถกำจัดโซเดียมส่วนเกินได้ 3 รูปแบบ คือ เหงื่อ ปัสสาวะ และอุจจาระ (วันทนีย์ เกรียงสินยศ, 2555) การบริโภคอาหารเค็มเกินความต้องการของร่างกายส่งผลให้เกิดการคั่งของโซเดียม และน้ำในอวัยวะต่าง ๆ โดยมีกลไกดังนี้ เมื่อปริมาณโซเดียมในร่างกายมากเกินไปจะมีผลทำให้น้ำภายนอกเซลล์เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากโซเดียมมีผลทำให้ Osmolality ในพลาสมาเพิ่มมากขึ้น จึงดึงน้ำออกจากเซลล์ และกระตุ้นให้มีการกระหายน้ำและดื่มน้ำเพิ่มขึ้นมาก การที่น้ำออกจากเซลล์เข้ามาในพลาสมาจึงทำให้น้ำในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง หัวใจ และไตทำงานหนักมากขึ้น (ธิดารัตน์ อภิญญา และนิตยา พันธุเวทย์, 2556)

2. การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกายจะทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกาย หัวใจ และระบบไหลเวียนของเลือด ปอด กล้ามเนื้อ ข้อต่อ กระดูกมีความแข็งแรง และทำงานได้นานขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพให้ร่างกาย เสริมสร้างภูมิต้านทานในการป้องกันได้ วัยผู้ใหญ่ควรออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนักอย่างน้อย 75 นาทีต่อสัปดาห์ (เจริญ กระบวนรัตน์, 2558)

จากการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของประชากร ปี พ.ศ. 2554 เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายในแต่ละวัยต่อจำนวนประชากรทั้งสิ้นในวัยนั้น พบว่า วัยเด็กมีอัตราการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายสูงสุด คือ ร้อยละ 60.1 รองลงมาเป็นเยาวชน ร้อยละ 40 วัยสูงอายุ ร้อยละ 23.6 และต่ำสุด คือ วัยทำงาน ร้อยละ 19 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) ในปัจจุบันผู้คนมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดน้อยลง มีสิ่งอำนวยความสะดวกและเครื่องทุ่นแรงมากขึ้น แต่กลับเพลิดเพลินกับการรับประทานอาหารเป็นเหตุให้ร่างกายมีการเผาผลาญ และใช้พลังงานลดลง จนเกิดการสะสมสารอาหารส่วนที่เหลือใช้เก็บไว้ในรูปไขมันตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายรวมทั้งในหลอดเลือด ทำให้หัวใจ และร่างกายต้องทำงานหนัก ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ตลอดจนปัญหาการเจ็บป่วยอีกมากมาย (เจริญ กระบวนรัตน์, 2558)

การขาดการออกกำลังกาย เป็นเหตุให้ร่างกายมีการเผาผลาญและใช้พลังงานลดลงจนเกิดการสะสมสารอาหารส่วนที่เหลือใช้เก็บไว้ในรูปไขมันตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ตลอดจนปัญหาการเจ็บป่วยอีกมากมาย

3. ความเครียด (Stress) ความเครียดเป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่เกิดขึ้น เมื่อร่างกายถูกกระตุ้นและมีปฏิกิริยาตอบโต้เป็นปฏิกิริยาทางสรีรวิทยาและจิตวิทยา การแก้ไขปัญหาก็ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลที่จะเลือกใช้วิธีการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ซึ่งอาจมีรูปแบบที่แตกต่างกันไป เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นจะส่งผลให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อความเครียดทางสรีรวิทยา (Physiological stress response) ในแบบต่าง ๆ ซึ่งกลไกการตอบสนองนี้ถูกควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) และฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ (Endocrine gland hormone) สมองส่วนไฮโพทาลามัสจะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติกทำให้ต่อมหมวกไตส่วนใน (Adrenal medulla) หลั่งเอพิเนฟริน (Epinephrine) และนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) ออกมา ปลายเส้นใยประสาทซิมพาเทติกเองยังหลั่งนอร์เอพิเนฟรินด้วย ทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น หายใจเร็วขึ้น ม่านตาขยาย อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น แรงดันเลือดสูงขึ้น เลือดไปเลี้ยงที่กล้ามเนื้อลายมากขึ้น เป็นการเตรียมร่างกายให้พร้อมที่จะสู้หรือหนี หากความเครียดนั้นเกิดสะสมเป็นเวลานาน สมองส่วนไฮโพทาลามัสจะหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคโทรพิน รีลีสซิ่ง (Corticotropin-Releasing Hormone [CRH]) ไปกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้หลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรพิก (Adrenocorticotropic Hormone [ACTH]) ออกมา โดยฮอร์โมนนี้จะกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนนอก (Adrenal cortex) ให้หลั่งคอร์ติซอล (Cortisol) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ร่างกายค่อย ๆ ปรับตัว เพื่อรักษาสภาพของร่างกายให้เป็นปกติโดยต่อต้านต่อความเครียดส่งผลให้ร่างกายเปลี่ยนแปลง เช่น มีความดันเลือดสูงขึ้น กรดอะมิโนในเลือด

มีความเข้มข้นมากขึ้น ร่างกายปล่อยกรดไขมันเพิ่มขึ้น สร้างกลูโคสจากสารที่ไม่ใช่กลุ่มคาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้น ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลงจึงเจ็บป่วยได้ง่าย และหากมีคอร์ติซอลในปริมาณมากจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดตีบ และเกิดแผลในทางเดินอาหารหรือโรคอื่น ๆ ได้ (พนัส ธัญญะกิจไพศาล, 2555)

4. การสูบบุหรี่ ในบุหรี่ 1 มวน ประกอบด้วย ใบยาสูบ กระดาษที่ใช้มวน และสารเคมีหลายร้อยชนิดที่ใช้ในการปรุงแต่งกลิ่น และรสเพื่อลดการระคายเคือง เมื่อเกิดการเผาไหม้จะทำให้เกิดสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด ซึ่งมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และมีสารมากกว่า 60 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2553) สารพิษในควันบุหรี่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย โดยเกิดคราบเกาะภายในหลอดเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจและส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้น้อยลงที่สำคัญสองชนิด (พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, 2557) คือ

4.1 คาร์บอนมอนนอกไซด์ (Carbon Monoxide) ในควันบุหรี่ ประกอบด้วยคาร์บอนมอนอกไซด์ในปริมาณสูง และสามารถดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้อย่างรวดเร็ว มีความสามารถในการแย่งที่ออกซิเจนในการจับกับเม็ดเลือดแดง จึงเหลือเม็ดเลือดแดงที่จะทำหน้าที่พาออกซิเจน และคาร์บอนมอนนอกไซด์ได้น้อยลง กล้ามเนื้อหัวใจได้ออกซิเจนน้อย และไม่เพียงพอ ตามปกติเม็ดเลือดแดงจะเคลื่อนผ่านตามหลอดเลือดเล็ก ๆ ได้โดยการที่ผนังของเม็ดเลือดยืดหยุ่นตัว แต่พอได้รับคาร์บอนมอนนอกไซด์ เม็ดเลือดแดงจะกระด้าง ไม่สามารถหยุ่นตัว เมื่อผ่านไปตามหลอดเลือดเล็ก ๆ จึงเกิดการครูดกับผนังหลอดเลือดเป็นแผล ร่างกายจะมีขบวนการซ่อมแซม ทำให้ผนังหลอดเลือดนั้น ๆ ตีบลง ปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง ทำให้หัวใจทำงานหนัก เกิดภาวะความดันเลือดสูง และเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

4.2 นิโคติน เป็นสารเสพติด สารที่ทำให้คนติดบุหรี่และเมื่อดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดจะมีผลโดยตรงต่อสมองและต่อมหมวกไต ทำให้มีการหลั่งสารต่าง ๆ ออกมา เช่น โดพามีน (Dopamine) นอร์อะดรีนาลีน (Noradrenaline) เซโรโทนิน (Serotonin) เกิดปฏิกิริยาขึ้นหลายอย่าง มีการกด กล่อมประสาท ทำให้เส้นเลือดแดงหดตัว หัวใจเต้นเร็ว ความดันเลือดสูงขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เส้นเลือดหัวใจตีบ ลิ้นของหัวใจมีการตีบตัน

5. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สุรา หรือแอลกอฮอล์ เป็นสารเสพติดที่มีทั้งคุณและโทษ การดื่มสุราที่ไม่ส่งผลกระทบด้านสุขภาพผู้ชายไม่ควรดื่มเกิน 2 แก้วมาตรฐานต่อวัน และผู้หญิงไม่ควรดื่มเกิน 1 แก้วมาตรฐาน (พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, 2557) แอลกอฮอล์เป็นสารกดระบบประสาท ลดการสั่งงานระหว่างระบบประสาทส่วนกลาง สมองกับระบบประสาทส่วนปลาย ร่างกาย เมื่อเหล้าไหลผ่านปากเข้าสู่ร่างกาย แอลกอฮอล์จะถูกดูดซึมในกระเพาะอาหาร และกระจายสู่กระแสเลือดทำให้สามารถตรวจพบแอลกอฮอล์ได้ภายใน 5 นาที หลังจากการดื่ม จากนั้นจะเริ่มส่งผลต่อเซลล์ และอวัยวะต่าง ๆ ใน 10-30 นาทีต่อมา แอลกอฮอล์จะกระตุ้นให้หัวใจสูบฉีดเลือดแรง

และเร็วขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจะเริ่มหนาขึ้นเพราะทำงานหนัก ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้เกิดหัวใจโต โรคความดันโลหิตสูง ทำให้เส้นเลือดในสมองแตก เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือเสียชีวิตเฉียบพลัน (วีระพล จันทร์ดียิ่ง, 2559)

พฤติกรรมการดื่มสุราที่ก่อให้เกิดผลเสียหรืออันตรายต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตต่อตนเองและครอบครัวแบ่งออกได้ดังนี้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

1. Alcohol abuse or harmful use เป็นการดื่มแบบอันตรายที่เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ ได้แก่ ตับถูกทำลายจากการดื่มเรื้อรัง ซึมเศร้า หรือมีปัญหาทางด้านสัมพันธภาพ ขาดงาน ขาดเรียน มีปัญหาทางด้านกฎหมาย

2. Alcohol dependence เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุดต้องได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์ อาการแสดงที่พบบ่อย เช่น คอแข็ง มีอาการขาดสุราไม่ได้ แม้รู้ว่ามีผลเสียก็หยุดไม่ได้

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดังที่กล่าวมา ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร การบริโภคผัก และผลไม้น้อย บริโภคอาหารหวาน มัน เค็มมากเกินไป การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การมีความเครียด การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมกันและมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในการดำเนินชีวิตประจำวัน ล้วนเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย โดยเฉพาะความเสื่อมเร็วของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีการตีบ แข็ง และอุดตัน ขาดความยืดหยุ่น ทำให้มีผลกระทบต่อหัวใจต้องทำงานหนักทำให้ร่างกายเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และภาวะน้ำหนักเกิน/โรคอ้วนนำไปสู่โรคเรื้อรัง

ผลกระทบของโรคเรื้อรัง

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลต่อชีวิตทุกด้าน มีความแตกต่างกันไปตามบุคลิกภาพ ความเชื่อ การให้คุณค่า และระบบสนับสนุนอื่น ๆ แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละคน ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีดังนี้ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2555)

1. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ โรคเรื้อรังมีผลต่อเศรษฐกิจ การเงิน ค่าใช้จ่ายทางด้านการบริการสุขภาพ ความพิการ ค่าใช้จ่ายที่ต้องมีผู้ดูแล และรวมถึงค่าใช้จ่ายในการขาดงาน ทำให้สูญเสียผลผลิต การเกษียณอายุ หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผลกระทบด้านเศรษฐกิจของประเทศในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทย มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หัวใจ และมะเร็ง ทั้งนี้สูญเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 25,225 ล้านบาทต่อปี หากคนไทยป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค รวม 18.25 ล้านคนต่อปีมารับบริการที่สถานพยาบาลจะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 335,359 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 2.94 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ และในปี พ.ศ. 2554 การศึกษาของโรงพยาบาล พบว่า ประชากรอายุตั้งแต่ 19 ปีขึ้นไป มีจำนวนการนอนโรงพยาบาลทั้งหมด

4,863,939 ครั้ง โดยสาเหตุจากโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 12.6 มีอัตราเฉลี่ยนอนโรงพยาบาล 1.66 ครั้งต่อราย และจากความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.9 มีอัตราเฉลี่ยนอนโรงพยาบาล 1.46 ครั้งต่อราย จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2551 พบว่า ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวานหนึ่งคน คิดเป็นเงินประมาณ 28,207 บาทต่อปี (เนติมา คูนีย์, 2557)

2. ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว โรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาด การรักษาช่วยให้อาการของโรคทุเลาหรือสงบลง ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย และครอบครัว ทั้งทางด้านจิตใจ และเศรษฐกิจ ตัวผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากภาวะความเจ็บป่วยที่บั่นทอนสมรรถภาพทางด้านร่างกายส่งผลให้สภาพจิตใจท้อแท้ สิ้นหวัง ครอบครัวเกิดความหดหู่จากการเฝ้ามองความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น รวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นจากการรักษา การขาดงาน ขาดรายได้ เหล่านี้ล้วนแต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากการทบทวนการศึกษาเรื่องประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วยและวิธีการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานในผู้ป่วย จำนวน 16 คน (สมจิตร ชัยรัตน์, 2551) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างในเรื่องการรับรู้ผลกระทบของโรคเบาหวาน พบว่า โรคเบาหวานส่งผลกระทบด้านร่างกายผู้ป่วย ดังนี้ทำให้เกิดอาการอ่อนแรง ชาเป็นตะคริว มึนศีรษะ ผิวคล้ำ เป็นแผลง่าย ตามัว และอวัยวะเพศไม่แข็งตัว ผลกระทบด้านจิตใจ โรคเบาหวานยังมีผลต่อจิตใจโดยในช่วงแรกหลังจากที่รู้ว่าเป็นโรคจะมีอาการหงุดหงิดง่ายและเครียดเรื่องการใช้ยา ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง เดินไม่สะดวก ขาดงานบ่อยหรือต้องออกจากงาน ทำให้เกิดความทุกข์ เจ็บปวดทางกาย ไม่สบายใจ เป็นภาระต้องพึ่งพาผู้อื่น (นิตยา จรัสแสง, ศิริพร มงคลถาวรชัย, เพชรรัตน์ บุตะเขียว, สมลักษณ์ บุญจันทร์ และพรนิภา หาญละคร, 2555) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ไม่ดีมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า และปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ เนื่องจากเกิดความเครียดจากโรคแทรกซ้อน ต้องดูแล และควบคุมโรค จากข้อมูลผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในปี พ.ศ. 2551 พบว่า ร้อยละ 28 ของผู้ป่วยไทยที่เป็นโรคเบาหวานมีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย โรคซึมเศร้า นอกจากทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสุขแล้วยังส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาทำให้ผลของการรักษาไม่ดี และเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ชัชลิต รัตรสาร, 2556)

3. ผลกระทบด้านสังคม โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังตลอดชีวิต อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องดูแลซับซ้อน ใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนมาก และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ทำให้เสียงบประมาณของประเทศชาติในการรักษาดูแลผู้ป่วย และนำงบประมาณมาวางแผนการดำเนินงานเพื่อป้องกันควบคุม โรคเรื้อรังในภาพรวม อีกทั้งสูญเสียประชากร เกิดความขาดแคลนแรงงานในการพัฒนาประเทศ

4. ผลกระทบทางเจตคติของวิชาชีพสุขภาพต่อโรคเรื้อรัง โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ป้องกันได้ แต่กลุ่มปัจจัยเสี่ยงของโรคมีหลายลักษณะ และระดับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ต่อเนื่อง ซับซ้อน สัมพันธ์

ซึ่งกันและกัน การให้ความสำคัญต่อการจัดการโรคแบบบูรณาการ และผสมผสานจึงมีความสำคัญต่อบุคลากรที่รับผิดชอบร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งในการปฏิบัติงานจริงจึงไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากภาระหน้าที่งานมากทำให้แก้ไขในภาพรวมทำตามนโยบาย

คนวัยกลางคนกับการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

คนวัยกลางคน (Middle age หรือ Middle adulthood) เป็นช่วงวัยหนึ่งในวัยผู้ใหญ่ที่มีความสำคัญของมนุษย์เป็นช่วงของชีวิตที่ผ่านความเป็นผู้ใหญ่มานานพอสมควร ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ซึ่งมีผลกระทบต่อลักษณะอารมณ์ ในระยะนี้บุคคลจะเริ่มประเมินผลการดำเนินชีวิตในช่วงที่ผ่านมาในด้านต่าง ๆ (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2547) เป็นวัยที่มีการทำงานหนัก มีความเจริญมั่นคงในตำแหน่งหน้าที่การงาน การเงิน และอารมณ์ มีความรับผิดชอบ ส่วนใหญ่ต้องเลี้ยงดูครอบครัว บุตร บิดา มารดา ต้องปรับตัวกับภาวะที่บุตรแยกครอบครัวไป การจากไปของคู่ชีวิตหรือเพื่อนรุ่นเดียวกัน เตรียมวางรากฐานของชีวิตในเรื่องการเงิน การงาน สังคม เพื่อเตรียมเกษียณอายุ (พานทิพย์ แสงประเสริฐ, 2556)

การแบ่งกลุ่มอายุคนวัยกลางคน

ธรรมชาติของมนุษย์จะมีการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองอยู่ตลอดเวลาตามวัยที่ผ่านไปตั้งแต่เกิดจนตาย การแบ่งกลุ่มอายุจึงมีความสำคัญ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของบุคคลในแต่ละวัยอย่างเหมาะสม วัยผู้ใหญ่ (Adulthood) ที่มีความสำคัญของมนุษย์ นักจิตวิทยาได้แบ่งระยะของวัยผู้ใหญ่ออกเป็นสองระยะ ได้แก่ วัยผู้ใหญ่ตอนต้นช่วงอายุ 20-40 ปี และวัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคนช่วงอายุ 40-60 ปี (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2547; อัปสรสิริ เอี่ยมประชา, 2557) ได้แบ่งระยะของวัยผู้ใหญ่ตามภารกิจเชิงพัฒนาการ ผู้ใหญ่ที่อยู่ในช่วงของการทำงานแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ช่วงอายุ 18-35 ปี และวัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน ช่วงอายุ 35-60 ปี

การพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงในคนวัยกลางคนเป็น 3 ด้าน (อัปสรสิริ เอี่ยมประชา, 2557) ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ร่างกายจะมีความสมบูรณ์เต็มที่เมื่ออายุ 20-30 ปี สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด หลังจากนั้นร่างกายจะเริ่มเสื่อมลงเมื่ออายุประมาณ 30 ปี สมรรถภาพจะค่อย ๆ ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังมีความยืดหยุ่นน้อยลง เริ่มมีรอยย่น ปรากฏเมื่ออายุได้ 30 ปี โดยเฉพาะบริเวณใบหน้า คอ และมือ ผมจะเริ่มร่วง และหงอก

1.2 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เมื่ออายุประมาณ 21 ปี กระดูกจะหยุดเจริญเติบโต จะไม่มีการพัฒนาด้านความสูงอีกต่อไป ความคล่องแคล่วทางร่างกายลดลง มีการหลุดของแคลเซียม

จากกระดูกทำให้กระดูกบางลง และค่อย ๆ เกิดกระดูกพรุน ทำให้หมอนรองกระดูกค่อย ๆ ยุบตัวลง หญิงที่อายุ 55 ปี จะเสี่ยงกระดูกหักมากว่าชาย 10 เท่าในอายุที่เท่ากัน

1.3 ระบบย่อยอาหารก็ทำงานลดลงเช่นกัน การหลั่งน้ำย่อย และความต้องการพลังงานลดลง หากยังรับประทานอาหารเช่นเดิมจะมีผลทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นเกิดภาวะอ้วนเกิน

1.4 ระบบปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์จะทำงานมีประสิทธิภาพสูงสุดเช่นเดียวกับระบบอื่น ๆ ของร่างกาย ในเพศหญิงจะมีไข่สุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุ 18-24 ปี เพศชายจะมีการผลิตสเปิร์มที่สมบูรณ์ได้ถึง 90 เปอร์เซ็นต์ ระหว่างอายุ 20-39 ปี ไตจะมีขนาดโตที่สุดเมื่ออายุได้ 30 ปี โดยมีน้ำหนัก 270 กรัม และจะเริ่มลดขนาดลงช้า ๆ

1.5 ระบบหายใจ ทำงานลดลง ประสิทธิภาพของปอดลดลง 8 เปอร์เซ็นต์ ทุก ๆ 10 ปี ระบบการไหลเวียนของเลือดมีหน้าที่นำสารต่าง ๆ ไปส่งทั่วร่างกาย เช่น สารอาหาร ก๊าซต่าง ๆ เกลือแร่ ฮอร์โมน และรับของเสียส่งออกนอกร่างกายโดยลำเลียงไปตามเส้นเลือดหลังจากอายุ 30 ปีขึ้นไปแล้วจะทำหน้าที่ลดลงเรื่อย ๆ ประมาณ 0.7 เปอร์เซ็นต์ต่อปี ความยืดหยุ่นของเส้นเลือดมีน้อยลง เนื่องจากมีการจับของแคลเซียมตามผนังเส้นเลือดมากขึ้น ทำให้เส้นเลือดแข็งตัว ความแรงของชีพจรจะลดลง รูของเส้นเลือดแคบลง ทำให้มีแรงต้านทานการไหลเวียนของเลือดมากขึ้น

1.6 ระบบประสาท เซลล์สมองจะมีวุฒิภาวะและมีน้ำหนักสูงสุด เมื่ออายุ 25 ปี หลังจากนั้นจะลดลง สมองมีน้ำหนักประมาณ 13.80 กรัม มีความคิดช้าลง ความจำเสื่อมลง โดยเฉพาะความจำในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางสายตาของการมองเห็น สายตายาว การได้ยินค่อย ๆ เสียไป โดยเฉพาะเสียงที่มีความถี่สูง

1.7 ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมต่าง ๆ เช่น ต่อมใต้สมอง ต่อมไทรอยด์ และต่อมเพศ ตับอ่อน ฯลฯ จะทำงานน้อยลงเป็นผลให้มีการผลิตฮอร์โมนน้อยลงด้วย เช่น ตับอ่อนผลิตอินซูลินน้อยลงจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เพศหญิงจะเข้าสู่ภาวะวัยหมดประจำเดือนเมื่ออายุประมาณ 40-50 ปี ฮอร์โมนเอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรนลดลงทำให้มีอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออก อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นเสมือนตัวป้องกันโคเลสเตอรอลในเลือดไม่ให้สูง การเผาผลาญลดลง จึงมักจะอ้วนกว่าวัยหนุ่มสาว ในเพศชายฮอร์โมนเทสทอสเตอโรนลดลง ทำให้จำนวนอสุจิลดปริมาณลง เมื่ออายุ 35-59 ปี การที่ฮอร์โมนเพศมีการเปลี่ยนแปลงทำให้เนื้อเยื่อใต้ผิวหนังลดลง ผิวหนังจะเริ่มเหี่ยว กล้ามเนื้อต่าง ๆ รวมทั้งเยื่อบุอุ้งเชิงกราน เยื่อบุกระเพาะปัสสาวะ หูรูด และเนื้อเยื่อรอบท่อปัสสาวะ และส่วนที่พยุงอวัยวะเหล่านี้สูญเสียการตึงตัว มีผลให้กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ บางรายอาจมีต่อมลูกหมากโต

1.8 ระบบภูมิคุ้มกันลดประสิทธิภาพ ต่อมไทมัสซึ่งอยู่ส่วนบนของช่องออกมีความสำคัญในระบบภูมิคุ้มกัน ต่อมนี้มีขนาดใหญ่สุดเมื่อเข้าวัยหนุ่มสาว และเมื่ออายุ 50 ปี ต่อมนี้มีขนาดเล็กลงจนแทบมองไม่เห็น หน้าที่ดักจับหรือการต้านเชื้อโรคและไวรัสที่เข้าสู่ร่างกาย

หรือทำลายเซลล์ มะเร็งจึงลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี มีความมั่นคงทางจิตใจ จากการที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายหลายอย่าง โดยเฉพาะฮอร์โมนในหญิงวัยกลางคนอาจส่งผลกระทบทางด้านจิตใจมากเป็นช่วงที่เรียกว่า วิกฤตในด้านการปรับตัวมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับเจตคติของแต่ละบุคคล

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม คนวัยกลางคนให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพและการเข้าสังคม มีชีวิตที่เร่งรีบ จึงก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล การเคลื่อนไหวทางกายน้อย การสูบบุหรี่และดื่มสุรา รวมทั้งภาวะเครียด และเมื่อผ่านช่วงเวลาการทำงานมาได้ระยะหนึ่ง มีฐานะที่มั่นคง ตำแหน่งหน้าที่การงานสูงขึ้น มีครอบครัว มีบทบาทเลี้ยงดูพ่อ แม่ที่สูงอายุ บางรายมีบทบาทที่เพิ่มขึ้นเป็นปู่ ย่า ตา ยาย มีลูกหลาน ครอบครัวอาจแยกออกต่างหากทำให้มีเวลากับสังคมมากขึ้นเป็นระยะของวัยใกล้เกษียณอายุการทำงาน

สรุปแล้วคนวัยกลางคน หมายถึง วัยที่มีช่วงอายุ 40-59 ปี เป็นช่วงหนึ่งของวัยผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงหลัก ๆ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ทั้งเพศชาย และเพศหญิงร่างกายจะเริ่มมีความเสื่อมถอยในเกือบทุกระบบ ด้านจิตใจเป็นช่วงวัยที่เรียกว่า วิกฤตในด้านการปรับตัวทางด้านร่างกายที่เปลี่ยนแปลงและบทบาทต่าง ๆ ที่เปลี่ยนไป และด้านสังคม คนวัยกลางคนส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน และเข้าสังคมตามกลุ่มเพื่อน มีรูปแบบวิถีชีวิตที่เร่งรีบ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราในการเข้าสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพทำให้เกิดโรคเรื้อรัง

ปัญหาโรคเรื้อรังในคนวัยกลางคน

การที่คนวัยกลางคนมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายไปในทางที่เสื่อมลงทำให้มีโอกาสเกิดโรคได้ง่าย การเกิดโรคเรื้อรังส่วนใหญ่จะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ เนื่องจากภูมิต้านทานฮอร์โมนและระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายเริ่มถดถอยลงร่วมกับระยะเวลาที่ได้รับปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดโรคสะสมนาน จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ จำนวน 5 โรค จำนวน 626,073 ราย โรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุด เพศหญิงป่วยมากกว่าเพศชาย จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 50-59 ปี กลุ่มอายุ 40-49 ปี กลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี พบน้อยที่สุด สอดคล้องกับโรคเบาหวานพบผู้หญิงป่วยมากกว่าผู้ชาย และอัตราป่วยเปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (อมรา ทองหงส์, กมลชนก เทพสิทธา และภาคภูมิ จงพิระยะอนันต์, 2556)

คนวัยกลางคนเป็นวัยที่วางรากฐานความมั่นคงของชีวิต เพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพจึงก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล การเคลื่อนไหวทางกายน้อย การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา รวมทั้งภาวะเครียด ปัญหา

สุขภาพที่พบ ได้แก่ ความเครียดจากการประกอบอาชีพ โรคเรื้อรังที่พบ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด ไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วนและลงพุง โรคเกี่ยวกับปอด ข้อเข่าเสื่อม ข้ออักเสบ โรคมะเร็ง พบการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังสูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ การบาดเจ็บ และกลุ่มโรคติดเชื้อ (จุรีพร คงประเสริฐ และคณะ, 2557; พานทิพย์ แสงประเสริฐ, 2556)

จากการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในด้านการบริโภคอาหาร บริโภคอาหารที่มีรสจัดหวาน มัน เค็ม และรับประทานอาหารจานด่วนเป็นสัดส่วนที่สูงสุด ร้อยละ 31.3 ในด้านการออกกำลังกายพบคนวัยทำงานเพียง 1 ใน 5 ที่มีการออกกำลังกาย คนทำงานมีพฤติกรรมเสี่ยงในด้านการสูบบุหรี่ และดื่มสุรามากกว่าวัยอื่น ๆ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553)

พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังในคนวัยกลางคน

พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังเป็นการกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความเชื่อ ค่านิยม การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของบุคคล เพื่อการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงต้องมีพฤติกรรมป้องกันโรค (วิทยา ตันอารีย์, 2558) ดังนี้

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม คนวัยกลางคนควรรับประทานอาหารให้สมดุลต่อร่างกาย ความต้องการของสารอาหารในหนึ่งวันต้องการพลังงาน 1,700-2,100 กิโลแคลอรี่ ผู้หญิงต้องการน้อยกว่าผู้ชาย และขึ้นกับอาชีพหรือกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ร่างกายต้องการโปรตีน 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แคลเซียมและฟอสฟอรัสต้องการ 800 มิลลิกรัมต่อวัน ดื่มน้ำสะอาดวันละ 1,500-2,000 มิลลิลิตร พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมมีดังนี้ (วนิดา ดุรงค์ฤทธิ์ชัย, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, ภัทรา เล็กวิจิตรธาดา, อัจฉรา จินายน, และกันยา สุวรรณคีรีขันธ์, 2553)

1.1 เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ให้ได้วันละ 5-7.5 ถ้วยมาตรฐาน ประมาณ 550-650 กรัม เนื่องจากการบริโภคผักและผลไม้เป็นประจำจะช่วยเรื่องการขับถ่าย และลดความเสี่ยงต่อโรคอ้วน โรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เช่น ไขมันในเส้นเลือด โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งโรคดังกล่าวมีผลมาจากการเกิดอนุมูลอิสระเข้าไปทำลายเซลล์ สามารถป้องกันไม่ให้อนุมูลอิสระเข้าไปทำลายเซลล์ โดยการรับสารต้านอนุมูลอิสระจากการบริโภคผักและผลไม้โดยเลือกรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่หวานจัด ผัก 4-6 ทัพพีต่อวัน ผลไม้ 3-5 ส่วนต่อวัน โดยผลไม้ 1 ส่วน มีปริมาณดังนี้ กล้วยน้ำว้า 1 ผล กล้วยหอม 1 ผล ส้มเขียวหวาน 1 ผลใหญ่ เงาะ 4 ผล มะละกอหรือสับปะรด 6-8 ชิ้นพอคำ (ชนิพรรณ บุตรยี่, 2557)

1.2 ลดการบริโภคอาหารรสหวาน เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังกำหนดให้บริโภคปริมาณน้ำตาลไม่ควรเกินร้อยละ 10 ของปริมาณพลังงานที่ได้รับใน 1 วัน น้ำตาลให้พลังงาน 4 แคลอรีต่อกรัม หรือน้ำตาล 1 ช้อนชาให้พลังงาน 16 กิโลแคลอรี ผู้หญิงวัยทำงานที่ต้องการพลังงานวันละ 1,600 กิโลแคลอรี ควรบริโภคน้ำตาลไม่เกินวันละ 4 ช้อนชา ผู้ชายวัยทำงานหรือผู้ที่ต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี บริโภคไม่เกินวันละ 6 ช้อนชา ผู้ที่ใช้พลังงานมาก ๆ เช่น เกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน นักกีฬา บริโภคไม่เกินวันละ 8 ช้อนชา ซึ่งเท่ากับประมาณร้อยละ 5 โดยส่วนที่เหลือได้เผื่อไว้สำหรับน้ำตาลที่ได้รับจากอาหารอื่นซึ่งไม่ทราบปริมาณ (กองสุขศึกษา, 2555) การป้องกันการบริโภคอาหารรสหวานมากเกินไปสามารถทำได้ดังนี้ (ชนิพรรณ บุตรยี่, 2557)

1.2.1 บริโภคน้ำตาลไม่เกินร้อยละ 10 ของปริมาณพลังงานที่ได้รับใน 1 วัน

1.2.2 เลือกบริโภคผลไม้ที่น้ำตาลน้อย เช่น มะม่วงดิบ ส้มโอ หลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวาน ทุเรียน น้อยหน่า ลำไย ละมุด และน้ำผลไม้

1.2.3 งดน้ำอัดลม และขนมหวานทุกชนิด หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ควรเลือกของหวานน้อย สัปดาห์ละครั้ง และไม่กินของหวานตอนดึก

1.2.4 บริโภคอาหารคาร์โบไฮเดรตแบบไม่ขัดสี มีกากใยสูง เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ถั่วเมล็ดแห้ง ธัญพืชต่าง ๆ

1.2.5 สร้างนิสัยในการกินผลไม้ เช่น มะละกอ ฝรั่ง แอปเปิล ส้ม แทนขนมหวาน หลังมื้ออาหารจะลดความอยากอาหารและได้เส้นใยอาหารที่ช่วยลดการดูดซึมน้ำตาลในร่างกาย ช่วยรักษาระดับน้ำตาลในเลือดไม่ให้สูงขึ้นเร็วเกินไป

1.2.6 ลดความอยากกินของหวานหลังมื้ออาหาร โดยแปรงฟันหรือบ้วนปากทันทีด้วยน้ำยาบ้วนปาก อาหารที่มีน้ำตาลจะลดความอร่อยลงหลังจากที่แปรงฟันหรือบ้วนปาก

1.2.7 เลือกซื้ออาหารต้องอ่านฉลากโภชนาการ เพื่อให้ทราบถึงปริมาณน้ำตาลในผลิตภัณฑ์นั้น ๆ ลด หรือหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์ที่มีปริมาณน้ำตาลสูง อีกทั้งสามารถนำมาเปรียบเทียบในการเลือกซื้อที่เหมาะสม

1.3 ลดการบริโภคอาหารรสมัน การบริโภคไขมันไม่ควรเกินร้อยละ 25-35 ของพลังงานที่ได้รับ และควรเป็นไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว ส่วนไขมันอิ่มตัวในอาหารไม่ควรเกินร้อยละ 7 ของพลังงานที่ได้รับ ไขมัน 1 กรัม ให้พลังงาน 9 แคลอรี คนที่ไม่ต้องใช้พลังงานมาก เช่น ผู้หญิงวัยทำงานต้องการปริมาณน้ำมันไม่เกินวันละ 5 ช้อนชา (25 กรัม) ผู้ที่ต้องการพลังงานมาก เช่น ผู้ใช้แรงงาน เกษตรกร นักกีฬา ต้องการไม่เกิน 9 ช้อนชาต่อวัน (45 กรัม) (กองสุขศึกษา, 2555) การป้องกันการบริโภคอาหารไขมันมากเกินไปสามารถทำได้ ดังนี้ (ชนิพรรณ บุตรยี่, 2557)

1.3.1 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น พิซซ่า ไก่ทอด โดนัท ขนมปัง หมูสามชั้น เครื่องในสัตว์ สมองสัตว์ และอาหารทะเลบางชนิด เช่น หอยนางรม ปลาหมึก และอาหารทอดต่าง ๆ เนื่องจากน้ำมันที่เหมาะแก่การทอดเป็นไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันปาล์ม ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เลือกเนื้อสัตว์ที่ไม่มีมันและหนัง

1.3.2 เลือกใช้น้ำมันในการปรุงอาหาร ได้แก่ น้ำมันรำข้าว น้ำมันคาโนลา (Canola) น้ำมันถั่วลิสง น้ำมันมะกอก น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกทานตะวัน เพื่อเพิ่มกรดไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว เพื่อช่วยลดระดับไขมัน LDL Cholesterol หลีกเลี่ยงน้ำมันปาล์ม เนย น้ำมันหมู และมาการีนในการทำอาหาร

1.3.3 หลีกเลี่ยงอาหารเช้าประเภทขนมปังทาเนย/ ครีมเทียม ปาท่องโก๋ หมูปิ้ง กล้วยแขก ของทอดต่าง ๆ

1.3.4 ก๋วยเตี๋ยวให้เลือกเส้นเล็กหรือเส้นหมี่หรือบะหมี่เพราะเส้นใหญ่จะมีไขมัน

1.3.5 ดื่มนมพร่องมันเนยแทนนมสด ดื่มกาแฟไม่ใส่ครีม

1.3.6 หลีกเลี่ยงแกงกะทิ อาหารจานด่วนเพราะมีปริมาณไขมันค่อนข้างสูง

1.3.7 กินอาหารตามโภชนาบัญญัติ 9 ข้อ และกินอาหารตามธงโภชนาการ เลือกการปรุงอาหารด้วยการนึ่ง ปิ้ง อบ ย่าง

1.3.8 เลือกซื้ออาหารต้องอ่านฉลากโภชนาการ เพื่อนำมาเปรียบเทียบในการเลือก

1.4 ลดการบริโภคอาหารรสเค็ม ร่างกายควรได้รับโซเดียมอย่างน้อยวันละ 500 มิลลิกรัม สูงสุดไม่เกิน 2,400 มิลลิกรัม หรือประมาณ 1 ช้อนชาต่อวัน (กองสุขศึกษา, 2555) การป้องกันการบริโภคอาหารรสเค็มมากเกินไปสามารถทำได้ดังนี้ (ชนิพรรณ บุตรยี่, 2557)

1.4.1 หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารสำเร็จรูป อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง อาหารอบแห้ง อาหารหมักดองหรือแช่อิ่ม

1.4.2 หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารขบเคี้ยว โดยเฉพาะที่มีเครื่องปรุงรสมาก ๆ

1.4.3 หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารทะเลที่มีโซเดียมสูง เช่น หอยนางรม หอยแครง

1.4.4 หลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุง เช่น เติมพริกน้ำปลาในข้าวราดแกง ก๋วยเตี๋ยว ควรชิมก่อนเติมทุกครั้ง ถ้าต้องการเติมควรเติมทีละน้อย ๆ (น้ำปลา ซีอิ้ว 1 ช้อนชา มีโซเดียม 350-500 มิลลิกรัม)

1.4.5 ไม่วางเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลาพริก เกลือ ซอสปรุงรสต่าง ๆ ไว้บนโต๊ะอาหาร ถ้าจำเป็นต้องมีควรเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำ

2. เพิ่มกิจกรรมทางกายให้เพียงพอ คนวัยกลางคนเป็นวัยที่อวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเริ่มเสื่อมลง มีการสะสมไขมันเพิ่มมากขึ้น ความแข็งแรงของร่างกายลดลง การออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกายจะทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ หัวใจ ระบบไหลเวียนของ

เลือดปอด กล้ามเนื้อ ข้อต่อ และกระดูก มีความแข็งแรง เสริมสร้างภูมิต้านทานในการป้องกันโรค เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย

2.1 กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายทุกรูปแบบที่เกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพักซึ่งมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของบุคคล กิจกรรมทางกายแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ คือ (เจริญ กระบวนรัตน์, 2558)

2.1.1 กิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การประกอบอาชีพ และวิถีการดำรงชีวิตของแต่ละคน

2.1.2 กิจกรรมทางกายในยามว่าง หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมโดยความสมัครใจ มีอิสระ สนุกสนาน เน้นการแข่งขันน้อย การออกกำลังกาย (Exercise) เป็นกิจกรรมทางกายที่มีแบบแผน มีระบบ มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ มีเป้าหมายเพื่อสุขภาพหรือสมรรถภาพทางกายด้านใดด้านหนึ่ง กีฬา (Sport) เป็นกิจกรรมทางกายที่ต้องใช้ทักษะ มีกฎกติกา มีรูปแบบวิธีการเป็นการแข่งขัน มีความเฉพาะเจาะจงมากกว่าการออกกำลังกาย

2.2 การออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกายควรปฏิบัติเป็นประจำ โดยออกกำลังกายสม่ำเสมอสัปดาห์ละอย่างน้อย 3-5 วัน วันละ 30 นาที และเลือกประเภทของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับอาชีพ และสภาพร่างกาย ประเภทของการออกกำลังกายแบ่งได้ 2 ชนิด ได้แก่ (กองสุขศึกษา, 2555)

2.2.1 การออกกำลังกายชนิดแอโรบิก (Aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ใช้เวลานานเพียงพอที่ร่างกายใช้พลังงานจากออกซิเจนที่หายใจเข้าไป เพื่อกระตุ้นการทำงานของหัวใจ และปอด และเกิดขบวนการสร้างพลังงานในกล้ามเนื้อ และสร้างพลังงานให้ร่างกาย การออกกำลังกายชนิดนี้ร่างกายจะมีการเคลื่อนไหวตลอดในขณะออกกำลังกาย โดยอัตราการเต้นของหัวใจจะอยู่ที่ระดับ 60-70% ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดเป็นเวลานานกว่า 20 นาที ซึ่งเป็นผลดีต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจ รวมถึงการควบคุมน้ำหนักตัวเพราะว่าร่างกายจะใช้สารอาหารในไขมันเป็นหลักในการเผาผลาญเพื่อให้ได้พลังงาน ดังนั้นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก จึงมีผลทำให้ปอดมีประสิทธิภาพ หัวใจแข็งแรง และระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น เช่น การเดิน วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำขี่จักรยาน กระโดดเชือก การเต้นแอโรบิก เป็นต้น

2.2.2 การออกกำลังกายชนิดแอนแอโรบิก (Anerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อมีการทำงานในรูปแบบของการออกแรงมาก ๆ ในทันที และใช้ระยะเวลาสั้น ๆ ไม่เกิน 2 นาที ตามด้วยการหยุดพัก พลังงานที่ได้จากการเกิดปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกายเป็นการสลายกลุ่มฟอตเฟส และสลายไกลโคเจนที่ร่างกายสะสมไว้ในกล้ามเนื้อ กระบวนการนี้จะไม่ใช้ออกซิเจน จะช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรงมากกว่าระบบหัวใจ และหลอดเลือด

2.3 การออกกำลังกายจะช่วยส่งเสริมสุขภาพของคนวัยทำงาน ทำให้ร่างกายแข็งแรง กระฉับกระเฉง และป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ ควรเลือกออกกำลังกายในแบบที่เหมาะสมกับเวลา วัย อาชีพ และสภาพร่างกาย การออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม ปฏิบัติดังนี้ (กองสุขศึกษา, 2555)

2.3.1 เริ่มต้นด้วยการอบอุ่นร่างกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้อข้อต่อ ใช้เวลาอบอุ่นร่างกาย ประมาณ 5 นาที เช่น วิ่งเหยาะ ๆ เดินช้า ๆ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

2.3.2 ออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายให้หัวใจเต้นแรงขึ้น ปอด กล้ามเนื้อได้ทำงานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายประมาณ 15-20 นาที เช่น เดินเร็ว เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน ขุดดินทำสวน ทำไร่ หรือเล่นกีฬาประเภทต่าง ๆ

2.3.3 ผ่อนคลาย สิ้นสุดการออกกำลังกายด้วยการลดระดับความแรงลงเรื่อย ๆ เพื่อผ่อนคลายระดับการเต้นของหัวใจ ปอด กล้ามเนื้อทุกสัดส่วนของร่างกาย ใช้เวลาผ่อนคลาย ประมาณ 5 นาที เช่น วิ่งช้า ๆ สลับการเดิน เดินช้า ๆ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

3. พฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์ ความเครียดที่เกิดในคนวัยกลางคนมักเกี่ยวข้องกับสถานการณ์การทำงานที่เคร่งเครียด กดดัน ขัดแย้ง ภาระที่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัว แม้คนเราไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงความเครียดได้ แต่ควรป้องกันความเครียดโดยวางแผน เมื่อเกิดปัญหาหรือความเครียด พยายามตั้งสติ และใช้ปัญญาหาทางแก้ไข โดยใช้วิธีการจัดการกับความเครียด (อรวรรณ น้อยวัฒน์, 2555) ดังนี้

3.1 ค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดและจดในสมุดบันทึกเหตุการณ์ สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด หากไม่ทราบสาเหตุของความเครียดก็ไม่สามารถแก้ไขและป้องกันได้ การค้นหาสาเหตุสามารถทำได้โดยการสำรวจตนเองด้วยคำถามง่ายและบันทึกเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด อาการที่แสดงออก ให้คะแนนความรู้สึกที่ทำให้เกิดความเครียด โดยกำหนดคะแนน 0-10 คะแนน คะแนน 10 คือ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด แก้ไขสถานการณ์ความเครียดที่ให้คะแนนสูงก่อนหรือถ้าสามารถหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ได้ก็ควรหลีกเลี่ยง

3.2 การสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้ง สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การพูดความจริง การใช้เหตุผลในการทำงาน เป็นต้น การกระทำนี้เป็นการเปลี่ยนมุมมองเพื่อพลิกวิกฤติเป็นโอกาส

3.3 การยอมรับความจริง และการปรับเปลี่ยน การยอมรับความจริงว่าตัวเราสามารถเปลี่ยนแปลงตัวเองได้ แต่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงคนอื่นเพราะการคิดเปลี่ยนแปลงคนอื่นเป็นเรื่องยาก การยอมรับความจริงว่าคนทุกคนไม่มีใครที่สมบูรณ์แบบต้องมีข้อบกพร่อง ยอมรับกับข้อบกพร่องความเครียดจะน้อยลง

3.4 การสร้างอารมณ์ขันให้กับตัวเอง โดยหัดเป็นคนมีอารมณ์ขัน ยิ้มหัวเราะ ชีวิตคนไม่จำเป็นต้องมีสาระตลอดไป หัดเป็นคนมีอารมณ์ขัน ยิ้ม และหัวเราะบ้าง เพราะการหัวเราะร่างกาย

จะผลิตฮอร์โมน “ความสุข” ออกมา นอกจากนั้น การหัวเราะทำให้เลือดขยายตัว ทำให้เลือดไหลเร็วมากขึ้น ทำให้ร่างกายภายในอบอุ่น ออกซิเจนไปเลี้ยงทุกเซลล์ของร่างกาย ระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะทำหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ สามารถต่อต้านโรคภัยไข้เจ็บได้ กระตุ้นให้เจริญอาหาร หัวเราะ 1 นาที เท่ากับได้พักผ่อน 45 นาที

3.5 การมองในเชิงบวก การมองในแง่ดี หลาย ๆ คนเมื่อประสบความล้มเหลวในชีวิต มักจะท้อแท้สิ้นหวัง และคิดลงโทษตัวเอง คิดว่า ความผิดพลาดทั้งหลายเกิดขึ้นเพราะตัวเอง ดูถูกตัวเองว่า ด้อยคุณค่า ไร้ความสามารถ เศร้าหมอง และหมดกำลังไปตลอดชีวิต แต่บางคนแม้จะพบกับความล้มเหลวครั้งแล้วครั้งเล่า ก็ยังมุ่งมั่นบากบั่นไม่ท้อถอย ฝ่าฟันอุปสรรคจนประสบความสำเร็จในชีวิตเพราะมีกำลังใจที่จะทุ่มเทในการทำงานอย่างมาก ความคิดในแง่ดี มองอุปสรรคหรือความล้มเหลวว่า เป็นสิ่งท้าทาย เริ่มต้นจากการมองตัวเองในแง่ดี มองอุปสรรคหรือความล้มเหลวว่าเป็นสิ่งท้าทายแล้วมองผู้คนและเหตุการณ์รอบข้างในแง่ดี จะทำให้มีความคิดดี อารมณ์แจ่มใส มีสติที่จะแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง

3.6 การฝึกปฏิบัติคลายเครียดด้วยวิธีการฝึกหายใจและฝึกคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจจะช่วยนำอากาศบริสุทธิ์เข้าสู่ปอด แล้วเดินทางสู่สมองไปตลอดทั่วร่างกาย โดยหายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ สังเกตว่า กระบังลมขยายออก ท้องป่องออก จากนั้นค่อย ๆ หายใจออกช้า ๆ ไล่ลมให้ออกมากที่สุด ตอนนี้กระบังลมคุณจะหดสั้นลง ท้องจะแฟบ

4. ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ความเป็นอยู่ในสังคมอาจทำให้คนวัยกลางคนใช้บุหรี่และการดื่มสุราเป็นการผ่อนคลายความเครียดหรือดับทุกข์ คิดว่าเป็นทางที่ถูกต้อง โทษและผิดภัยของบุหรี่ และสุราเป็นโทษที่มองไม่เห็นชัดเป็นฆาตกรเงียบที่ค่อย ๆ สะสม ไม่มีผลดีต่อสุขภาพ เกิดโรคได้มากมาย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคเบาหวาน และระบบอื่น ๆ ของร่างกายเกือบทุกระบบ

4.1 การไม่สูบบุหรี่ ในบุหรี่หรือยาสูบมีสารนิโคตินซึ่งออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทสมองมีฤทธิ์การเสพติดสูงมาก การสูบบุหรี่ทำให้สมอง และระบบประสาทส่วนกลางได้รับสารนิโคตินรวดเร็วมาก คือ ประมาณ 6 วินาที เมื่อสมองและระบบประสาทส่วนกลางได้รับสารนิโคตินอย่างรวดเร็วง่ายดาย และฤทธิ์เสพติดของบุหรี่ทำให้มีความพอใจ มีความอยากบุหรี่เมื่อระดับนิโคตินในเลือดลดต่ำลง การสูบบุหรี่ส่วนหนึ่งเป็นการติดพฤติกรรมหรือความเคยชินต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่คุ้นเคยมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง ทำให้ยากต่อการละ-เลิก แต่ก็ไม่ยากเกินความสามารถ หากเราต้องการจะเอาชนะใจตนเองให้ได้ การปฏิบัติตามขั้นตอนนี้จะช่วยให้มีโอกาสเลิกบุหรี่ได้สูง (พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, 2557)

4.1.1 เลือกวัน กำหนดวันเลิกเสพภายในไม่เกิน 2 สัปดาห์ หลังจากที่ตัดสินใจเลิก

4.1.2 ลั่นวาจา บอกคนในครอบครัว เพื่อน และผู้ร่วมงาน ขอกำลังใจ

และการสนับสนุนจากทุกคน

4.1.3 พร้อมลงมือ วางแผนรับมือปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากเลิกเสพ รวมทั้งพร้อมรับมืออาการถอนนิโคติน โดยใช้เทคนิค 5D ดังนี้ 1) Delay อย่าสูบทันทีที่อยากสูบ โดยให้นับ 1-10 และนับ 11-20 นับไปเรื่อย ๆ 2) Deep breath การหายใจเข้า ออก ลึก ๆ และทำบ่อย ๆ จำนวน 5-10 ครั้ง 3) Drink water การดื่มน้ำช้า ๆ หรือจิบน้ำหรืออมน้ำปล่อย ๆ สลับกับการดื่มน้ำ 4) Do something else การหาสิ่งอื่นแทนบุหรี่ เช่น เล่นกีฬา วาดรูป ปลูกต้นไม้ 5) Destination การให้คิดถึงผลดีของการเลิกบุหรี่ เช่น เกิดมะเร็งปอดลดลง มีเงินเก็บ ฯลฯ

4.1.4 ละอุปกรณ์ (Remove all tobacco-related products) กำจัดบุหรี่ ยาสูบทุกชนิด และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

4.2 การไม่ดื่มสุรา สุราก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพหลากหลายทั้งความเจ็บป่วย โรคภัย และการบาดเจ็บต่าง ๆ รวมไปถึงปัญหาสังคม ปัญหากฎหมายมากมาย และยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งในช่องปาก หลอดอาหาร และกล่องเสียง หากดื่มสุราเป็นเวลานานและมากเกินไป ทำให้เกิดโรคตับแข็งหรือตับอ่อนอักเสบได้ การดื่มสุรายังเป็นอันตรายต่อทารกในหญิงตั้งครรภ์ ยิ่งไปกว่านั้นปัญหาความเจ็บป่วยที่พบบ่อย เช่น ความดันโลหิตสูง กระเพาะอาหารอักเสบ เบาหวาน และความผิดปกติของเส้นเลือดในสมองบางชนิดหรือแม้แต่การเจ็บป่วยทางจิตใจ เช่น โรคซึมเศร้า มักจะกำเริบแย่ลงหลังการดื่มสุราเพียงเล็กน้อยเป็นครั้งคราวก็ตาม การดื่มสุรามากเกินไปยังเป็นสาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน การตกจากที่สูงหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน ความเสี่ยงจากการดื่มสุรามากน้อยขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดื่มและปริมาณการดื่ม ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงมีความสำคัญมาก (ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552)

4.3 พฤติกรรมไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพื่อสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ในกลุ่มไม่ดื่ม และในกลุ่มดื่มประจำ โดยมีแนวปฏิบัติดังนี้ (กองสุขศึกษา, 2558)

4.3.1 ในกลุ่มไม่ดื่ม สามารถป้องกันการดื่มโดยการหลีกเลี่ยงการทดลองดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ใช้ทักษะปฏิเสธการดื่มทุกครั้งเมื่อถูกชักชวน

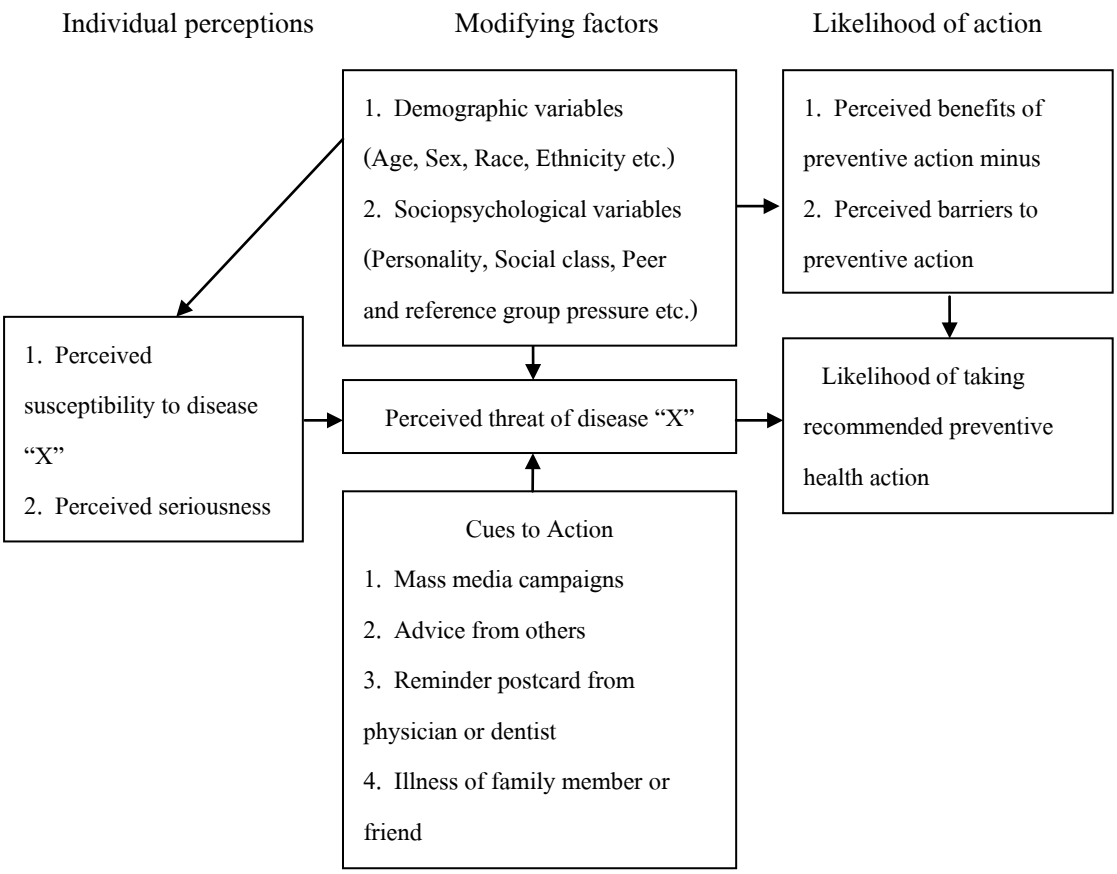
4.3.2 ในกลุ่มดื่มประจำหรือกลุ่มดื่มเป็นครั้งคราว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยลดปริมาณการดื่มลงในการดื่มแต่ละครั้ง คือ ลดจำนวนแก้ว/ หรือหน่วยภาชนะลง ลดความถี่หรือความบ่อยในการดื่มจากทุกวันลงเป็น 5-6 วัน ไปจนถึงไม่ดื่มในสัปดาห์/ เฉพาะโอกาสสำคัญในรอบปี เลิกหรือไม่ดื่ม และปฏิเสธการดื่มทุกครั้งเมื่อถูกชักชวนในทุกกรณี

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสาเหตุสำคัญมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา การที่จะคงไว้ซึ่งสุขภาพดีจำเป็นต้องมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องโดยมีความรู้เกี่ยวกับ

การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ที่เหมาะสมตามวัย พฤติกรรมป้องกันโรคของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามการรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคม จำเป็นต้องศึกษาหาปัจจัยที่แท้จริงของสาเหตุ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคให้ได้ผล ซึ่งแนวคิดที่ได้อธิบายปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีผู้นำเสนอไว้ในแง่มุมต่าง ๆ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถูกพัฒนาขึ้นจากงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบริการด้านสาธารณสุข ระหว่างปี ค.ศ. 1950-1960 เริ่มแรกในปี ค.ศ. 1950 มีการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่เน้นกิจกรรมการป้องกันโรคมากกว่าการรักษา โดยการคัดกรองโรคตั้งแต่ยังไม่มีอาการ ได้แก่ การคัดกรองวัณโรค การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจฟัน ไข้รูมาตอยด์ โปลิโอ และไข้หวัดใหญ่ เป็นการให้บริการขั้นพื้นฐาน ฟรี หรือค่าใช้จ่ายต่ำ แต่ไม่ได้รับความสนใจจากประชาชน ดังนั้น Rosenstock (1974) จึงได้ศึกษาพฤติกรรมของบุคคลที่ไม่ต้องการเจ็บป่วยและพิการจากโรคว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้หลีกเลี่ยงการเป็นโรค และอธิบายไว้ว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคขึ้นกับปัจจัยการรับรู้ 3 ประการ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived severity) และการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived benefits of taking action and barriers to taking action) ต่อมา Becker (1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาอธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกัน และพฤติกรรมอื่น ๆ โดยเพิ่มปัจจัยสิ่งชักนำการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา และปัจจัยร่วมอื่น ๆ (Modifying factors) ที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติได้อธิบายไว้ว่า การรับรู้เป็นสิ่งกำหนดว่าการปฏิบัติของบุคคลจะมีพฤติกรรมตามการรับรู้จากสิ่งแวดล้อมที่ตนเองยอมรับ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 The "Health belief model" as predictor of preventive health behavior (Becker, 1974, p. 334)

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้นั้น ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974); Rosenstock (1974) ได้อธิบายไว้ดังนี้

1. การรับรู้ของบุคคล

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเข้าใจของบุคคลว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคตามความรู้ที่ได้รับ ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีระดับความเชื่อไม่เท่ากัน ในผู้ที่เคยป่วยจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคซ้ำได้อีก จึงมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการเกิดโรค จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (กัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะ, 2558) สอดคล้องกับการศึกษา

เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โรงพยาบาลอู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 130 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .29$, p-value = .001) (สุทัสสา ทิจะยัง, 2557) ตรงข้ามกับการศึกษาเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองในตำบลท่าฉาง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (จุฑามาศ ทองตำลึง, 2554) และการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน (สมใจ จางวาง, 2559)

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความเข้าใจของบุคคลในการประเมินความรุนแรงของโรคต่อตนเอง ซึ่งอาจนำไปสู่ความพิการ เสียชีวิต ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เกิดผลกระทบต่อการทำงาน ชีวิตครอบครัว และสังคม การรับรู้ความรุนแรงเป็นองค์ประกอบให้มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการเกิดโรค การทบทวนผลการวิจัยหลายฉบับ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานของ อรุณี สมพันธ์ และคณะ (2558) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33$, $p < .001$) และการศึกษาของ วรรณรา ชื่นวัฒนา และณิชานาฏ สอนภักดี (2557) เรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 76.47 และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ศิริปฐม (2554) เรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลวังตะกอ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

1.3 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived benefits of taking action and barriers to taking action) หมายถึง การที่บุคคลจะยอมรับ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้นต้องมีความเชื่อว่า การกระทำนั้นมีประโยชน์จริงสามารถลดความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคได้ ในบางคนเชื่อว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถลดความเสี่ยงของโรคได้ แต่พบอุปสรรคในการกระทำ ได้แก่ ความลำบาก ค่าใช้จ่ายสูง ไม่ชอบ เกิดความเจ็บ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน มีอันตรายต่อสุขภาพจะทำให้เกิดความขัดแย้ง เกิดความลังเลในการปฏิบัติบุคคล

มีความสามารถคิดอย่างมีเหตุผลถึงภาวะคุกคามและความรุนแรงของโรค รับรู้ถึงประโยชน์มากกว่าอุปสรรค จะเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานของ อรุณี สมพันธ์ และคณะ (2558) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28$, $p < .01$)

2. ปัจจัยชักนำการปฏิบัติ (Cues to action) เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสม ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยภายในและภายนอกตนเอง ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ได้รับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ เช่น อินเตอร์เน็ต โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ หรือประสบการณ์ของคนในครอบครัว บุคคลต่าง ๆ เพื่อนร่วมงาน ปัจจัยภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง ความเสี่ยงของโรค อาการของโรค สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรค (Becker, 1974)

จากการทบทวนพบว่า ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรัง ดังนี้

2.1 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากช่องทางต่าง ๆ

2.1.1 โทรทัศน์ เป็นสื่อที่มีความสำคัญมากในปัจจุบันสามารถสื่อให้เห็นภาพและเสียงพร้อม ๆ กัน กระจายข้อมูลได้อย่างทั่วถึง สะดวก สบาย ไม่จำเป็นต้องหาข้อมูล สามารถรับข้อมูลได้จากหน้าจอโทรทัศน์ที่บ้าน (วรรณา พุทธิเมธากุล, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ สรชา ผูกพันธ์ (2560) เรื่องความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยของรัฐในกรุงเทพมหานคร พบว่า นิสิตนักศึกษา ร้อยละ76 นั่งดูโทรทัศน์ เช่น รายการคนสู้โรค รายการพบหมอศิริราช ตรงกับแนวความคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่า ปัจจัยกระตุ้นที่ให้มีการปฏิบัติในส่วนของปัจจัยภายนอก ได้แก่ ได้รับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ (Becker, 1974)

2.1.2 วิทยุ เป็นช่องทางสื่อสารที่มีค่าใช้จ่ายต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับสื่ออื่น ๆ ครอบคลุมบริเวณพื้นที่กว้างขวางสามารถเข้าถึงผู้บริโภคได้มาก และเหมาะสำหรับผู้ที่อ่านหนังสือไม่ออก สามารถรับฟัง และทำงานอื่นไปด้วย แต่มีข้อจำกัดในด้านภาพ และอายุของข่าวสั้น ไม่สามารถย้อนกลับมาฟังได้อีก ผู้เสนอข้อมูลผ่านทางเสียงต้องมีทักษะในการเสนอข้อมูลเป็นอย่างดี ให้ถูกใจคนฟัง (วรรณา พุทธิเมธากุล, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรารถนา วัชรานุรักษ์ (2560) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการแสวงหาความรู้และเรียนรู้ด้วยตนเองจากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ

2.1.3 เอกสารแผ่นพับ เป็นสื่อสิ่งพิมพ์ที่ผลิตโดยเน้นการนำเสนอเนื้อหา ซึ่งเนื้อหาที่นำเสนอนั้นเป็นเนื้อหาที่สรุปใจความสำคัญเชื่อถือได้ (วรรณา พุทธิเมธากุล, 2560) สอดคล้องกับ

การศึกษาเรื่องการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของ ประไพ กิตติบุญถวัลย์ ศิริธร ยิ่งเรงเริง และศุภลักษณ์ ศรีธัญญา (2556) พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองทางแผ่นพับเป็นหนึ่งช่องทางจาก 14 ช่องทาง

2.1.4 หนังสือพิมพ์ เป็นสื่อสิ่งพิมพ์ที่ผลิตขึ้นโดยนำเสนอเรื่องราว ข่าวสาร และภาพ พิมพ์ออกเผยแพร่ทั้งลักษณะ รายวัน รายสัปดาห์ และรายเดือน หนังสือพิมพ์จึงเป็นช่องทางหนึ่งที่สามารถเผยแพร่ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง (วรรณา พุทธิเมธากุล, 2560)

2.1.5 วารสาร เป็นสิ่งพิมพ์ที่มีเนื้อหาค่อนไปทางวิชาการและเป็นแหล่งให้นักวิชาการ นักศึกษา และอาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษาพิมพ์ผลงานลงเผยแพร่ จัดพิมพ์ออกเผยแพร่เป็นคราว ๆ หรือเป็นวาระไม่สามารถหาอ่านได้ทั่วไป (วรรณา พุทธิเมธากุล, 2560)

2.1.6 สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ เช่น กูเกิล (Google) เป็นเว็บไซต์ที่เชื่อมโยงไปยังบทความหรือเนื้อหาในอินเทอร์เน็ต ปัจจุบันเป็นยุคไร้พรมแดนสามารถเข้าถึงความรู้ต่าง ๆ ได้ในเวลาอันรวดเร็ว และใช้ต้นทุนในการลงทุนต่ำ มีทั้งภาพเคลื่อนไหวและมีเสียงประกอบไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของระยะทาง (วรรณา พุทธิเมธากุล, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ สรชา ผูกพันธ์ (2560) เรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยของรัฐในกรุงเทพมหานคร พบว่า นิสิตนักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เพราะนิสิตนักศึกษาใช้สื่อต่าง ๆ ทางอินเตอร์เน็ต และสังคมออนไลน์สูงสุด

2.1.7 กลุ่มโซเชียลมีเดีย เช่น กลุ่มไลน์ (Line) อินสตาแกรม (Instagram) และทวิตเตอร์ (Twitter) เป็นสื่อที่มีการสื่อสาร 2 ทาง ผู้รับข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นหรือตอบผู้ให้ข้อมูลได้ทันที โดยการให้ข้อคิดเห็นในบันทึกในบล็อกหรือในวิดีโอหรือการพูดคุยผ่านโปรแกรมสนทนาออนไลน์หรือเว็บบอร์ด เป็นที่นิยมมากที่สุดในปัจจุบัน (กานดา รุณนะพงศา สายแก้ว, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ สรชา ผูกพันธ์ (2560) เรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยของรัฐในกรุงเทพมหานคร พบว่า นิสิตนักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เพราะนิสิตนักศึกษาใช้สื่อต่าง ๆ ทางอินเตอร์เน็ตและสังคมออนไลน์สูงสุด

2.2 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากบุคคลต่าง ๆ

2.2.1 แพทย์ มีบทบาทในการรับผิดชอบสุขภาพประชาชน โดยให้การรักษาพร้อมกับคำแนะนำแก่ประชาชน สถานที่ทำงานมักจะอยู่ในสถานพยาบาล โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยรัตน์ แก้ววันดี และคณะ (2558) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน พบว่า การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ คชโคตร (2554) เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพฯ พบว่า การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.2 พยาบาล มีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือประชาชนเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะ (2558) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน พบว่า การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ คชโคตร (2554) เรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพฯ พบว่า การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีบทบาทในการบริการด้านสาธารณสุข การป้องกันควบคุมโรค และส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ การทำงานจะคลุกคลีกับประชาชนในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยรัตน์ แก้ววันดี และคณะ (2558) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน พบว่า การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ คชโคตร (2554) เรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพฯ พบว่า การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.4 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ ชุมชน เป็นประชาชนในชุมชนที่อาสาเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลด้านสุขภาพของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงของ สมใจ จางวาง (2559) พบว่า การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แก่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.5 ญาติ เป็นความสัมพันธ์ขั้นพื้นฐานในสังคม และมีความสำคัญมากในสังคมไทย สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ จางวาง (2559) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงพบว่า ครอบครัวมีส่วนในการให้ข้อมูล แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงขึ้น ตรงกับแนวความคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่า ปัจจัยกระตุ้นที่ให้มีการปฏิบัติในส่วนของปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประสบการณ์ของคนในครอบครัวจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรค (Becker, 1974)

2.2.6 เพื่อนสนิท เป็นบุคคลที่คบกัน สนิทสนมกัน กินเที่ยวด้วยกัน มีความไว้วางใจกัน และพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันจนสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ คชโคตร (2554) เรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพฯ พบว่า การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตรงกับแนวความคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่า ปัจจัยกระตุ้นที่ให้มีการปฏิบัติในส่วนของปัจจัยภายนอก ได้แก่ การได้รับข้อมูลเรื่องโรคเรื้อรังจากเพื่อนร่วมงานจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรค (Becker, 1974)

2.2.7 เพื่อนบ้าน หมายถึง ผู้ที่มีบ้านเรือนอยู่ในละแวกเดียวกัน สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันได้ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา ของ ปรารถนา วัชรานุรักษ์ (2560) พบว่า เพื่อนบ้านเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

3. ปัจจัยร่วมอื่น ๆ (Modifying factors) หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคลที่จะส่งผลในการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ และความเจ็บป่วยของตนเอง โดยเชื่อว่า การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงของโรคด้วยตัวบุคคลเองจะส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรค (Becker, 1974)

จากการทบทวนพบว่า มีปัจจัยร่วมที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับโรคเรื้อรัง ดังนี้

3.1 เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกความแตกต่างทางร่างกาย นอกจากความแตกต่างทางสรีระผู้หญิงกับผู้ชายมีบทบาทต่างกันออกไปตามค่านิยมของลักษณะทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม และครอบครัว (นาถฤดี เด่นดวง, 2554) ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของแต่ละบุคคล ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ของ อัญฐิริมา พิสัยพันธ์ (2556) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการบริโภคที่พึงประสงค์มากกว่าเพศชาย แตกต่างจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (สุทัสสา ทิจะยัง, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย (จุฑามาศ คชโคตร, 2554)

3.2 อายุ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย และจิตใจ คนวัยกลางคนถือว่า เป็นวัยแห่งความสมบูรณ์สูงสุดของพัฒนาการในด้านต่าง ๆ และยังเป็นวัยเริ่มต้นแห่งความเสื่อมของพัฒนาการทุกด้านอีกด้วย มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมลง มีความมั่นคงในอารมณ์ ไม่แปรปรวนง่าย ควบคุมอารมณ์ได้ดี และสามารถแสดงพฤติกรรมตอบสนองได้เหมาะสมกับสถานการณ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ (อัปสรสิริ เอี่ยมประชา, 2557) จากการศึกษาของ ณัชชา โพระดก (2555) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงอาการทางเมตาบอลิคในชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (กัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะ, 2558)

3.3 ศาสนา หมายถึง หลักธรรม คำสอน รวมทั้งแนวความเชื่อ และแนวการปฏิบัติตามคติของแต่ละศาสนา ศาสนาเป็นวัฒนธรรม ความเชื่อที่ถ่ายทอดผ่านระบบครอบครัว การใช้ชีวิตโดยมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ มีอิทธิพลต่อสุขภาพเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล กิจกรรมทางศาสนาบางอย่างมีผลต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด ด้านการบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง เนื่องจากมีการปฏิบัติตามหลักศาสนาในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่ดี สะอาด มีประโยชน์ และถูกต้องตามหลักอิสลาม ในด้านการจัดการความเครียด เมื่อพบปัญหาจะบอกกับตัวเองว่า เป็นการทดสอบจากพระเจ้า และมีการละหมาดวันละ 5 เวลา (สุจิตรา เหมวิเชียร, 2550)

3.4 อาชีพ เป็นการทำกิจกรรม การทำงานให้ได้ค่าตอบแทน มีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ อาชีพที่เร่งรีบ และแข่งขันสูงจึงก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของสุทัสสา ทิจะยัง (2557) พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล กรุงเทพมหานครของ พานทิพย์ แสงประเสริฐ (2556) พบว่า อาชีพไม่สามารถนำมาทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

3.5 ระดับการศึกษา หมายถึง การจำแนกการศึกษาเป็นระดับการศึกษา การศึกษาจะทำให้เกิดความรู้ มีความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารที่ได้รับนำมาปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้ แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (กัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะ, 2558)

3.6 รายได้ หมายถึง ผลตอบแทนของการทำงานเป็นตัวบ่งชี้ถึงฐานะของครอบครัว มีความสัมพันธ์ในการดำเนินชีวิตที่ตอบสนองความต้องการ จากการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพฯ (จุฑามาศ คชโคตร, 2554) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ ทองตำลึง (2554) ที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคน โดยนำแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock (1974); Becker (1974) มาอธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรค ประกอบด้วย ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived benefits of taking action and barriers to taking action) ปัจจัยชักนำการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากช่องทางต่าง ๆ คือ โทรทัศน์ วิทยุ เอกสารแผ่นพับ หนังสือพิมพ์ วารสารต่าง ๆ กลุ่มโซเชียลมีเดีย ได้แก่ กลุ่มไลน์ (Line) อินสตาแกรม (Instagram) และทวิตเตอร์ (Twitter) สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ เช่น กูเกิล (Google) และการได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากบุคคลต่าง ๆ คือ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ญาติ เพื่อนสนิท และเพื่อนบ้าน ปัจจัยร่วมอื่น ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา และรายได้ ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรัง ส่วนระดับการศึกษา และอาชีพไม่ได้นำมาศึกษา เนื่องจากการทบทวนงานวิจัยหลายฉบับพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนคนวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร โดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ประชาชนคนวัยกลางคนอายุ 40-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตหนองจอก จำนวน 50,894 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ประชาชนคนวัยกลางคน อายุ 40-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 480 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Yamane (1973 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณจากสูตรของ Yamane (1973 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) ดังนี้

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

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรวัยกลางคน

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{50,894}{1 + 50,894\ (.05)^2}$$

$$= 396.88$$

$$= 397 \text{ คน}$$

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 397 คน เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูล และการสูญหายของข้อมูล และคาดว่าจะได้รับแบบสอบถามคืนประมาณร้อยละ 80 (Lameshow, Hosme, Kler, & Wanga, 1990 อ้างถึงใน จริยา ลิมานันท์, 2550) ดังนั้นจึงเผื่อตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 480 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คำนวณขนาดตัวอย่างแต่ละชั้นภูมิ (Stratified sampling) ตามลักษณะพื้นที่และลักษณะความเป็นอยู่ เขตหนองจอก ประกอบด้วย 8 แขวง ประชากรวัยกลางคนอายุ 40-59 ปี จำนวน 50,894 คน แบ่งตามลักษณะพื้นที่และลักษณะความเป็นอยู่แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีจำนวน 4 แขวง ซึ่งมีประชากรวัยกลางคนรวม 37,121 คน คิดเป็นร้อยละ 73 ใช้สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 348 คน สุ่มโดยการจับฉลากได้แขวงโคกแฝด ซึ่งประกอบด้วยชุมชนจัดตั้ง 21 ชุมชน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มชนบท มีจำนวน 4 แขวง มีประชากรวัยกลางคน รวม 13,773 คน คิดเป็นร้อยละ 27 ใช้สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 132 คน สุ่มโดยการจับฉลากได้แขวงคลองสิบสอง ซึ่งประกอบด้วยชุมชนจัดตั้ง 10 ชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม แบบกลุ่ม (Cluster sampling) โดยจับฉลากชื่อชุมชน เมื่อได้ชื่อชุมชนแล้วนำมาคำนวณหาสัดส่วนกลุ่มไม่ป่วย (ร้อยละ 45) โดยใช้จำนวนหลังคาเรือน จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มกึ่งเมืองกึ่งชนบท แขวงโคกแฝดมี 21 ชุมชน ต้องการกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 348 คน จับฉลากกลุ่มตัวอย่างได้ 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนแผ่นดินทองคอยรุตตั๊กวา ชุมชนบ้านทรัพย์เจริญ และชุมชนส่งเสริมศีลธรรม

กลุ่มที่ 2 กลุ่มชนบท แขวงคลองสิบสองมี 10 ชุมชน จับฉลากกลุ่มตัวอย่างได้ 2 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนแผ่นดินทองวัดแสนเกษม และชุมชนแผ่นดินทองวัดพระยาปลา

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มเลือกหลังคาเรือนอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) จากทะเบียนรายชื่อบ้านแต่ละชุมชน จำนวนหลังคาเรือนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 คำนวณช่วงที่ใช้ในการสุ่มตัวอย่างจากสูตร (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553)

$$\text{ค่าช่วงห่าง (I)} = \frac{\text{จำนวนหลังคาเรือนทั้งชุมชน}}{\text{จำนวนหลังคาเรือนที่คำนวณได้}}$$

จากนั้นหาตัวอย่างแรกโดยสุ่มอย่างง่ายหมายเลขตั้งต้นระหว่างหมายเลขที่ 1 ถึง หมายเลข I สุ่มมา 1 หมายเลข จะเป็นตัวอย่างแรก คือ หมายเลข R นำหมายเลข R มาบวกกับค่าช่วงห่างที่ใช้ในการสุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ โดยใช้สูตร R, R + I, R + 2I, R + 3I, R + 4I จนครบตามจำนวนที่คำนวณได้ มีรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชุมชน

แขวง/ ชื่อชุมชน	ประเภทชุมชน	จำนวนหลังคาเรือน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
แขวงโคกแฝด			
แผ่นดินทองคอยรุตตั๊กวา	กึ่งเมืองกึ่งชนบท	169	76
บ้านทรัพย์เจริญ	กึ่งเมืองกึ่งชนบท	505	227
ส่งเสริมศีลธรรม	กึ่งเมืองกึ่งชนบท	100	45
แขวงคลองสิบสอง			
แผ่นดินทองวัดแสนเกษม	ชนบท	182	82
แผ่นดินทองวัดพระยาปลา	ชนบท	110	50
รวม		1,066	480

ขั้นตอนที่ 4 การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัยกลางคนในชุมชนที่กำหนด

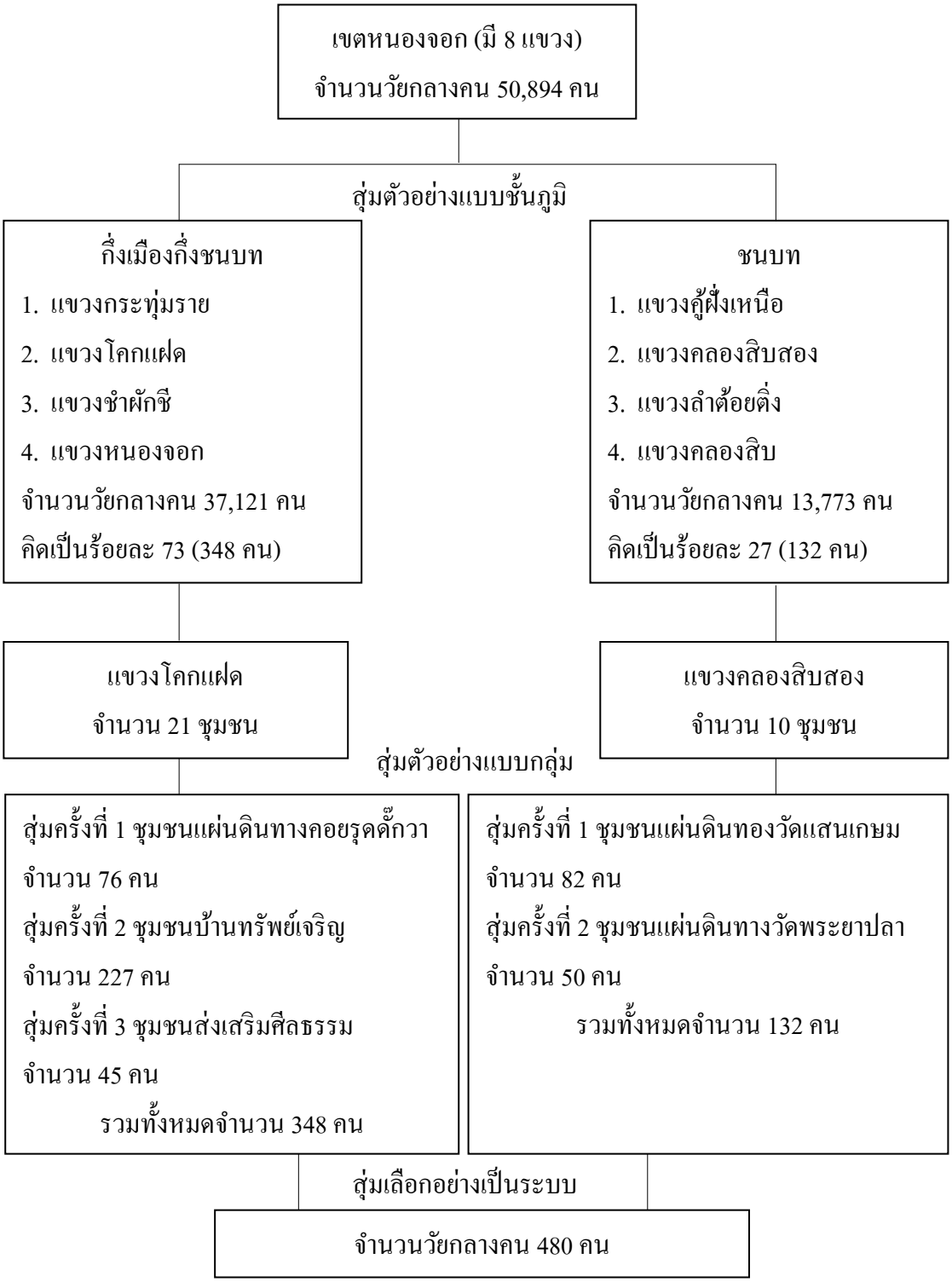
1. ให้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้นำเข้าบ้านที่มีวัยกลางคน

2. ตรวจสอบคุณสมบัติเก็บข้อมูลผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด หากแต่ละบ้านมีหลายคน สุ่มจับฉลากมา 1 คน

สรุปขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างตามภาพที่ 3

การกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นคนไทย สัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 40-59 ปี
2. อาศัยในเขตหนองจอกอย่างน้อย 6 เดือน
3. อ่านออก เขียนได้



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยแนวคิดจากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) (Becker, 1974; Rosenstock, 1974) ประกอบด้วย แบบสอบถามซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของวัยกลางคน ซึ่งประกอบไปด้วย คำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ศาสนา รายได้ ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด-เปิด จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด และพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมามีพฤติกรรมเฉลี่ยจำนวนวันต่อสัปดาห์ ลักษณะของคำถามเป็นแบบปลายปิดความสัมพันธ์เชิงบวกในทิศทางเดียวกัน จำนวน 15 ข้อ มีคำตอบให้เลือกแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ คือ มีพฤติกรรมทุกวัน (5) ปฏิบัติบ่อยครั้ง คือ มีพฤติกรรม 5-6 วันในสัปดาห์ (4) ปฏิบัติบางครั้ง คือ มีพฤติกรรม 3-4 วันในสัปดาห์ (3) ปฏิบัติน้อยครั้ง คือ มีพฤติกรรม 1-2 วันในสัปดาห์ (2) ไม่ปฏิบัติเลย คือ ไม่เคยมีพฤติกรรม (1)

เกณฑ์การแปลผลระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังเพื่อใช้ในการพรรณนาข้อมูล ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ 4.51 ถึง 5.00 หมายความว่า มีการปฏิบัติมากที่สุด

คะแนนตั้งแต่ 3.51 ถึง 4.50 หมายความว่า มีการปฏิบัติมาก

คะแนนตั้งแต่ 2.51 ถึง 3.50 หมายความว่า มีการปฏิบัติปานกลาง

คะแนนตั้งแต่ 1.51 ถึง 2.50 หมายความว่า มีการปฏิบัติน้อย

คะแนนตั้งแต่ 1.00 ถึง 1.50 หมายความว่า ไม่มีการปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย เครื่องมือ 4 ชุด ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค มีเนื้อหาครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย การเสี่ยงต่ออาการผิดปกติของโรค การทำหน้าที่ของร่างกายเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และภาวะน้ำหนักเกิน/โรคอ้วน จำนวน 15 ข้อ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีเนื้อหาครอบคลุม การป่วยเป็นโรคเรื้อรังจะเกิดผลต่อร่างกายมีความทุกข์ทรมาน พิการ เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เกิดผลกระทบต่อการทำงาน หยุดงาน ขาดงาน ตกงาน ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ เกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ ยานพาหนะ ค่าจ้างคนดูแล เป็นภาระของครอบครัว

และสังคม จำนวน 13 ข้อ

3. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค มีเนื้อหาครอบคลุม พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง มีประโยชน์ในการชะลอความเสื่อมของร่างกาย ลดการเกิดโรคเรื้อรัง ช่วยในการควบคุมน้ำหนักตัว ทำให้กล้ามเนื้อ ข้อต่อมีความแข็งแรงและยืดหยุ่น รู้สึกสดชื่น นอนหลับได้ดี ลดความตึงเครียด จำนวน 19 ข้อ

4. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค มีเนื้อหาครอบคลุม พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง ทำให้มีความลำบาก ยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่าย เสียเวลา เกิดอันตราย บาดเจ็บ และเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 16 ข้อ

ลักษณะของคำถามเป็นแบบปลายปิด มีคำตอบให้เลือกแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) และน้อยที่สุด (1)

เกณฑ์การแปลผลระดับการรับรู้เพื่อใช้ในการพรรณนาข้อมูล (บุญชม ศรีสะอาด และบุญส่ง นิลแก้ว, 2553) ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ 4.51 ถึง 5.00 หมายความว่า มีการรับรู้มากที่สุด

คะแนนตั้งแต่ 3.51 ถึง 4.50 หมายความว่า มีการรับรู้มาก

คะแนนตั้งแต่ 2.51 ถึง 3.50 หมายความว่า มีการรับรู้ปานกลาง

คะแนนตั้งแต่ 1.51 ถึง 2.50 หมายความว่า มีการรับรู้น้อย

คะแนนตั้งแต่ 1.00 ถึง 1.50 หมายความว่า มีการรับรู้น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่

1. การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ เอกสารแผ่นพับ หนังสือพิมพ์ วารสารต่าง ๆ สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ และกลุ่มโซเชียลมีเดีย จำนวน 7 ข้อ

2 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากบุคคลต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ญาติ เพื่อนสนิท และเพื่อนบ้าน จำนวน 7 ข้อ

ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านได้รับความรู้จำนวนครั้งต่อเดือน ลักษณะของคำถามเป็นแบบปลายปิด แบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เป็นประจำ คือ ได้รับข้อมูลข่าวสาร 4 ครั้งหรือมากกว่าใน 1 เดือน (5) บ่อยครั้ง คือ ได้รับข้อมูลข่าวสาร 3 ครั้ง ใน 1 เดือน (4) บางครั้ง คือ ได้รับข้อมูลข่าวสาร 2 ครั้ง ใน 1 เดือน (3) น้อยครั้ง คือ ได้รับข้อมูลข่าวสาร 1 ครั้ง ใน 1 เดือน (2) ไม่ได้เลย คือ ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร (1)

เกณฑ์การแปลผลระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเพื่อใช้ในการพรรณนาข้อมูล ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ 4.51 ถึง 5.00 หมายความว่า ได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุด

คะแนนตั้งแต่ 3.51 ถึง 4.50 หมายความว่า ได้รับข้อมูลข่าวสารมาก

คะแนนตั้งแต่ 2.51 ถึง 3.50 หมายความว่า ได้รับข้อมูลข่าวสารปานกลาง
คะแนนตั้งแต่ 1.51 ถึง 2.50 หมายความว่า ได้รับข้อมูลข่าวสารน้อย
คะแนนตั้งแต่ 1.00 ถึง 1.50 หมายความว่า ได้รับข้อมูลข่าวสารน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตามขั้นตอน ดังนี้

1. เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 2 ท่าน พยาบาลด้านการพยาบาลโรคเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน และแพทย์ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 44 ลำผักชี หนองจอก ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาตรงตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสม และความชัดเจนของภาษา หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาแล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ดังนี้

1. พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรัง มีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .78
2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย
   2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรัง มีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .80
   2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง มีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .77
   2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเรื้อรัง มีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89
   2.4 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเรื้อรัง มีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .75
3. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง
   3.1 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากช่องทางต่าง ๆ ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ทุกรายการ
   3.2 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากบุคคลต่าง ๆ ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ทุกรายการ

2. ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับวัยกลางคนที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่ไม่ได้ถูกสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการเก็บข้อมูลแบบเดียวกับที่ใช้เก็บข้อมูลจริงที่ชุมชนหมู่ 5 แขวงกระทุ่มราย เขตหนองจอก เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาของแบบสอบถาม ความชัดเจนของข้อคำถาม วิธีการตอบคำถาม ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม และความเชื่อมั่นของ

แบบสอบถาม นำข้อมูลที่เก็บได้มาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรัง มีความเชื่อมั่นที่ระดับ .68 ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปเก็บข้อมูลจริง เมื่อนำกลับมาวิเคราะห์อีกครั้ง ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .71 แบบสอบถามส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรัง มีความเชื่อมั่นที่ระดับ .95 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง มีความเชื่อมั่นที่ระดับ .94 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเรื้อรัง มีความเชื่อมั่นที่ระดับ .93 และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเรื้อรัง มีความเชื่อมั่นที่ระดับ .90 แบบสอบถามส่วนที่ 4 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ได้แก่ การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากช่องทางต่าง ๆ และการได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากบุคคลต่าง ๆ ผู้วิจัยใช้วิธีทดสอบ Test-retest พบว่า การวัดทั้ง 2 ครั้ง มีความสัมพันธ์กัน มีความเชื่อมั่น ดังนี้ การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากช่องทางต่าง ๆ มีความเชื่อมั่นที่ระดับ .72-.81 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากบุคคลต่าง ๆ มีความเชื่อมั่นที่ระดับ .92-94

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างการวิจัย และเครื่องมือวิจัย เพื่อขอรับความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยรหัส 07-05-2560

2. จัดทำเอกสารแนะนำตัวผู้วิจัย เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย ครอบคลุมรายละเอียดการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างใช้ประกอบการพิจารณาเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. การเคารพสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเข้าร่วมเป็นไปโดยความสมัครใจ การตอบแบบสอบถาม และการถอนตัวจากการวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือลงรายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. การรักษาความลับของข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัย ซึ่งมีผู้วิจัยเข้าถึงเพียงผู้เดียว การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นแบบภาพรวม โดยจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอประธานชุมชนแผ่นดินทองคอยรุตตั๊กวา ชุมชนบ้านทรัพย์เจริญ ชุมชนส่งเสริมศีลธรรม ชุมชนแผ่นดินทองวัดแสนเกษม และชุมชนแผ่นดินทองวัดพระยาปลา เพื่อขออนุมัติเก็บข้อมูล

2. เตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูล จำนวน 2 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพพื้นที่แขวงโคกแฝด และแขวงคลองสิบสอง โดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การรักษาความลับ สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ตลอดจนรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถาม และวิธีการรวบรวมข้อมูล

3. ประสานกับอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนที่ถูกคัดเลือก เพื่อให้เป็นผู้นำเข้าบ้านของประชาชนวัยกลางคน

4. เมื่อถึงบ้านประชาชนวัยกลางคน ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยวิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย การเข้าร่วมเป็นไปโดยความสมัครใจ เมื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แนะนำแบบสอบถาม ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบตามความเป็นจริงด้วยตัวเอง โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสอบถามในส่วนที่ยังไม่เข้าใจ เพื่อเป็นการไม่กดดันผู้เข้าร่วมวิจัยในการทำแบบสอบถาม ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนัดเวลาการรับแบบสอบถาม ตามเวลาที่สะดวก แต่ไม่เกิน 3 วัน โดยเตรียมซองใส่แบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยใส่ซองปิดผนึก ผู้วิจัยจะเข้ามารับ

5. เมื่อได้รับแบบสอบถามครบถ้วนแล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติเป็นขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำมารวบรวม และวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. พรรณนาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา รายได้ โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) หาค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. พรรณนาพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรังโดยใช้ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. พรรณนาปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม

การป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง โดยใช้ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. พรรณนาการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ วารสารต่าง ๆ และทางบุคคล ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ญาติ เพื่อนบ้าน โดยใช้ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. หาความสัมพันธ์ และอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลอายุ เพศ ศาสนา รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง การรับรู้ต่ออุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรังกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคน โดยการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ (Stepwise multiple regression) โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05

5.1 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของตัวแปรที่จะวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง การรับรู้ต่ออุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคน ดังนี้

5.1.1 การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ลักษณะเชิงเส้นตรง ระหว่างตัวแปรอิสระตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไปกับตัวแปรตาม 1 ตัว โดยตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม มีระดับการวัดไม่ต่ำกว่าช่วงมาตรา (Interval scale) และมีตัวแปรอิสระวัดเป็นนามมาตรา (Nominal scale) ได้แก่ เพศ และศาสนา จึงได้เปลี่ยนเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) มีค่า 0 กับ 1 (บุญเรียง ขจรศิลป์, 2547, หน้า 183-184) โดยกำหนดให้เพศหญิง เท่ากับ 0 เพศชาย เท่ากับ 1 และศาสนาพุทธ เท่ากับ 0 ศาสนาอิสลาม เท่ากับ 1

5.1.2 กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน ได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

5.1.3 ตัวแปรอิสระไม่มี Multicollinearity ทดสอบโดยใช้สถิติตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระหลาย ๆ ตัว คือ Collinearity ใช้ค่า Tolerance และ VIF จากผลการวิเคราะห์การวิจัยครั้งนี้พบค่า Tolerance อยู่ระหว่าง .39 ถึง .96 ซึ่งไม่ต่ำกว่า .2 และค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.04 ถึง 2.56 ซึ่งไม่เกิน 4 แสดงว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กัน

5.1.4 มีการแจกแจงแบบปกติเป็นอิสระต่อกัน ไม่เกิด Autocorrelation ทำการทดสอบโดยหาค่า Durbin-Watson มีค่าเท่ากับ 1.86 (ค่าปกติไม่เกิด Autocorrelation อยู่ในช่วง 1.8-2.2) (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2550, หน้า 142)

5.1.5 ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงเป็นปกติ ตรวจสอบโดยนำค่าความคลาดเคลื่อนที่ได้ทำกราฟฮิสโตแกรมได้กราฟรูประฆังคว่ำแสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรัง

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง

3.4 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 4 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง

4.1 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากช่องทางต่าง ๆ

4.2 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากบุคคลต่าง ๆ

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ และอำนาจการทำนายของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา รายได้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรังกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคน

จากการรวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ผลทั้ง 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 480 คน แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของวัยกลางคน โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) หาค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) จำนวนและร้อยละของวัยกลางคน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (*n* = 480)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
40-45 ปี	135	28.10
46-50 ปี	130	27.10
51-55 ปี	121	25.20
56-59 ปี	94	19.60
(Min = 40 ปี, Max = 59 ปี, *M* = 49.75 ปี, *SD* = 5.75 ปี)		
เพศ		
ชาย	176	36.70
หญิง	304	63.30
ศาสนา		
พุทธ	283	59.00
อิสลาม	197	41.00
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 1,000 บาท	44	9.20
1,000-10,000 บาท	232	48.3
10,001-20,000 บาท	152	31.70
20,000-30,000 บาท	34	7.00
มากว่า 30,000 บาท	18	3.80
(Min = 0 บาท, Max = 55,000 บาท, *M* = 11,813.44 บาท, *SD* = 9,391.78 บาท)		

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 49.75 ปี (*SD* = 5.72 ปี) ส่วนมากมีอายุระหว่าง 40-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.10 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 46-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.10 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.30 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.00 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 48.30 (*M* = 11,813.44 บาท, *SD* = 9,391.78 บาท) รองลงมา คือ 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 31.70

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง

พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรังในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา พรรณนาโดยใช้ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผลพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง (ค่าที่เป็นไปได้ 1-5) (n = 480)

พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง	ต่ำสุด	สูงสุด	*M*	*SD*	การแปลผล
ด้านการบริโภคอาหาร	2.00	5.00	3.31	0.46	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	1.00	5.00	3.33	0.94	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับความเครียด	1.00	5.00	3.81	0.74	มาก
ด้านการใช้สารเสพติด	1.00	5.00	4.47	0.95	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	2.50	5.00	3.49	0.43	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.49, SD = 0.43) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การจัดการกับความเครียดและการใช้สารเสพติดอยู่ในระดับมาก ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง

การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังมีผลการศึกษาดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย การเสี่ยงต่ออาการผิดปกติของโรค ทำให้หน้าที่ของร่างกายเปลี่ยนแปลง พรรณนาโดยใช้ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผลการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง (ค่าที่เป็นไปได้ 1-5) (n = 480)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรัง	ต่ำสุด	สูงสุด	*M*	*SD*	ระดับการรับรู้
ปวดศีรษะรุนแรง	1.00	5.00	2.20	1.12	น้อย
ปวดท้ายทอย ปวดต้นคอ	1.00	5.00	2.27	1.10	น้อย
มีอาการใจสั่น หัวใจเต้นแรง	1.00	5.00	2.06	1.06	น้อย
เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย	1.00	5.00	2.31	1.10	น้อย
คลื่นไส้ อาเจียน จากความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น	1.00	5.00	1.76	1.00	น้อย
คอแห้ง กระหายน้ำบ่อย	1.00	5.00	2.00	1.06	น้อย
ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน	1.00	5.00	2.00	1.06	น้อย
หิวบ่อย กินจุ แต่น้ำหนักตัวลด	1.00	5.00	1.65	0.95	น้อย
ปัสสาวะแสบขัด กะปริบกะปรอย	1.00	5.00	1.54	0.90	น้อย
เป็นแผลง่าย แต่หายยาก	1.00	5.00	1.53	1.00	น้อย
ชาตามปลายมือ ปลายเท้า	1.00	5.00	2.11	1.20	น้อย
จุกแน่นลิ้นปี่ร่วมกับปวดร้าวหรือปวดเมื่อยหัวไหล่หรือปวดกราม	1.00	5.00	1.75	1.00	น้อย
เจ็บแน่นหน้าอก เมื่อใช้กำลังเพิ่มขึ้นหรือเมื่อมีความเครียด	1.00	5.00	1.70	0.98	น้อย
เจ็บหน้าอกเหมือนมีอะไรมาทับ	1.00	5.00	1.56	0.88	น้อย
หน้ามืดเวียนศีรษะ เป็นลมบ่อย ๆ	1.00	5.00	1.77	1.07	น้อย
ค่าเฉลี่ยรวม	1.00	5.00	1.89	0.79	น้อย

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรังอยู่ในระดับน้อย (M = 1.89, SD = 0.79) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรังทุกข้ออยู่ในระดับน้อย

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้เป็นความรุนแรงของผลที่อาจจะเกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด พรรณนาโดยใช้ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผลการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง (ค่าที่เป็นไปได้ 1-5) (n = 480)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง	ต่ำสุด	สูงสุด	*M*	*SD*	ระดับการรับรู้
ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน	1.00	5.00	3.55	1.40	มาก
ขาดงานหรือหยุดงาน	1.00	5.00	2.94	1.29	ปานกลาง
ครอบครัวขาดรายได้	1.00	5.00	3.24	1.28	ปานกลาง
เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษา	1.00	5.00	3.25	1.21	ปานกลาง
เสียค่าใช้จ่ายในการจ้างคนดูแล	1.00	5.00	2.68	1.30	ปานกลาง
เจ็บปวดทุกข์ทรมาน	1.00	5.00	3.09	1.41	ปานกลาง
ไตวายเรื้อรัง	1.00	5.00	2.90	1.48	ปานกลาง
จอประสาทตาเสื่อมหรือตาบอด	1.00	5.00	2.91	1.43	ปานกลาง
อัมพาต พิการ	1.00	5.00	2.92	1.50	ปานกลาง
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	1.00	5.00	2.91	1.46	ปานกลาง
เป็นภาระในการดูแลของญาติ	1.00	5.00	2.97	1.44	ปานกลาง
วิตกกังวล เครียด ท้อแท้	1.00	5.00	3.14	1.40	ปานกลาง
เสียชีวิตก่อนวัยอันควร	1.00	5.00	3.01	1.43	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	1.00	5.00	3.04	1.19	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 3.04, *SD* = 1.19) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง เรื่องการใช้ระยะเวลาในการรักษานานอยู่ในระดับมาก (*M* = 3.55, *SD* = 1.40) ข้ออื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลาง

3. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยประโยชน์ในการชะลอความเสื่อมของร่างกาย ลดการเกิดโรคเรื้อรัง ช่วยในการควบคุมน้ำหนักตัว ทำให้กล้ามเนื้อ ข้อต่อมีความแข็งแรง และยืดหยุ่น รู้สึกสดชื่น นอนหลับได้ดี ลดความตึงเครียด พรรณนาโดยใช้ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผลการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง (ค่าที่เป็นไปได้ 1-5) (n = 480)

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมฯ	ต่ำสุด	สูงสุด	*M*	*SD*	ระดับการรับรู้
ด้านการรับประทานอาหาร	1.00	5.00	4.07	0.83	มาก
ด้านการออกกำลังกาย	1.00	5.00	4.16	0.88	มาก
ด้านการจัดการความเครียด	1.00	5.00	4.18	0.79	มาก
ด้านการไม่สูบบุหรี่	1.00	5.00	4.29	0.91	มาก
ด้านการไม่ดื่มสุรา	1.00	5.00	4.32	0.98	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	1.00	5.00	4.18	0.76	มาก

จากตารางที่ 7 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังอยู่ในระดับมาก (M = 4.18, SD = 0.76) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังอยู่ในระดับมากทุกด้าน

4. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจ ความรู้สึกของวัยกลางคนว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังทำให้มีความลำบาก ยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่าย เสียเวลา เกิดอันตราย บาดเจ็บ และผลแทรกซ้อน พรรณนาโดยใช้ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผลการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง (ค่าที่เป็นไปได้ 1-5) (n = 480)

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมฯ	ต่ำสุด	สูงสุด	*M*	*SD*	ระดับการรับรู้
ด้านการรับประทานอาหาร	1.00	5.00	2.31	0.83	น้อย
ด้านการออกกำลังกาย	1.00	5.00	1.89	0.83	น้อย
ด้านการจัดการความเครียด	1.00	5.00	1.83	0.78	น้อย
ด้านการไม่สูบบุหรี่	1.00	5.00	1.42	0.75	น้อยที่สุด

ตารางที่ 8 (ต่อ)

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมฯ	ต่ำสุด	สูงสุด	*M*	*SD*	ระดับการรับรู้
ด้านการไม่ดื่มสุรา	1.00	5.00	1.40	0.78	น้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	1.00	5.00	1.78	0.61	น้อย

จากตารางที่ 8 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังในระดับน้อย ($M = 1.78$, $SD = 0.61$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังทุกด้านอยู่ในระดับน้อย-น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง

1. การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ เอกสารแผ่นพับ หนังสือพิมพ์ วารสารต่าง ๆ สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ และกลุ่มโซเชียลมีเดีย พรรณนาโดยใช้ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผลการได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากช่องทางต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง (ค่าที่เป็นไปได้ 1-5) ($n = 480$)

ช่องทางการได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง	ต่ำสุด	สูงสุด	*M*	*SD*	ระดับการรับรู้
จากโทรทัศน์ (TV)	1.00	5.00	3.90	1.05	มาก
จากวิทยุ (Radio)	1.00	5.00	2.69	1.17	ปานกลาง
จากเอกสารแผ่นพับ (Brochure)	1.00	5.00	2.62	1.04	ปานกลาง
จากหนังสือพิมพ์ (Newspaper)	1.00	5.00	2.47	1.14	น้อย
จากวารสารต่าง ๆ (Magazine)	1.00	5.00	2.32	1.23	น้อย
จากสื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ (Facebook)	1.00	5.00	2.93	1.46	ปานกลาง
จากกลุ่มโซเชียลมีเดีย (Line)	1.00	5.00	2.92	1.45	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากช่องทางต่าง ๆ โดยพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากโทรทัศน์ในระดับมาก ($M = 3.90$,

SD = 1.05) รองลงมาเป็นวิทยุ เอกสารแผ่นพับ สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ และกลุ่มโซเชียลมีเดีย ในระดับปานกลาง ช่องทางที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังระดับน้อย คือ หนังสือพิมพ์ และวารสารต่าง ๆ

2. การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากบุคคลต่าง ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ทางบุคคลต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ญาติ เพื่อนสนิท และเพื่อนบ้าน พรรณนาโดยใช้ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ดังรายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผลการได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากบุคคลต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง (ค่าที่เป็นไปได้ 1-5) (*n* = 480)

การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากบุคคลต่าง ๆ	ต่ำสุด	สูงสุด	*M*	*SD*	ระดับการรับรู้
แพทย์ (Doctor)	1.00	5.00	2.50	1.20	น้อย
พยาบาล (Nurse)	1.00	5.00	2.44	1.16	น้อย
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Public health officer)	1.00	5.00	2.69	1.10	ปานกลาง
อาสาสมัครสาธารณสุข (Public health volunteers)	1.00	5.00	2.49	1.13	น้อย
ญาติ (Cousin)	1.00	5.00	2.99	1.15	ปานกลาง
เพื่อนสนิท (Buddy)	1.00	5.00	2.82	1.16	ปานกลาง
เพื่อนบ้าน (Neighbor)	1.00	5.00	2.75	1.13	ปานกลาง

จากตารางที่ 10 กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติ เพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน อยู่ในระดับปานกลาง ได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังในระดับน้อย จากแพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา รายได้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรังกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคน

รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้เป็นผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์และการวิเคราะห์ถดถอย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ และอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ การได้รับข้อมูล

ข่าวสารของวัยกลางคนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง 480 คน เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ตอน คือ ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์และผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation) หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทีละคู่ พร้อมทั้งระดับนัยสำคัญ และนำเสนอในรูปเมทริกซ์สหสัมพันธ์ ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา รายได้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรังกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคน โดยแสดงในรูปเมทริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix) (n = 480)

ตัวแปร	Age	Male	Cul	Inc	Psu	Pse	Pbe	Pba	TV	Ra	Bro	News	Mag	FB	Line	DR	RN	PHO	VHV	Cou	Bud	Nei	Beh
Age	1																						
Male	.16**	1																					
Cul	-.00	.05	1																				
Inc	.01	.28**	.02	1																			
Psu	.07	-.06	-.18**	-.03	1																		
Pse	-.12**	-.08*	.03	.05	.31**	1																	
Pbe	-.13**	-.08*	.10*	.05	-.04	.34**	1																
Pba	.05	.06	-.12**	-.03	.35**	.09**	-.03**	1															
TV	-.01	.05	-.04	.04	.02	-.00	.18**	-.01	1														
Ra	-.08*	-.05	-.00	.08	.04	.06	.08*	.05	.30**	1													
Bro	-.03	-.01*	.03	-.05	.02	.14**	.19**	-.06	.19**	.39**	1												
News	-.04	-.05	-.08*	-.01	.12**	.08*	.07	.07	.33**	.47**	.60**	1											
Mag	-.04	-.08*	-.08*	.02	.15**	.17**	.07	.07	.21**	.45**	.59**	.75**	1										
FB	-.23**	-.07	-.02	.25**	.03	.19**	-.06	.16**	.09*	.36**	.36**	.36**	.42**	1									
Line	-.23**	-.01	-.05	.21**	-.01	.16**	.26**	-.12**	.16**	.07	.36**	.27**	.33**	.83**	1								
DR	.06	-.06	-.09*	-.09*	.02	-.02	-.00	.10	.30**	.49**	.28**	.43**	.38**	.00	.02	1							
RN	.04	-.09*	-.06	-.04	.03	.06	.04	.02	.30**	.45**	.32**	.44**	.40**	.08**	.06	.80**	1						
PHO	.03	-.04	.01	-.12**	-.01	.05	.02	-.06	.22**	.31**	.41**	.39**	.34**	.01	.01	.53**	.66**	1					
VHV	-.02	-.07	.16**	-.15**	.02	.18**	.20**	-.08**	.12**	.33**	.46**	.36**	.37**	.10**	.09*	.42**	.50**	.67**	1				
Cou	.02	.02	-.06	.03	-.01	-.03	.19**	-.11**	.31**	.26**	.12**	.15**	.11**	.01	.09*	.26**	.27**	.26**	.20**	1			
Bud	.01	.01	-.05	.07	.02	.03	.17**	-.08*	.30**	.34**	.16**	21**	.19**	.09*	.14**	.32**	.35**	.31**	.24**	.77**	1		

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ตัวแปร	Age	Male	Cul	Inc	Psu	Pse	Pbe	Pba	TV	Ra	Bro	News	Mag	FB	Line	DR	RN	PHO	VHV	Cou	Bud	Nei	Beh
Nei	.03	.01	-.02	-.08	-.02	-.01	.11**	-.05	.25**	.33**	.16**	.22**	.19**	-.07	-.02	.42**	.42**	.45**	.38**	.61**	.74**	1	
Beh	.06	-.13**	-.02	.00	-.01	.11**	.40**	-.33**	.13**	-.01	.25**	.19**	.17**	.21**	.26**	.02	.07	.13**	.14**	.22**	.10*	.043	1

**Sig.* < .05, ***Sig.* < .01

จากตารางที่ 11 พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 14 ปัจจัย จำแนกเป็นความสัมพันธ์ทางบวก จำนวน 12 ปัจจัย คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง (Pse) ($r = 0.11, p < .01$) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง (Pbe) ($r = .40, p < .001$) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจากโทรทัศน์ (TV) ($r = .13, p < .002$) เอกสารแผ่นพับ (Bro) ($r = .25, p < .001$) หนังสือพิมพ์ (News) ($r = .19, p < .001$) วารสารต่าง ๆ (Mag) ($r = .17, p < .001$) สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ (FB) ($r = .21, p < .001$) กลุ่ม Social media (Line) ($r = .26, p < .001$) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (PHO) ($r = .13, p < .002$) อาสาสมัครสาธารณสุข (VHV) ($r = .14, p < .001$) ญาติ (Cou) ($r = .22, p < .001$) เพื่อนสนิท (Bud) ($r = .14, p < .016$) เป็นความสัมพันธ์ทางลบ จำนวน 2 ปัจจัย คือ เพศชาย (Male) ($r = -.13, p < .002$) และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง (Pba) ($r = -.33, p < .001$) ไม่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คู่ใดมีค่าสูงกว่า 0.85 หรือต่ำกว่า -0.85 (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

2. ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน เพื่อค้นหาปัจจัยที่เป็นตัวพยากรณ์ในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างจากตัวแปรทั้งหมด 22 ตัวแปร ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคน

ปัจจัยทำนาย	*b*	*SE*	β	*t*	*p*
Pbe (การรับรู้ประโยชน์)	.16	.02	.28	6.61	< .001
Pba (การรับรู้อุปสรรค)	-.15	.03	-.22	-5.40	< .001
News (หนังสือพิมพ์)	.08	.02	.21	4.75	< .001
Ra (วิทยุ)	-.05	.02	-.14	-3.00	.003
Cou (ญาติ)	.12	.02	.31	5.17	< .001
Bud (เพื่อนสนิท)	-.08	.02	-.22	-3.62	< .001
Age (อายุ)	.01	.00	.15	3.88	< .001
Male (เพศชาย)	-.11	.03	-.12	-3.22	.001
Line (กลุ่มโซเชียลมีเดีย)	.04	.01	.15	3.52	< .001
ค่าคงที่ (a)	2.27	.20	-	11.17	< .001

$R = .58, R^2 = .333, F = 26.05, p < .001, n = 480$

จากตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนพบมีปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคน จำนวน 9 ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (R = .58, F = 26.05, p < .001) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม (Perceived benefits) (β = .28) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม (Perceived barriers) (β = -.22) การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากหนังสือพิมพ์ (Newspaper) (β = .21) วิทยุ (Radio) (β = -.14) ญาติ (Cousin) (β = .31) เพื่อนสนิท (Buddy) (β = -.22) อายุ (Age) (β = .15) เพศชาย (Male) (β = -.12) และการได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากกลุ่มโซเชียลมีเดีย (Line) (β = .15) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคนมากที่สุด คือ การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากญาติ (β = .31) รองลงมาเป็นการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม (β = .28) โดยปัจจัยทั้ง 9 ปัจจัย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 33.30 (R = .33) สามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้

สมการ $Y = a + bx_1 + bx_2 + bx_3 + ...$

Beh = 2.27 + .16 (Pbe) - .15 (Pba) + .08 (News) - .05 (Ra) + .12 (Cou) - .08 (Bud) + .01 (Age) - .11 (Male) + .04 (Line)

บทที่ 5
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์แนวคิดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) (Becker, 1974; Rosenstock, 1974) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนวัยกลางคน อายุ 40-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 480 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยแนวคิดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แบบสอบถามมี 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และส่วนที่ 4 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) อยู่ระหว่าง .71 ถึง .95 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย (Descriptive statistics) และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 480 คน อายุเฉลี่ย 49.75 ปี (SD = 5.72) ส่วนมากมีอายุระหว่าง 40-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.10 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 46-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.10 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.30 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 48.30 (M = 11,813.44, SD = 9,391.78) รองลงมา คือ 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 31.70

2. พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.49, SD = 0.43) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การจัดการกับความเครียดและการใช้สารเสพติดอยู่ในระดับมาก ด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง

3. ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรัง โดยรวมอยู่ในระดับน้อย (M = 1.89, SD = 0.79)

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.04, SD = 1.19)

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.18, SD = 0.76)

3.4 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง มีอุปสรรค ความยุ่งยาก ลำบาก โดยรวมอยู่ในระดับน้อย (M = 1.78, SD = 0.61)

4. ปัจจัยชักนำการปฏิบัติ ได้แก่

4.1 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรังจากช่องทางต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากช่องทางต่าง ๆ โดยพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากโทรทัศน์ในระดับมาก (M = 3.90, SD = 1.05)

4.2 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากบุคคลต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติ เพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน อยู่ในระดับปานกลาง ได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังในระดับน้อยจากแพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุข

5. ปัจจัยที่สัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังมีทั้งหมด 9 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง (b = .16) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง (b = -.15) การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากหนังสือพิมพ์ (b = .08) วิทยุ (b = -.05) ญาติ (b = .12) เพื่อนสนิท (b = -.08) อายุ (b = .01) เพศชาย (b = -.11) และกลุ่มโซเชียลมีเดีย (b = .04) ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 33.30 (R = .33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R = .58, F = 26.05, p < .001) การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากญาติเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคนมากที่สุด (β = .31) รองลงมาเป็นการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง (β = .28)

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.49, SD = 0.43) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังด้านการจัดการกับความเครียด และการใช้สารเสพติดอยู่ในระดับมาก ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง อาจมีสาเหตุมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นคนวัยกลางคนที่เป็นวัยทำงาน จึงให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพ

ส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่ในที่ทำงาน มีชีวิตที่เร่งรีบ เวลาดูแลด้านอาหาร และออกกำลังกายจึงน้อยลง ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง ด้านการบริโภคอาหาร และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยรัตน์ แก้ววันดี และคณะ (2558) พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.81

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง จำนวน 9 ปัจจัย ได้แก่

2.1 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากญาติ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนได้มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในเขตหนองจอก ลักษณะความเป็นอยู่แบบกึ่งเมือง กึ่งชนบท อาศัยอยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ และปลูกบ้านอยู่ในละแวกเดียวกัน ทั้งยังให้ความสำคัญกับระบบครอบครัวและเครือญาติ มีการติดต่อสัมพันธ์ และไปมาหาสู่กัน พูดคุยสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้เรื่องโรคเรื้อรังย่อมมีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการยอมรับ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังตรงกับแนวความคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคล จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรค (Becker, 1974) โดยสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ต่อกันย่อมมีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ จางวาง (2559) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบว่า ครอบครัวมีส่วนในการให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค

2.2 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนได้ในอันดับรองลงมา ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีกิจกรรมทางกายให้เพียงพอ จัดการกับความเครียด และไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และมีความเชื่อว่า พฤติกรรมเหล่านั้นดี มีประโยชน์ สามารถลดความรุนแรงของโรคเรื้อรังได้ ตรงกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ว่า การที่บุคคลจะยอมรับ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น ต้องมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นมีประโยชน์จริง จะทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคขึ้น (Rosenstock, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี สมพันธ์ และคณะ (2558) เรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

2.3 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากหนังสือพิมพ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนได้ ทั้งนี้เนื่องจากหนังสือพิมพ์เป็นสื่อที่นำเสนอเรื่องราว ข่าวสาร ข้อมูลความรู้ต่าง ๆ รวมทั้งเรื่องโรคเรื้อรัง และมีภาพประกอบทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ ความเข้าใจ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง

มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา ของ ปรารถนา วัชรานุรักษ์ (2560) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการแสวงหาความรู้ และเรียนรู้ด้วยตนเองจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์ โทรทัศน์ วิทยุ และหนังสือพิมพ์

2.4 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากกลุ่มโซเชียลมีเดีย เช่น กลุ่มไลน์ (Line) อินสตาแกรม (Instagram) และทวิตเตอร์ (Twitter) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนได้ เนื่องจากในปัจจุบันกลุ่มโซเชียลมีเดียเป็นช่องทางการสื่อสารที่รวดเร็ว ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ และมีข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ รวมทั้งทางด้านสุขภาพให้ติดตาม โดยการอ่าน การดูวิดีโอความรู้ผ่าน YouTube หรือการพูดคุยให้ข้อคิดเห็นผ่านโปรแกรมสนทนาออนไลน์หรือเว็บบอร์ดได้ทันที หลายรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มคนที่อยู่ในวัยทำงาน มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ เพื่อไว้ใช้ในการติดต่อสื่อสารเกือบทุกคน และสามารถเลือกติดตามข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเรื้อรัง ผ่านโซเชียลมีเดียตามรูปแบบที่เหมาะสมกับตนเอง ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจมากขึ้น และเชื่อว่าตนเองทำได้ จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยของรัฐในกรุงเทพมหานครของ สรชา ผูกพันธ์ (2560) พบว่า นิสิต นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เพราะนิสิตนักศึกษาใช้สื่อต่าง ๆ ทางอินเตอร์เน็ต และสังคมออนไลน์สูงสุด

2.5 อายุ เป็นปัจจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนได้ อธิบายได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้เป็นคนวัยกลางคน อายุ 40-59 ปี เป็นวัยทำงาน และผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ ของชีวิตมาพอสมควร มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และการป้องกันไม่ให้เกิดโรคเรื้อรัง พบเห็นผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังร่วมกับการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมลงของตนเอง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากขึ้น มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังสูงขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัชชา โพระดก (2555) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงอาการทางเมตาบอลิคในชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยารัตน์ แก้ววันดี และคณะ (2558) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

2.6 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคน และทำนายพฤติกรรมการป้องกัน

โรคเรื้อรังของวัยกลางคนได้ อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง มีการแปรผกผันตามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง ดังนี้ เมื่อรับรู้ว่ามีอุปสรรคน้อยจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังมาก และเมื่อรับรู้ว่า มีอุปสรรคมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังลดลง ตรงกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) กล่าวไว้ว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค กล่าวคือ ถ้าพบอุปสรรคมากก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคลดลง ในทางกลับกันถ้าอุปสรรคน้อย พฤติกรรมการป้องกันโรคก็จะสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ศิริปฐม (2554) เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลวังตะกอ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรค

2.7 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากเพื่อนสนิท เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคน และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนได้ อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างมีการแปรผกผันกับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรังจากเพื่อนสนิท คือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากเพื่อนสนิทมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังลดลง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน เป็นวัยที่เข้าสังคมตามกลุ่มเพื่อน ชอบเหมือนกันมีพฤติกรรมคล้าย ๆ กัน เมื่อพบกันส่วนใหญ่ การพูดคุยเรื่องสุขภาพ อาจเป็นเพียงการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แต่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญ มุ่งเน้นไปที่การสังสรรค์ในกลุ่มเพื่อน มีการบริโภคอาหารที่เป็นสาเหตุของโรคเรื้อรัง การสูบบุหรี่และดื่มสุรา จึงทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังลดลง แตกต่างจากการศึกษาของ จุฑามาศ คชโคตร (2554) เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพฯ พบว่า การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ได้แก่ การจัดหาอุปกรณ์ สถานที่ในการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2.8 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากวิทยุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนได้ อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างมีการแปรผกผันกับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรังจากวิทยุ คือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากวิทยุมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากวิทยุเป็นช่องทางสื่อสารที่มีค่าใช้จ่ายต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับสื่ออื่น ๆ สามารถรับฟัง แต่มีข้อจำกัดในด้านภาพ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเรื้อรังจากวิทยุที่มีมาก อาจเป็นเพื่อประกอบการโฆษณาหรือการเสนอข้อมูลไม่น่าสนใจ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เกิดความเชื่อถือ พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังจึงน้อย แตกต่างจากการศึกษาของ ปรารถนา วัชรานุรักษ์ (2560) เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการแสวงหาความรู้

และเรียนรู้ด้วยตนเองจากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ

2.9 เพศชาย เป็นเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคนได้ อธิบายได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างเพศชายส่วนใหญ่มีบทบาทในการหาเลี้ยงครอบครัว และทำงานนอกบ้าน จึงละเลยพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ให้ความสนใจในการเข้าสังคม การสังสรรค์ในกลุ่มเพื่อน ทำให้สูบบุหรี่ และดื่มสุรา เพศชายจึงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ลออศรี จารุวัฒน์ (2552) เรื่อง ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานของประชาชน จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ผู้ชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากว่าผู้หญิง และจากผลการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการบริโภคที่พึงประสงค์มากกว่าเพศชาย (อัญฐิริมา พิสัยพันธ์, 2556) แตกต่างจากการศึกษาของ สุทัสสา ทิจะยัง (2557) เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของ จุฑามาศ คชโคตร (2554) เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

3. ปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์ และไม่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคน จำนวน 13 ปัจจัย ได้แก่

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์ และไม่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพปกติ จึงไม่มีอาการผิดปกติของโรคเรื้อรัง การทำหน้าที่ของร่างกายไม่มีการเปลี่ยนแปลง ประกอบกับเป็นกลุ่มคนวัยทำงาน ทำให้พบบุคลากรทางสุขภาพน้อย ขาดการส่งเสริมสนับสนุนความรู้ในการดูแลเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง ทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความเข้าใจเรื่องโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรัง จึงเป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์ และไม่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองในตำบลท่าฉาง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ของ จุฑามาศ ทองตำลึง (2554) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างจากการศึกษาของ สุทัสสา ทิจะยัง (2557) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนโรงพยาบาลอู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง เป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์และไม่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพปกติ ไม่มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จึงไม่มีความเชื่อว่าตนเองจะป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้มีความทุกข์ทรมาน พิการ เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เกิดผลกระทบต่อการทำงาน หยุดงาน ขาดงาน ตกงาน ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ เกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพยานพาหนะ ค่าจ้างคนดูแล เป็นภาระของครอบครัว และสังคม และไม่มั่นใจว่า ความรุนแรงนั้นจะเกิดขึ้นกับตนเองทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์ และไม่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง สอดคล้องการศึกษาของสุทัสสา ทิจะยัง (2557) เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โรงพยาบาลอู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

3.3 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากโทรทัศน์ เป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์ และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนได้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรังจากโทรทัศน์ ทั้งนี้เนื่องจากโทรทัศน์เป็นสื่อที่มีเกือบทุกบ้าน สามารถสื่อให้เห็นภาพ และเสียงพร้อม ๆ กัน กระจายข้อมูลได้อย่างทั่วถึง สะดวก สบาย สามารถรับข้อมูลได้จากหน้าจอโทรทัศน์ที่บ้าน (วรรณา พุทธิเมธากุล, 2560) กลุ่มตัวอย่างอาจเป็นเพียงการดูโทรทัศน์กับครอบครัวตามวิถีชีวิตประจำวัน แต่ไม่เกิดการรับรู้ ทำให้โทรทัศน์เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนได้ แตกต่างจากการศึกษาเรื่องความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยของรัฐในกรุงเทพมหานคร พบว่า นิสิตนักศึกษาร้อยละ 76 นั่งดูโทรทัศน์ เช่น รายการคนสู้โรค รายการพบหมอศิริราช (สรชา ผูกพันธ์, 2560)

3.4 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากเอกสารแผ่นพับเป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนได้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรังจากเอกสารแผ่นพับ ซึ่งเป็นการแจกเพื่อเผยแพร่ข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพปกติ และอยู่ในวัยทำงาน มีเวลาน้อยจึงไม่ให้ความสำคัญกับเอกสารแผ่นพับ ทำให้เอกสารแผ่นพับเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง แตกต่างกับการศึกษาเรื่อง การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของ (ประไพ กิตติบุญถวัลย์ และคณะ, 2556) พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองทางแผ่นพับ

3.5 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากสื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ เช่น กูเกิล (Google) เป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์ และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนได้ ทั้งนี้เนื่องจากสื่อทางอิเล็กทรอนิกส์เป็นเว็บไซต์ที่เชื่อมโยงไปยังบทความหรือเนื้อหาในอินเทอร์เน็ต สามารถเข้าถึงความรู้ต่าง ๆ ได้ โดยกำหนดหัวข้อเรื่องที่สนใจในการค้นหา (วรรณา พุทธิเมธากุล, 2560) กลุ่มตัวอย่างต้องศึกษาทำความเข้าใจด้วยตนเอง อาจต้องใช้เวลามากในการเลือกข้อมูลที่ตรงกับความต้องการ ทำให้เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สรชา ผูกพันธ์ (2560) เรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยของรัฐในกรุงเทพมหานคร พบว่า นิสิตนักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เพราะนิสิตนักศึกษาใช้สื่อต่าง ๆ ทางอินเตอร์เน็ต และสังคมออนไลน์สูงสุด

3.6 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากวารสารต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์ และไม่สามารถทำนายการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนได้ อาจเนื่องมาจากวารสารเป็นสิ่งพิมพ์ที่มีเนื้อหาค่อนไปทางวิชาการ เป็นแหล่งให้นักศึกษาและนักวิชาการเผยแพร่ข้อมูล (วรรณา พุทธิเมธากุล, 2560) กลุ่มตัวอย่างคนวัยกลางคนซึ่งอยู่ในวัยทำงานจึงให้ความสนใจน้อย วารสารต่าง ๆ จึงเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังได้

3.7 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากแพทย์ เป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนได้ ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์เป็นบุคลากรที่ขาดแคลน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน และให้บริการอยู่ในสถานบริการ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะสุขภาพปกติ ไม่ได้รับการบริการในสถานพยาบาล ทำให้ไม่ได้พบแพทย์ จึงไม่ได้รับคำแนะนำความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังจากแพทย์ ทำให้แพทย์เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มตัวอย่างได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ คชโคตร (2554) เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพฯ พบว่า การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยรัตน์ แก้ววันดี และคณะ (2558) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน พบว่า การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

3.8 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากพยาบาลเป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์ และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนได้ อธิบายได้ดังนี้ การให้บริการในพื้นที่เขตหนองจอก มีหน่วยบริการที่เรียกศูนย์บริการสาธารณสุข 1 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุข

สาขา 11 แห่ง โดยมีการให้บริการ ทั้งภายในและนอกสถานที่ การให้บริการนอกสถานที่ในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสภาพเบื้องต้นเป็นบทบาทหน้าที่ของทีมพยาบาลอนามัยชุมชน ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 10 คน โดยพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนแบบองค์รวม ครอบคลุมการบริการ 4 มิติ ร่วมกับบุคลากรอื่น ๆ การบริการโดยปกติจะเป็นวัน และเวลาราชการ ส่วนใหญ่เป็นการเยี่ยมบ้านที่มีผู้ป่วย การทำหัตถการ และการจัดกิจกรรมในชุมชน เนื่องจากสัดส่วนพยาบาลมีจำนวนน้อย ซึ่งเป็นเวลาที่กลุ่มตัวอย่างออกไปทำงาน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพปกติไม่ได้ไปรับบริการในสถานพยาบาล ทำให้กลุ่มตัวอย่าง และพยาบาลมีโอกาสพบกันน้อย การส่งเสริมสนับสนุนความรู้ในการดูแลเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังให้แก่กลุ่มตัวอย่างจึงไม่มากนัก พยาบาลจึงเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพฯ พบว่า การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยได้อธิบายไว้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานธนาคาร เป็นงานบริการด้านการเงินซึ่งไม่มีความเกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพ และมีโอกาสเข้ารับบริการด้านสุขภาพเมื่อมีอาการเจ็บป่วยหรือตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีจึงทำให้การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (จุฑามาศ คชโคตร, 2554) แตกต่างจากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน พบว่า การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (กัลยรัตน์ แก้ววันดี และคณะ, 2558)

3.9 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนได้ อธิบายได้ดังนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่ในการเยี่ยมบ้านกลุ่มปกติ และผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ควบคุมโรคและการจัดกิจกรรมในชุมชน การให้บริการโดยปกติจะเป็นวันและเวลาราชการ ซึ่งเป็นเวลาที่กลุ่มตัวอย่างออกไปทำงานทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกลุ่มตัวอย่างพบกันน้อย กลุ่มตัวอย่างจึงได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านโรคเรื้อรังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มากนัก จึงไม่สามารถนำมาทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังได้ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพฯ พบว่า การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (จุฑามาศ คชโคตร, 2554) แตกต่างจากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง

จังหวัดลำพูน พบว่า การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (กัลยรัตน์ แก้ววันดี และคณะ, 2558)

3.10 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนได้ อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่จะเยี่ยมบ้านในวัน เวลาราชการ จึงพบกลุ่มตัวอย่างน้อย การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังจึงทำได้ไม่มากนัก จึงไม่สามารถนำมาทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังได้ แตกต่างจากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงของ สมใจ จางวาง (2559) พบว่า การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำของ อสม. แก่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.11 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากเพื่อนบ้าน เป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนได้ อาจเนื่องมาจากการพูดคุยกับเพื่อนบ้านเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังเป็นการสนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเป็นข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่ยอมรับว่าดีหรือไม่ดี จึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง เพื่อนบ้านจึงเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา พบว่า เพื่อนบ้านเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (ปรารถนา วัชรานุรักษ์, 2560)

3.12 ศาสนา เป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามหลักศาสนา เช่น ใส่บาตร ทำบุญ ฝึกเจริญสติ หรือละหมาด และรับรู้ว่าศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจแต่ไม่ได้นำมาเพื่อกำหนดเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง ศาสนาจึงเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มตัวอย่างได้ แตกต่างจากการศึกษาของ สุจิตรา เหมวิเชียร (2550) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านการบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์กับศาสนาอยู่ในระดับสูง

3.13 รายได้ เป็นปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนได้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากหรือรายได้น้อยไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง เนื่องจากพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังมีปัจจัยทางวัฒนธรรม

ความเชื่อ ค่านิยม ปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพ การมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง จึงอยู่ในอำนาจการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้รายได้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังได้ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพฯ พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (จุฑามาศ คชโคตร, 2554) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (จุฑามาศ ทองตำลึง, 2554)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่า ญาติ และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนมาก ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ควรส่งเสริมความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง สร้างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังให้ญาติ และคนวัยกลางคนเพิ่มขึ้น เพื่อนำไปใช้สื่อสารให้คนวัยกลางคนในครอบครัวมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง

2. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนอยู่ในระดับน้อย ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ควรจัดรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลส่งเสริมให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง และชี้ให้เห็นว่า วัยกลางคนเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงของโรคเรื้อรัง เพื่อให้คนวัยกลางคนมีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มขึ้น และตระหนักรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงของตนเพื่อเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังมากขึ้น

3. จากผลการศึกษาพบปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนในเขตหนองจอกกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 33.30 พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ สามารถนำปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากหนังสือพิมพ์ วิทยุ ญาติ เพื่อนสนิท อายุ เพศชาย และกลุ่มโซเชียลมีเดีย แทนค่าในสมการเพื่อคาดคะเนพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนกลุ่มอื่น ๆ

4. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังอยู่ในระดับน้อย จากแพทย์ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ควรดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ในวัน เวลา ที่กลุ่มคนวัยกลางคนเข้าถึงบริการได้ เพื่อให้คนกลุ่มนี้ได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังและเข้าใจสามารถนำไปใช้ให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในงานวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาปัจจัย จำนวน 22 ปัจจัย สามารถทำนายได้เพียงร้อยละ 33.30 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 66.70 เป็นผลกระทบจากปัจจัยอื่น ๆ จึงควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งงานวิจัยนี้ไม่ได้นำมาศึกษา

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา*. เข้าถึงได้จาก http://www.phimaimedicine.org/2012/03/blog-post_2756.html

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)*.นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายงานประจำปี 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *พฤติกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็ม*. เข้าถึงได้จาก http://www.thatoomhsp.com/userfiles/13

กองสุขศึกษา. (2555). *ปรับพฤติกรรมเปลี่ยนสุขภาพคนไทย*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

กองสุขศึกษา. (2558). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สำหรับวัยทำงาน*. เข้าถึงได้จาก http://www.hed.go.th

กัลยารัตน์ แก้ววันดี, วราภรณ์ ศิริสว่าง และจิติมา กตัญญู. (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

กานดา รุณนะพงศา สายแก้ว. (2560). *โซเชียลมีเดีย*. เข้าถึงได้จาก https://gear.kku.ac.th/krunapon/talks/socialmedia/kku-socialmedia.pdf

ขวัญใจ ศิริปฐม. (2554). *พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลวังตะกอ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จริยา ลิมานันท์. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเขต 9*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

จันจิราภรณ์ วิชัย. (2558). *ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง*. เข้าถึงได้จาก http://www.srinagarind.md.kku.ac.th

จุฑามาศ คชโคตร. (2554). พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารเกื้อการุณย์, 19*(1), 71-81.

จุฑามาศ ทองตำลึง. (2554). *การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองในตำบลท่าฉาง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จุรีพร คงประเสริฐ และธิดารัตน์ อภิญญา. (2558). *คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ.* กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

จุรีพร คงประเสริฐ, นิตยา พันธุเวทย์, ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง และลินดา จำปาแก้ว. (2557). *คู่มือการจัดบริการสุขภาพ "กลุ่มวัยทำงาน" แบบบูรณาการ 2558.* กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS.* ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

เจริญ กระบวนรัตน์. (2558). *กิจกรรมทางกาย (Physical activity).* เข้าถึงได้จาก http://www.tahper.or.th/Chiang%20mai/9956/58.pdf

ชนิพรรณ บุตรยี่. (2557). *การเพิ่มการบริโภคพืช ผัก ผลไม้.* กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

ชัชลิต รัตรสาร. (2556). *การระบาดของโรคเบาหวานและผลกระทบที่มีต่อประเทศ.* เข้าถึงได้จาก http://www.dmthai.org/sites/default/files/briefingbook_38.pdf

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). *การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน แนวคิดและการปฏิบัติ.* กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัชชา โพระดก. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงอาการทางเมตาโบลิคในชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ทักษพล ธรรมรังสี. (2557). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิกฤตสุขภาพ วิกฤตสังคม.* เข้าถึงได้จาก http://www.sem100library.in.th/medias/12258.pdf

เทพ หิมะทองคำ. (2550). *ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์.* กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.

ธาริณี พังจุนันท์ และนิตยา พันธุเวทย์. (2558). *ความรู้สำหรับประชาชน วันความดันโลหิตสูงโลก.* เข้าถึงได้จาก http://odpc11.ddc.moph.go.th/inews/data/12/pic/407.pdf

ธิดารัตน์ อภิญญา และนิตยา พันธุเวทย์. (2556). *รายงานผลการทบทวน รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อในวิถีชีวิตด้วยการลดการบริโภคเกลือ*. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

นาถฤดี เด่นดวง. (2554). *เพศ (Sex) ความเป็นหญิงความเป็นชาย (Gender) การขัดเกลาทางสังคม (Socialization) และความเสมอภาคหญิงชาย (Gender equality)*. เข้าถึงได้จาก http://www.owf.go.th/km/site/?page=knowledge&id=14&groupid=12

นิตยา จรัสแสง, ศิริพร มงคลถาวรชัย, เพชรรัตน์ บุตะเขียว, สมลักษณ์ บุญจันทร์ และพรนิภา หาญละคร. (2555). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 57*(4), 439-446.

นุชรี อาบสุวรรณ. (2558). *ประเด็นสารรณรงค์วันเบาหวานโลกปี 2558*. เข้าถึงได้จาก http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=10551&tid=31&gid=1-015-001

เนติมา คูนีย์. (2557). *การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: อาร์ตคอลิไฟท์.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

บุญชม ศรีสะอาด และบุญส่ง นิลแก้ว. (2553). *การอ้างอิงประชากรเพื่อใช้เครื่องแบบมาตราส่วนประมาณค่ากับกลุ่มตัวอย่าง*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม.

บุญเรียง ขจรศิลป์. (2547). *การวิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูลในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 10-12*. กรุงเทพฯ: เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์.

ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2553). *จุดประกาย: เปลี่ยนโฉมประเทศไทยปลอดควันบุหรี่*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์ไม่สูบบุหรี่.

ประคอง อินทรสมบัติ. (2555). *การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง:มิติที่ท้าทายพยาบาล*. เข้าถึงได้จาก https://www.gotoknow.org/posts/393699

ประไพ กิตติบุญถวัลย์, ศิริธร ยิ่งเรงเริง และศุภลักษณ์ ศรีธัญญา. (2556). การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, *23*(3), 132-141.

ประภาสวัชร์ งามคณะ. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนไทยในเขตปริมณฑล. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, *6*(2), 21-30.

ปรารถนา วัชรานุรักษ์. (2560). เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, *4*(1), 217-233.

ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552*). แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ.* นนทบุรี: ทานตะวันเปเปอร์.

พนัส ธัญญะกิจไพศาล. (2555). *ความเครียด*. เข้าถึงได้จาก http://www.somdet.go.th/media/001.ppt

พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2555). *ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system*). เข้าถึงได้จาก http://haamor.com/th

พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. (2557). กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases [NCDs]). *นิตยสารยุทธโกษ, 123*(1), 51-61.

พานทิพย์ แสงประเสริฐ. (2556). การสร้างเสริมสุขภาพประชาชนตามกลุ่มวัยในชุมชนของไทย. *วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, *21*(7), 711-721.

ลออศรี จารุวัฒน์. (2552).ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานของประชาชน จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารควบคุมโรค*, *35*(2), 79-88.

วนิดา ดุรงค์ฤทธิ์ชัย, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, ภัทรา เล็กวิจิตรธาดา, อัจฉรา จินายน และกันยา สุวรรณคีรีขันธ์. (2553). *การสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิดหลักการและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล.* สมุทรปราการ: คอมเมอร์เชียลเวิลด์ มีเดีย.

วรรณรา ชื่นวัฒนา และณิชานาฏ สอนภักดี. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 6*(3), 163-170.

วรรณา พุทธิเมธากุล. (2560). *สุขศึกษาและพลศึกษา.* เข้าถึงได้จาก http://sites.google.com/site/natthakij56/

วันทนีย์ เกรียงสินยศ. (2555). *ลดโซเดียม ยืดชีวิต.* นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

วิชัย เอกพลากร. (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557.* กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

วิทยา ตันอารีย์. (2558). *ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ*. เข้าถึงได้จาก http://www.science.cmru.ac.th/sciblog_v2/blfile/102_s280115050720.pdf

วีระพล จันทร์ดียิ่ง. (2559). *แอลกอฮอล์*. เข้าถึงได้จาก http://www.clm.up.ac.th/pdf/article/Alcohol%20WA.pdf

ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล. (2559). *รายงานประจำปี 2558 ANNUAL REPORT 2015.*นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

ศูนย์บริการสาธารณสุข 44 ลำผักชี หนองจอก. (2557). *ทะเบียนคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ประจำปี 2557.* กรุงเทพฯ: ศูนย์บริการสาธารณสุข 44 ลำผักชี หนองจอก.

ศูนย์เบาหวาน ไทรอยด์และต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลเวชธานี. (2555). *เบาหวาน-หลอดเลือดแดงแข็ง-โรคหัวใจ*. เข้าถึงได้จาก https://www.thairath.co.th/content/304045

สมจิตร ชัยรัตน์. (2551). ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2*(1), 78-90.

สมใจ จางวาง. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3*(1), 110-128.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. เข้าถึงได้จาก www.pharcpa.com/files

สรชา ผูกพันธ์, (2560). ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยของรัฐในกรุงเทพมหานคร. วิทยาสารเกษตรศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์, *38*, 668-778.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ [สศช.]. (2553). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563*. เข้าถึงได้จาก http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703_1_.pdf

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). *ภาวะสุขภาพของแรงงานไทย*. เข้าถึงได้จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/download/files/laborHealty.pdf

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ประชากรกลางปี 2558*. เข้าถึงได้จาก http: //bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/pop2558_new.pdf

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *พฤติกรรมการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของประชากร ปี พ.ศ. 2554*. เข้าถึงได้จาก http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx

สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). *แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด*. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

สุจิตรา เหมวิเชียร. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, *25*(5), 379-388.

สุทัสสา ทิจะยัง. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. (2547). *จิตวิทยาเพื่อการอบรมผู้ใหญ่.* กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อมรา ทองหงส์, กมลชนก เทพสิทธา และภาคภูมิ จงพิระยะอนันต์. (2556). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2555. *WESR รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*, *44*(51), 1.

อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. (2555). *โรคความดันโลหิตสูง.* เข้าถึงได้จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20130820_27532949.pdf

อรวรรณ น้อยวัฒน์. (2555). *การจัดการความเครียด.* เข้าถึงได้จาก http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book55_1/easily.htm

อริยา ทิมา. (2554). *Atherosclerosis โรคหลอดเลือดแข็ง*. เข้าถึงได้จาก http://drariya.blogspot.com/2011/02/

อรุณี สมพันธ์, แสงทอง ธีระทองคำ, นพวรรณ เปียชื่อ และสมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2558). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 21*(1), 96-109.

อัญฐิริมา พิสัยพันธ์. (2556). ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, *13*(3), 352-360.

อัปสรสิริ เอี่ยมประชา. (2557). *เอกสารประกอบการเรียนบทที่ 3 รายวิชา GS 101 จิตวิทยาทั่วไป.* เข้าถึงได้จาก http://educ-bkkthon.com/th/student-services/download/doc

อารีย์ เสนีย์. (2557). โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *15*(2), 129-134.

American Heart Association [AHA]. (2017). *Detailed summary: 2017 guideline for the prevention, detection, evaluation and management of high blood pressure in adults*. Retrieved from https://healthmetrics.heart.org/detailed-summary/

Becker, M. H. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs, 2*(4), 354-385.

Bunditanukul, K. (2018). *Prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: Updated on American college of cardiology/ American heart association 2017*. Retrieved from http://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=381

Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, *2*(4), 328-335.

The American Diabetes Association [ADA]. (2017). American diabetes association standards of medical care in diabetes-2017. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education, 40*(1), 12-13.

World Health Organization [WHO]. (2008). *2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Retrieved from http://www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan_en.pdf

World Health Organization [WHO]. (2011). *Noncommunicable diseases country profiles 2011.* Retrieved from http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles_report.pdf

World Health Organization [WHO]. (2014 a). *Noncommunicable diseases country profiles 2014.* Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf

World Health Organization [WHO]. (2014 b). Word diabetes day 2014. Retrieved from file:///C:/Users/Administrator/Downloads/2014_3_Piemonte_EN.pdf

World Health Organization [WHO]. (2017). *Noncommunicable diseases progress monitor 2017*. Retrieved from http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2017/en/

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. นายแพทย์ธีรวีร์ วีรวรรณ	แพทย์เชี่ยวชาญ (เวชศาสตร์ป้องกัน (สาธารณสุข)) ศูนย์บริการสาธารณสุข 56 ทับเจริญ
2. นายแพทย์บุญธรรม ทุมพงษ์	ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 44 ลำผักชี สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
3. รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำปั่น	หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ดร.เขมารดี มาสิงบุญ	อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
5. นางนพวรรณ ภัทรวงศา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป ศูนย์บริการสาธารณสุข 56 ทับเจริญ

ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๑๐๙๖

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เรียน ประธานชุมชนหมู่ ๕ กระทุ่มราย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวนัสรา เกตจินดา รหัสประจำตัว ๕๔๙๒๐๑๔๕ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ วัยกลางคนอายุตั้งแต่ ๔๐-๕๙ ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นคนไทย สัญชาติไทย ไม่เคยได้รับบริการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อ่าน ออก เขียนได้ จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๒๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๑๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ณ ชุมชนหมู่ ๕ กระทุ่มราย แขวงกระทุ่มราย เขตหนองจอก กรุงเทพฯ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) กลุ่มงานการบริการการศึกษาและวิเทศสัมพันธ์
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๐๘
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖
ผู้วิจัยโทร ๐๘ ๖๓๗๖-๓๘๙๘

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๑๐๙๓

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการดำเนินการวิจัย

เรียน ประธานชุมชนแผ่นดินทองวัดแสนเกษม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวนัสรา เกตจินดา รหัสประจำตัว ๕๔๙๒๐๑๔๕ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ วัยกลางคนอายุตั้งแต่ ๔๐-๕๙ ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นคนไทย สัญชาติไทย ไม่เคยได้รับบริการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อ่าน ออก เขียนได้ จำนวน ๘๒ ราย ระหว่างวันที่ ๑๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๑๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๐ ณ ชุมชนแผ่นดินทองวัดแสนเกษม แขวงคลองสิบสอง เขตหนองจอก กรุงเทพฯ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) กลุ่มงานการบริการการศึกษาและวิเทศสัมพันธ์
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๐๘
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖
ผู้วิจัยโทร ๐๘-๖๓๗๒-๓๘๙๘

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๑๐๙๐

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการดำเนินการวิจัย

เรียน ประธานชุมชนแผ่นดินทองคอยรุตติ์กวา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวนัสรา เกตจินดา รหัสประจำตัว ๕๔๙๒๐๑๔๕ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ วัยกลางคนอายุตั้งแต่ ๔๐-๕๙ ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นคนไทย สัญชาติไทย ไม่เคยได้รับบริการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อ่าน ออก เขียนได้ จำนวน ๗๖ ราย ระหว่างวันที่ ๑๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๑๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๐ ณ ชุมชนแผ่นดินทองคอยรุตติ์กวา แขวงโคกแฝด เขตหนองจอก กรุงเทพฯ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) กลุ่มงานการบริการการศึกษาและวิเทศสัมพันธ์
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๐๘
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖
ผู้วิจัยโทร ๐๘-๖๓๙๒-๓๘๙๘

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๑๐๙๓

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการดำเนินการวิจัย

เรียน ประธานชุมชนแผ่นดินทองวัดแสนเกษม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวนัสรา เกตจินดา รหัสประจำตัว ๕๔๙๒๐๑๔๕ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ วัยกลางคนอายุตั้งแต่ ๔๐-๕๙ ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นคนไทย สัญชาติไทย ไม่เคยได้รับบริการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อ่าน ออก เขียนได้ จำนวน ๘๒ ราย ระหว่างวันที่ ๑๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๑๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๐ ณ ชุมชนแผ่นดินทองวัดแสนเกษม แขวงคลองสิบสอง เขตหนองจอก กรุงเทพฯ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) กลุ่มงานการบริการการศึกษาและวิเทศสัมพันธ์
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๐๘
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖
ผู้วิจัยโทร ๐๘-๖๓๗๒-๓๘๙๘

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๑๐๙๒

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการดำเนินการวิจัย

เรียน ประธานชุมชนส่งเสริมศีลธรรม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวนัสรา เกตจินดา รหัสประจำตัว ๕๔๙๒๐๑๔๕ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ วัยกลางคนอายุตั้งแต่ ๔๐-๕๙ ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นคนไทย สัญชาติไทย ไม่เคยได้รับบริการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อ่าน ออก เขียนได้ จำนวน ๔๕ ราย ระหว่างวันที่ ๑๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๑๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๐ ณ ชุมชนส่งเสริมศีลธรรม แขวงโคกแฝด เขตหนองจอก กรุงเทพฯ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) กลุ่มงานการบริการการศึกษาและวิเทศสัมพันธ์
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๐๘
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖
ผู้วิจัยโทร ๐๘-๖๓๗๒-๓๘๙๘

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๑๐๙๔

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการดำเนินการวิจัย

เรียน ประธานชุมชนแผ่นดินทองวัดพระยาปลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวนัสรา เกตจินดา รหัสประจำตัว ๕๔๙๒๐๑๔๕ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ วัยกลางคนอายุตั้งแต่ ๔๐-๕๙ ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นคนไทย สัญชาติไทย ไม่เคยได้รับบริการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อ่าน ออก เขียนได้ จำนวน ๕๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๑๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๐ ณ ชุมชนแผ่นดินทองวัดพระยาปลา แขวงคลองสิบสอง เขตหนองจอก กรุงเทพฯ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) กลุ่มงานการบริการการศึกษาและวิเทศสัมพันธ์
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๐๘
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖
ผู้วิจัยโทร ๐๘-๖๗๗๒-๓๘๙๘

ภาคผนวก ค

ตารางวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ การได้รับข้อมูลข่าวสารของวัยกลางคนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 13 ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผลพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง (ค่าที่เป็นไปได้ 1-5) (n = 480)

พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง	ต่ำสุด	สูงสุด	*M*	*SD*	แปลผล
1. รับประทานผัก 4-6 ทัพพีต่อวัน	1	5	3.57	0.98	มาก
2. รับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัด 3-5 ส่วนต่อวัน(ผลไม้ 1 ส่วนมีปริมาณ ดังนี้ กล้วยน้ำว้า 1 ผล หรือกล้วยหอม 1 ผล หรือส้มเขียวหวาน 1 ผล ใหญ่หรือเงาะ 4 ผล หรือมะละกอ หรือสับปะรด 6-8 ชิ้นพอคำ)	1	5	3.48	0.89	ปานกลาง
3. เติมน้ำตาลในอาหารที่รับประทานไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน	1	5	3.61	1.10	มาก
4. หลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวาน	1	5	3.21	0.95	ปานกลาง
5. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทอดโดยน้ำมัน (เช่น ไก่ทอด ทอดมัน กล้วยแขก ปลาท่องโก๋)	1	5	3.03	0.94	ปานกลาง
6. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง (เช่น เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมัน ข้าวมันไก่)	1	5	3.34	0.88	ปานกลาง
7. การรับประทานน้ำปลาไม่เกิน 5 ช้อนชาต่อวัน	1	5	2.62	1.18	ปานกลาง
8. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสำเร็จรูป อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง อาหารอบแห้ง	1	5	3.61	0.93	มาก
9. ทำกิจกรรมงานบ้านต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไป (เช่น ล้างรถ ตัดหญ้า ทำความสะอาดบ้านรดน้ำต้นไม้)	1	5	3.82	1.12	มาก
10. ออกกำลังกายโดยการเดินวิ่งเหยาะ ๆ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ กระโดดเชือก การเต้นแอโรบิก อย่างน้อย 30 นาที	1	5	2.95	1.25	ปานกลาง
11. ใช้การเดิน 20-30 นาที แทนการขึ้นรถ	1	5	3.23	1.26	ปานกลาง

เมื่อไปนอกบ้าน

ตารางที่ 13 (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง	ต่ำสุด	สูงสุด	*M*	*SD*	แปลผล
12. นอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน	1	5	4.10	0.99	มาก
13. การระบายความเครียด โดยหางานอดิเรกทำ (เช่น ปลูกต้นไม้จัดบ้านใหม่ ออกกำลังกาย)	1	5	3.51	1.13	มาก
14. การทำกิจกรรมทางศาสนา (เช่น การไหว้พระ สวดมนต์ ทำบุญใส่บาตร การเข้าวัดฟังธรรม การละหมาด การถือศีลอด การไปโบสถ์)	1	5	3.80	1.05	มาก
15. ดื่มเหล้าหรือสุราหรือเบียร์	1	5	4.47	0.95	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	1	5	3.49	4.3	ปานกลาง

ตารางที่ 14 ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผลการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง (ค่าที่เป็นไปได้ 1-5) (n = 480)

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง	ต่ำสุด	สูงสุด	*M*	*SD*	ระดับการรับรู้
การรับประทานอาหาร					
1. การรับประทานผัก 4-6 ทัพพี หรือผลไม้ 3-5 ส่วนต่อวัน ช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคอ้วน	1	5	4.10	0.91	มาก
2. การรับประทานผัก ผลไม้ ช่วยในเรื่องระบบ*การ*ขับถ่าย	1	5	4.24	0.87	มาก
3. การควบคุมอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และของหวานช่วยลดน้ำตาลในเลือด	1	5	4.15	0.92	มาก
4. การงดรับประทานอาหารทอด และไขมันสูงช่วยลดความเสี่ยงต่อหลอดเลือดอุดตัน	1	5	4.12	0.99	มาก
5. การรับประทานน้ำปลาไม่เกิน 5 ช้อนชา	1	5	3.88	1.15	มาก

ต่อวันช่วยลดความดันโลหิต

ตารางที่ 14 (ต่อ)

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง	ต่ำสุด	สูงสุด	*M*	*SD*	ระดับการรับรู้
6. การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสชาติหวานมันเค็ม ลดความเสื่อมของหลอดเลือด การออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที	1	5	3.95	1.05	มาก
7. กล้ามเนื้อ ข้อต่อมีความแข็งแรงและยืดหยุ่น	1	5	4.13	0.96	มาก
8. เพิ่มการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย	1	5	4.13	0.97	มาก
9. การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย	1	5	4.18	0.91	มาก
10. เสริมสร้างภูมิต้านทาน การจัดการความเครียด	1	5	4.19	0.91	มาก
11. การพักผ่อนนอนหลับทำให้ร่างกายได้พักผ่อน	1	5	4.31	0.81	มาก
12. การปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาทำให้จิตใจเป็นสุข	1	5	4.24	0.90	มาก
13. การพูดคุยระบายความทุกข์กับคนที่ไว้ใจทำให้ลดความเครียด การไม่สูบบุหรี่	1	5	4.00	0.98	มาก
14. ช่วยให้ระบบการหายใจดี	1	5	4.44	0.90	มาก
15. หลอดเลือดแข็งแรงไม่อุดตัน	1	5	4.30	0.98	มาก
16. หลอดเลือดแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อมือเท้าชา	1	5	4.21	1.02	มาก
17. ลดระดับความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือดได้	1	5	4.19	1.01	มาก

ตารางที่ 14 (ต่อ)

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง	ต่ำสุด	สูงสุด	*M*	*SD*	ระดับการรับรู้
การไม่ดื่มสุรา					
18. ทำให้หัวใจไม่ทำงานหนัก ป้องกันการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด	1	5	4.29	1.02	มาก
19. ทำให้ตับไม่ถูกทำลาย ป้องกันการเป็นโรคตับแข็ง	1	5	4.36	0.99	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	1	5	4.18	0.76	มาก

ตารางที่ 15 ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการแปลผลการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง (ค่าที่เป็นไปได้ 1-5) (n = 480)

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง	ต่ำสุด	สูงสุด	*M*	*SD*	ระดับการรับรู้
ด้านการรับประทานอาหาร					
1. การรับประทานผัก ผลไม้ ทุกมื้อทุกวันเป็นเรื่องยุ่งยาก	1	5	2.08	1.00	น้อย
2. การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสชาติหวาน มัน เค็ม ทำให้รสชาติอาหารไม่อร่อย	1	5	2.45	0.97	น้อย
3. การปรุงอาหารด้วยการนึ่ง ปิ้ง อบ ย่าง ทำให้มีความลำบากในการเตรียม	1	5	2.41	1.00	น้อย
ด้านการออกกำลังกาย					
4. การออกกำลังกายทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น	1	5	1.80	0.96	น้อย
5. การเดินทางไปสถานที่ออกกำลังกาย	1	5	2.04	1.05	น้อย

ทำให้เสียเวลา

ตารางที่ 15 (ต่อ)

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง	ต่ำสุด	สูงสุด	*M*	*SD*	ระดับการรับรู้
6. การออกกำลังกายอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อร่างกาย	1	5	1.80	0.87	น้อย
7. การออกกำลังกายทำให้ปวดเมื่อยร่างกาย	1	5	1.91	0.93	น้อย
ด้านการจัดการความเครียด					
8. การพักผ่อนนอนหลับ ทำให้เสียเวลาทำงาน	1	5	1.81	0.94	น้อย
9. การร่วมกิจกรรมทางศาสนาทำให้เสียเวลา	1	5	1.75	0.89	น้อย
10. การระบายความทุกข์ให้ผู้อื่นฟังเป็นเรื่องน่าอาย	1	5	1.92	0.96	น้อย
การไม่สูบบุหรี่					
11. การไม่สูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมกับกลุ่มเพื่อนลำบาก	1	5	1.45	0.85	น้อยที่สุด
12. มีความลำบากในการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้สูบบุหรี่	1	5	1.44	0.84	น้อยที่สุด
13. การไม่สูบบุหรี่ทำให้ไม่กล้าแสดงออก	1	5	1.37	0.75	น้อยที่สุด
การไม่ดื่มสุรา					
14. การไม่ดื่มสุราทำให้เข้าสังคมกับกลุ่มเพื่อนลำบาก	1	5	1.40	0.80	น้อยที่สุด
15. มีความลำบากในการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ดื่มสุรา	1	5	1.42	0.82	น้อยที่สุด
16. การไม่ดื่มสุราทำให้ขาดความเชื่อมั่นในการแสดงออก	1	5	1.39	0.80	น้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	1	5	1.78	0.61	น้อย

ภาคผนวก ง

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร

Factors Predicting Chronic Disease Preventive Behaviors of Middle-aged People in Nong Chok District, Bangkok

ชื่อนิสิต นางสาวนัสรา เกตจินดา

รหัสประจำตัวนิสิต 54920145 **หลักสูตร** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ **รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 07 - 05 - 2560**
โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ **ประชาชนวัยกลางคน อายุ 40-59 ปี ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรัง** จำนวนทั้งหมดไม่เกิน **480 ราย** สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ **ชุมชนแผ่นดินทองคอยรุตตั๊กวา ชุมชนบ้านทรัพย์เจริญ ชุมชนส่งเสริมศีลธรรม ชุมชนแผ่นดินทองวัดแสนเกษม ชุมชนแผ่นดินทองวัดพระยาปลา และชุมชนหมู่ 5 เขตหนองจอก จังหวัดกรุงเทพมหานคร**

2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลา<u>หนึ่งปี</u> นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2561

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 9 **เดือน** มิถุนายน **พ.ศ.** 2560

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร

รหัสจริยธรรมการวิจัย 07-05-2560

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนัสรา เกตจินดา

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นคนไทย สัญชาติไทย วัยกลางคน อายุ 40-59 ปี ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรังอาศัยอยู่ในเขตหนองจอกอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีระยะการเก็บข้อมูล เดือนกรกฎาคม และ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถาม 1 ชุด มี 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังมี 4 ชุด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง ส่วนที่ 4 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรังมี 2 ชุด ได้แก่ การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากช่องทางต่าง ๆ และการได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากบุคคลต่าง ๆ ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่ผลการวิจัย

จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดแผนงานทางการพยาบาลหรือกำหนดนโยบายที่เหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์และสภาพปัญหาของการป้องกันโรคเรื้อรัง รวมทั้งเป็นแนวทางการจัดบริการเพื่อแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสาร และล็อคกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวนัสรา เกตจินดา หมายเลขโทรศัพท์ 086-372-3898 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 085-085 7210

นางสาวนัสรา เกตจินดา
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามงานวิจัย
เรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 96 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย เครื่องมือ 4 ชุด จำนวน 63 ข้อ

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จำนวน 15 ข้อ

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 13 ข้อ

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค จำนวน 19 ข้อ

3.4 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 4 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชุด จำนวน 14 ข้อ

4.1 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากช่องทางต่าง ๆ จำนวน 7 ข้อ

4.2 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากบุคคลต่าง ๆ จำนวน 7 ข้อ

ความหมายของคำที่ใช้ในแบบสอบถามนี้

โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่มีการดำเนินของโรคระยะเวลานานเป็นไปอย่างช้า ๆ รักษาไม่หาย แต่ป้องกันได้ ในการศึกษาครั้งนี้ครอบคลุม โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากเป็นโรคที่มีปัจจัยสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะเดียวกัน

พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำของวัยกลางคนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ การรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกายและออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ และพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความเพียงคำตอบเดียวหรือเติมคำลงในช่องว่างที่ให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านที่สุด

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (เศษเกิน 6 เดือนคิดเป็น 1 ปี)
2. เพศ
   ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
3. นับถือศาสนา
   ☐ 1. พุทธ
   ☐ 2. อิสลาม
   ☐ 3. คริสต์
   ☐ 4. อื่น ๆ.....
4. ปัจจุบันท่านมีรายได้จากการประกอบอาชีพหลัก และรายได้พิเศษ เฉลี่ยเดือนละ.....บาท

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในตารางข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยในแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายความว่า มีพฤติกรรมทุกวัน (5)
ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายความว่า มีพฤติกรรม 5-6 วันในสัปดาห์ (4)
ปฏิบัติบางครั้ง หมายความว่า มีพฤติกรรม 3-4 วันในสัปดาห์ (3)
ปฏิบัติน้อยครั้ง หมายความว่า มีพฤติกรรม 1-2 วันในสัปดาห์ (2)
ไม่ปฏิบัติเลย หมายความว่า ไม่เคยมีพฤติกรรม (1)

คำถาม ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีพฤติกรรมต่อไปนี้บ่อยเพียงใด (เฉลี่ยสัปดาห์ละกี่วัน)

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. รับประทานผัก 4-6 ทัพพีต่อวัน					
2.					

....					
ข้อความ	**เป็นประจำ**	**บ่อยครั้ง**	**บางครั้ง**	**น้อยครั้ง**	**ไม่ปฏิบัติ**
....					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					

12.					

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
13.					
14.					
15. ดื่มเหล้าหรือสุราหรือเบียร์					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในตารางข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรือความเชื่อของท่านมากที่สุด โดยในแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

มากที่สุด หมายความว่า มีความรู้สึกหรือความเชื่อมากที่สุด (5)

มาก หมายความว่า มีความรู้สึกหรือความเชื่อมาก (4)

ปานกลาง หมายความว่า มีความรู้สึกหรือความเชื่อปานกลาง (3)

น้อย หมายความว่า มีความรู้สึกหรือความเชื่อน้อย (2)

น้อยที่สุด หมายความว่า มีความรู้สึกหรือความเชื่อน้อยที่สุด (1)

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรัง

คำถาม ท่านคิดว่า ท่านมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอาการผิดปกติของโรคเรื้อรังต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ปวดศีรษะรุนแรง					
2.					

3.					
4.					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง

คำถาม ท่านคิดว่าผลที่อาจจะเกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดมีความรุนแรงต่อท่านมากน้อยเพียงใด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

8.					
9.					
10.					
ข้อความ	**มากที่สุด**	**มาก**	**ปานกลาง**	**น้อย**	**น้อยที่สุด**
11.					
12.					
13. เสียชีวิตก่อนวัยอันควร					

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง

คำถาม ท่านคิดพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังมีประโยชน์ต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด

ข้อความ	**มากที่สุด**	**มาก**	**ปานกลาง**	**น้อย**	**น้อยที่สุด**
1. การรับประทานอาหาร 1.1 การรับประทานผัก 4-6 ทัพพี หรือผลไม้ 3-5 ส่วนต่อวันช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคอ้วน					
1.2					
1.3					
1.4					
1.5					
1.6					
2.					

2.1					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
2.2					
2.3					
2.4					
3. ..... 3.1					
3.2					
3.3					
4. ..... 4.1					
4.2					
4.3					
4.4					
5. ..... 5.1					
5.2 ทำให้ตับไม่ถูกทำลาย ป้องกันการเป็นโรคตับแข็ง					

3.4 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง

คำถาม ท่านคิดว่าการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง**มี**อุปสรรค ความยุ่งยาก ลำบาก ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ด้านการรับประทานอาหาร 1.1					
1.2					
1.3					
2. ..... 2.1					
2.2					
2.3					
2.4					
3. ..... 3.1					
-3.2					
3.3					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
4. ..... 4.1					
4.2					
4.3					
5. ..... 5.1					
5.2					
5.3 การไม่ดื่มสุราทำให้ขาดความเชื่อมั่นในการแสดงออก					

ส่วนที่ 4 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในตารางข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยในแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

เป็นประจำ คือ ได้รับข้อมูลข่าวสาร 4 ครั้งหรือมากกว่า ใน 1 เดือน (5)

บ่อยครั้ง คือ ได้รับข้อมูลข่าวสาร 3 ครั้ง ใน 1 เดือน (4)

บางครั้ง คือ ได้รับข้อมูลข่าวสาร 2 ครั้ง ใน 1 เดือน (3)

น้อยครั้ง คือ ได้รับข้อมูลข่าวสาร 1 ครั้ง ใน 1 เดือน (2)

ไม่ได้เลย คือ ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร (1)

4.1 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากช่องทางต่าง ๆ

คำถาม ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านการได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง จากแหล่งต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด (เฉลี่ยเดือนละกี่ครั้ง)

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ

1. จากโทรทัศน์					
2.					
ข้อความ	**เป็นประจำ**	**บ่อยครั้ง**	**บางครั้ง**	**น้อยครั้ง**	**ไม่ปฏิบัติ**
3.					
4.					
5.					
6.					
7. จากกลุ่มโซเชียลมีเดีย (เช่น กลุ่มไลน์ (Line), อินสตาแกรม(Instagram), และทวิตเตอร์ (Twitter))					

4.2 การได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากบุคคลต่าง ๆ

คำถาม ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับความรู้เรื่องโรคเรื้อรังจากบุคคลต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด (เฉลี่ยเดือนละกี่ครั้ง)

ข้อความ	**เป็นประจำ**	**บ่อยครั้ง**	**บางครั้ง**	**น้อยครั้ง**	**ไม่ปฏิบัติ**
1. แพทย์					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7. เพื่อนบ้าน					