

613.1
613.1
1.1

ลัทธิชีวิตในการป้องกันโรคติดต่อของประชาชนเขตเมือง
: กรณีศึกษา จังหวัดนนทบุรี

ปริญญานิพนธ์
ของ
เพ็ญศรี เกิดนาค

20 ต.ค. 2537

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกพลศึกษา

เมษายน 2537

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้วเห็น
ควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิตวิชาเอกสหศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน
(ดร.ชนวรรณ อิ่มสมบูรณ์)

..... กรรมการ
(พ.ญ. นายศรี สุพรศิลป์ชัย)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(ดร. ชนวรรณ อิ่มสมบูรณ์)

..... กรรมการ
(พ.ญ. นายศรี สุพรศิลป์ชัย)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผศ.ดร. พรสุข หุ่นรินทร์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลัก
สูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสหศึกษาของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ดร.ศิริภา พูลสุวรรณ)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. 2537

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูง จาก อาจารย์ ดร. ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์ อาจารย์ แพทย์หญิง ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย ประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรสุข หุ่นจันทร์ กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติมที่ได้ให้คำปรึกษาชี้แนะตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์นี้ได้สำเร็จ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กาญจนา รุ่งตรานนท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงศ์ อาจารย์ สมบูรณ์ ขอสกุล อาจารย์ศุภวรรณ มโนสุนทร ที่กรุณาให้คำปรึกษาและแนะนำในการสร้างเครื่องมือวิจัยแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ฉัตร เสกสรรวิริยะ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี สาธารณสุขอำเภอเมือง และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในเขตเมือง ที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

สุดท้ายผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ครูอาจารย์ที่เคารพ ขอขอบพระคุณ พี่น้อง ผู้บังคับบัญชา และเพื่อน ๆ พันเอกชุมพล เกิดนาค คุณตรีพล เกิดนาค และคุณกรองทอง เกิดนาค ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย จนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

ณัฏฐ์รี เกิดนาค

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการค้นคว้า	8
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	8
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	9
นิยามศัพท์เฉพาะ	10
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	13
ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับลีลาชีวิต	13
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	17
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	23
ความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ มะเร็ง	25
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	46
การวิจัยในต่างประเทศ	46
การวิจัยในประเทศ	49
สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า	53
3 วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า	56
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	56
ประชากร	56
กลุ่มตัวอย่าง	56

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	59
เกณฑ์การให้คะแนน	60
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ	60
การหาคุณภาพเครื่องมือ	61
วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	61
วิธีการจัดกระทำข้อมูล	62
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	65
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	70
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	70
การวิเคราะห์ข้อมูล	70
ผลการศึกษาวเคราะห์ข้อมูล	73
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	110
บทย่อ	110
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	110
วิธีดำเนินการวิจัย	110
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	110
การวิเคราะห์ข้อมูล	111
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	111
อภิปรายผล	114
ข้อเสนอแนะ	126

บรรณานุกรม 129

ภาคผนวก 138

ประวัติย่อของผู้วิจัย 159

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ประชากรของประเทศไทยจำแนกตามกลุ่มอายุ	1
2 อัตราตายด้วยสาเหตุสำคัญ (ต่อประชากร 100,000 คน) พ.ศ. 2530-2534	3
3 อัตราผู้ป่วยนอกด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญเปรียบเทียบรายปี (ต่อประชากร 100,000 คน)	5
4 อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญเปรียบเทียบรายปี (ต่อประชากร 100,000 คน)	5
5 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ	7
6 จำนวนประชากร และกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตำบล หมู่บ้าน	58
7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของประชาชนเขตเมือง จำแนกตามตัวแปร	75
8 คะแนนเฉลี่ยและระดับการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจ และหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวานและมะเร็ง ของประชาชน เขตเมือง จำแนกตามตัวแปร	79
9 คะแนนเฉลี่ยและระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งของประชาชนเขตเมือง จำแนกตามตัวแปร	83
10 ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จำแนกตามเพศ	86
11 ความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวานและมะเร็งของประชาชน เขตเมือง จำแนกตามเพศ	87

12	ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวานและมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จำแนกตามอายุ	88
13	ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งของประชาชนเขตเมือง จำแนกตามอายุ	89
14	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งของประชาชนเขตเมือง จำแนกตาม อายุ เป็นรายคู่	90
15	ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวานและมะเร็งของประชาชนเขตเมือง จำแนกตามระดับการศึกษา	91
16	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งของประชาชนเขตเมือง จำแนกตามระดับการศึกษาเป็นรายคู่	92
17	ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนในการป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวานและมะเร็งของประชาชนเขตเมือง จำแนกตามระดับการศึกษา	93
18	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จำแนกตามระดับการศึกษาเป็นรายคู่	94
19	ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวานและมะเร็งของประชาชนเขตเมือง จำแนกตามรายได้	95

20	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรค หัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวานและมะเร็งของ ประชาชนเขตเมือง จำแนกตามรายได้ เป็นรายคู่	96
21	ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและ หลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งของประชาชน เขตเมือง จำแนกตามรายได้.....	97
22	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและ หลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งของประชาชน เขตเมือง จำแนกตามรายได้ เป็นรายคู่	98
23	ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรค หัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวานและมะเร็งของ ประชาชนเขตเมือง จำแนกตามอาชีพ	99
24	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรค หัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งของ ประชาชนเขตเมือง จำแนกตามอาชีพ เป็นรายคู่	100
25	ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและ หลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวานและมะเร็ง ของประชาชน เขตเมือง จำแนกตามอาชีพ	101
26	ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งของประชาชนเขตเมือง จำแนกตาม สถานภาพทางการสมรส	102

- 27 ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ
เรื่อง โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน
และมะเร็งของประชาชนเขตเมืองจำแนกตามสถานภาพทาง
ครอบครัว 103
- 28 ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและ
หลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งของประชาชน
เขตเมือง จำแนกตามสถานภาพทางครอบครัว 104
- 29 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและ
หลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งของประชาชน
เขตเมือง จำแนกตามสถานภาพครอบครัว เป็นรายคู่ 105
- 30 ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่อง
โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง
และการปฏิบัติตนเองในการป้องกันโรครังกล่าวขอประชาชนเขตเมือง
จำแนกตามแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 106
- 31 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และการ
ปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง
เบาหวาน และมะเร็งของประชาชนเขตเมือง 107
- 32 การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง 108

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1 ความสัมพันธ์ของโรคกับปัจจัยเสี่ยง	45
---	----

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

จากการพัฒนาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาได้ผล มีผลทำให้โครงสร้างประชากรของประเทศเปลี่ยนแปลงไป มีประชากรวัยทำงานและผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น รวมทั้งการที่สามารถควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ โรคติดต่อต่าง ๆ ได้ ทำให้อัตราตายลดลง นอกจากนั้นแล้วในช่วง 20 ปี ที่ผ่านมา ความสำเร็จของโครงการวางแผนครอบครัวสามารถลดอัตราเกิดของประชากรได้อย่างมาก ทำให้สัดส่วนของประชากรวัยทำงาน และผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากการศึกษาของคณะทำงานวางแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) พบผลกระทบของการวางแผนประชากรอย่างต่อเนื่องต่อโครงสร้างประชากรที่ชัดเจน คือ เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ลดลงจากร้อยละ 45.1 เหลือร้อยละ 33.4 ส่วนประชากรวัยทำงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.0 เป็นร้อยละ 60.6 ประชากรวัยสูงอายุมีสัดส่วนมากขึ้นจากร้อยละ 4.9 เป็นร้อยละ 6.1 ตามลำดับ

ตาราง 1 ประชากรของประเทศไทยจำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ/พ.ศ.	2513	2523	2533	2543
0-14	45.1	40	33.4	27.4
15-59	50	54.6	60.6	65
60 ปีขึ้นไป	4.9	5.4	6.1	7.6

ที่มา : กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สภาพและปัญหาสาธารณสุข นโยบาย และกลวิธีการพัฒนา ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539). 2535. หน้า 1.

นอกจากนั้นแล้วการพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับต่าง ๆ ดำเนินไปอย่างได้ผลจนทำให้อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจสูงขึ้นด้วย แต่ปัญหาด้านสังคมยังคงมีอยู่และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากยังมีสภาพความเหลื่อมล้ำของระดับรายได้การกระจายรายได้ และสภาวะความยากจนมีแนวโน้มเลวลง จนเป็นเหตุให้ประชากรวัยทำงานต้องอพยพเข้าสู่แหล่งอุตสาหกรรมและบริการมากขึ้น จึงมีผลต่อการดำรงชีวิตของประชากรทั่วไปอย่างมาก ในด้านสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ครอบครัวไทยได้เปลี่ยนแปลงลักษณะครอบครัวใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวมีขนาดเล็กลง มีการเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตจากแบบชนบทเป็นแบบเมืองทั้งในด้านที่อยู่อาศัย อาหาร การใช้ชีวิตในครอบครัว ซึ่งนับวันแต่จะมีเวลาว่างน้อยลง นอกจากนี้ยังมีการใช้ชีวิตในเวลาว่างไปในทางที่ไม่ถูกต้อง เช่น การบริโภคบุหรี เหล้า สารพิษ รวมทั้งการมีพฤติกรรมเลวร้ายด้านอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น

ส่วนการประกอบอาชีพจากเดิมเป็นเกษตรกรรมที่เรียบง่าย เปลี่ยนแปลงไปเป็นเกษตรอุตสาหกรรมที่เร่งผลผลิตเพื่อการแข่งขันมากขึ้น ทำให้สภาพแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ สังคม มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เลวลง จากปัญหามลพิษทางอากาศ น้ำ และสารที่นำมาใช้อย่างหลากหลายในอุตสาหกรรม และเกษตรกรรม และพฤติกรรมเลวร้ายต่าง ๆ เพื่อให้ได้ผลประโยชน์ด้านเศรษฐกิจสูงสุดอันมีผลกระทบโดยตรงต่อการเกิดโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ซึ่งแต่เดิมก็เริ่มมีแนวโน้มสูงอยู่แล้ว ให้มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างน่าวิตก นอกจากนี้แบบแผนการเจ็บป่วยของประชากรก็เปลี่ยนไป คือเกิดกลุ่มโรคที่เกิดจากความยากจน (Disease of Poverty) โรคในกลุ่มนี้บางโรคเคยเป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างมากในอดีตได้ลดความรุนแรงลง เช่น โรคทубิซนาการ โรคมาลาเรีย เป็นต้น ในขณะที่บางโรคยังเป็นปัญหาที่รุนแรงอยู่ เช่น วัณโรคปอด โรคปอดอักเสบ เป็นต้น

ตาราง 2 อัตราตายด้วยสาเหตุสำคัญ (ต่อประชากร 100,000 คน) พ.ศ. 2530-2534

ลำดับ	สาเหตุ	2530	3531	2532	2533	2534
1	โรคหัวใจ	42.7	44.5	49.5	51.3	54.7
2	อุบัติเหตุ	26.1	30.2	35.1	41.9	45.6
3	การบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตายและอื่น ๆ	15.7	16.5	16.3	15.3	14.8
4	มะเร็งทุกชนิด	31.5	33.5	36.8	39.3	41.2
5	ความดันเลือดสูง และโรคหลอดเลือดในสมอง	12.8	13.3	14.4	15.0	15.9
6	โรคเกี่ยวกับตับและตับอ่อน	14.1	9.4	14.0	13.3	13.4
7	ปอดอักเสบและโรคอื่น ๆ ของปอด	9.5	10.1	11.1	10.5	11.3
8	วัณโรคทุกชนิด	10.2	8.2	7.6	7.0	6.5
9	ไตอักเสบ กลุ่มอาการของไตพิการ และไตพิการ	6.5	6.6	7.1	7.6	8.0
10	อัมพาตทุกชนิด	6.4	6.2	6.0	5.9	6.1

ที่มา : กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2535.

จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2530 - 2534 (ตาราง 2) พบว่า อัตราตายของโรคหัวใจได้ขึ้นมาอยู่เป็นอันดับ 1 ของอัตราทั้งประเทศ โรคหัวใจซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุข คือ หัวใจขาดเลือด โรคนี้เป็นเหตุบั่นทอนสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้อย่างปกติ และเป็นปัญหาต่อรัฐในการให้การดูแลรักษายาบาล ส่วนโรคมะเร็ง จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับสาเหตุการตาย 10 อันดับแรกของประชากรไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530-2534 พบว่าอัตราตายด้วยโรคมะเร็งได้

เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 รองจากการบาดเจ็บและการเป็นพิษ และโรคหัวใจ โดยในปี พ.ศ. 2531 มีอัตราการตายเป็น 33.5 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน แต่เนื่องจากสถาบันมะเร็งสามารถรวบรวมข้อมูลได้เพียงร้อยละ 44.3 ของประเทศ เท่านั้น และจากการตรวจหามะเร็งขั้นพื้นฐาน (Population Based Cancer) ของ ห่วงมะเร็งของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้คาดการณ์ว่าจะมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งในผู้ชายประมาณ 108.8 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน และในผู้หญิง 125.6 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน

สำหรับปัญหาภาวะโภชนาการเกิน (โรคอ้วน) ของประชาชนในเขตเมืองในบุคคลกลุ่มวัยต่าง ๆ คือ กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยแรงงาน และกลุ่มวัยสูงอายุ ซึ่งปัญหาภาวะโภชนาการเกินดังกล่าวยังอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยในการก่อให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูงได้ (แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) 2535:22-23) นอกจากนั้นยังเกิดกลุ่มโรคที่เกิดจากความมั่งคั่ง หรือมีความเกี่ยวพันกับการพัฒนา (Disease of Affluence) ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ฯลฯ ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non Communicable Disease) มากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด ฯลฯ

ตาราง 3 อัตราผู้ป่วยนอกด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เปรียบเทียบรายปี (ต่อประชากร 100,000 คน)

ปี	หัวใจ และหลอดเลือด	มะเร็ง	เบาหวาน	ความดัน โลหิตสูง
2530	17.8	54.8	40.2	59.7
2531	19.2	59.0	41.7	63.9
2532	22.3	62.3	49.0	76.3
2533	20.7	57.0	48.0	75.6
2534	23.6	61.5	54.5	84.2

ที่มา : กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2535.

ตาราง 4 อัตราตายจากโรคไม่ติดต่อสำคัญ เปรียบเทียบรายปี (ต่อประชากร 100,000 คน)

ปี	หัวใจ	มะเร็ง	เบาหวาน	ความดัน โลหิตสูง
2530	42.7	31.5	0.0	3.3
2531	44.5	33.5	0.0	3.7
2532	49.5	36.8	1.9	4.0
2533	51.3	39.3	5.0	4.5
2534	54.7	41.2	5.3	4.9

ที่มา : กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2535.

จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราผู้ป่วยนอกด้วยโรคและอัตราตาย จากโรคไม่ติดต่อสำคัญมีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับรายปี (1 ต่อประชากร 100,000 คน) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530-2534 (จากตาราง 3 และ 4) พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าโรคอื่น ๆ คือจาก 59.7 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2531 เพิ่มขึ้น 84.2 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2534 ส่วนอัตราตายจากโรคไม่ติดต่อสำคัญนั้นพบว่าโรคหัวใจมีอัตราตายเพิ่มสูง คือจาก 44.5 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2531 เป็น 54.7 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2534 ซึ่งคาดการณ์ว่า ในปีต่อไปน่าจะมีแนวโน้มของการเกิดโรคไม่ติดต่อสำคัญและอัตราการตายเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม

นอกจากนั้นการที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการควบคุมโรคไม่ติดต่อทั่วไปในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 นั้น ผลปรากฏว่าสามารถพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการควบคุมไว้ได้ส่วนหนึ่งเท่านั้น แต่ยังมีปัญหาอุปสรรคมากมาย ทั้งในด้านการพัฒนาเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับสังคมศาสตร์ การบริหารจัดการ การถ่ายทอดเทคโนโลยีต่าง ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคไปในพื้นที่ที่มีขนาดของปัญหาและสภาพสังคม วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้นในต้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายและเป้าหมายให้สอดคล้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมสร้างสรรกรให้บริการเชิงรุก เพื่อให้ประชาชนสามารถลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและสืบค้นภาวะของโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกให้มากขึ้น พร้อมกับการดูแลตนเองและใช้บริการที่ถูกต้องในการรักษายาบาลฟื้นฟูสภาพที่จำเป็นอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนซึ่งจะเป็นแนวทางหนึ่งที่สำคัญในการลดอัตราป่วย นิการ และตายจากโรคดังกล่าว

จังหวัดนนทบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลางได้รับผลกระทบจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเช่นกัน ปัจจุบันพื้นที่ของจังหวัดในส่วนซึ่งเคยเป็นสวนผลไม้ และมีเขตติดต่อกับกรุงเทพ ได้เปลี่ยนแปลงเป็นที่อยู่อาศัยของประชาชนที่ได้อพยพมาจากทุกภาคของประเทศ พื้นที่บางส่วนเป็นที่รองรับการขยายตัวทางด้านอุตสาหกรรม โดยเฉพาะอำเภอเมือง มีการจัดสรรที่ดิน และก่อสร้างโรงงานอุตสาหกรรมขึ้นอย่างหนาแน่น มีการขยายตัวเกี่ยวกับธุรกิจบ้านจัดสรร ที่พักอาศัย ส่วนรายได้เฉลี่ยของประชากรประมาณ 58,783 บาท/คน/ปี การเพิ่มประชากรระหว่างปี พ.ศ. 2533-2535 จาก 668,760 คนเป็น

703,187 คน และ 833,896 คน ตามลำดับ (ทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2535) สำหรับสาเหตุการตายด้วยโรคหัวใจวาย ระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว โรคหัวใจต่าง ๆ เลือดออกในสมองใหญ่ และมะเร็งต่าง ๆ มีอัตรา 75.51 20.48 14.79 13.79 และ 24.46 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยนอกจากที่ป่วยด้วยโรคไหลเวียนเลือด โรคเกี่ยวกับต่อมไทรอยด์ โภชนาการและเมตาบอลิซึม มีอัตรา 3608.57 และ 2377.46 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และผู้ป่วยใน ซึ่งป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีอัตรา 104.09 ต่อประชากรแสนคน (รายงานประจำปี 2536 ข้อมูลจาก มรณบัตร 1 ตุลาคม 2534 - 30 กันยายน 2535) ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สอดคล้องกับอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานและต่อมไทรอยด์ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ โรคอ้วน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า นนทบุรี เปรียบเทียบได้ดังนี้

ตาราง 5 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ

ลำดับ	โรค	จำนวนผู้ป่วย (คน)		
		2533	2534	2535
1	โรคเบาหวานและต่อมไทรอยด์	4,729	4,704	5,615
2	โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ	4,435	4,762	6,691
3	โรคอ้วน	147	72	313

ที่มา : รายงานประจำปี โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวนผู้ป่วยที่มารับรักษาในคลินิกเฉพาะโรค กลุ่มงานอายุรกรรม. 2535.

จากข้อมูลและสถิติดังกล่าวแล้วข้างต้น จึงจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษา วิเคราะห์ชีวิตของประชาชนเขตเมืองว่าเป็นอย่างไร มีการรับรู้ และการปฏิบัติตนอย่างไรบ้างในการป้องกันและควบคุมโรค หัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง เพื่อจะนำข้อมูลที่ได้รับมาใช้ในการจัดกิจกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง จะทำให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อทราบถึงระดับการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง
2. เพื่อทราบกระบวนการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อ
3. เพื่อทราบปัจจัยที่สำคัญบางประการที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อ

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดกิจกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
2. เป็นแนวทางให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญและปรับปรุงในด้านเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับการนำไปปฏิบัติจริง

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล สุขาภิบาล อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 47,401 คน จากจำนวน 19,360 หลังคาเรือน

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นประชากรชายหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยในเขตเทศบาล สุขาภิบาล อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี โดยหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรยามาเน (ประคอง กรรณสูต ม.ป.ป : 28 ; อ้างอิงมาจาก Yamane, 1970 : 580-581) และโดยการสุ่มแบบ หลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน

3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่

- 3.1.1 อายุ
- 3.1.2 เพศ
- 3.1.3 ระดับการศึกษา
- 3.1.4 รายได้
- 3.1.5 อาชีพ
- 3.1.6 สถานภาพทางการสมรส
- 3.1.7 สถานภาพทางครอบครัว
- 3.1.8 แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

3.2 ตัวแปรตาม การดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมืองจังหวัดนนทบุรี

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **วิถีชีวิต หรือแบบแผนชีวิต (Lifestyle)** หมายถึงแบบแผนนิสัย หรือพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ประพฤติ เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพ (วาสนา ปุณณณวิวัศน์. 2532:9)

2. **โรคไม่ติดต่อ** หมายถึง โรคที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม กรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม และผลสืบเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์กับสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่วนใหญ่ของ

กลุ่มโรคนี้เป็นโรคเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาเฉพาะโรค หัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งเท่านั้น (ศูนย์พัฒนาการควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 57)

3. การป้องกันโรคไม่ติดต่อ หมายถึง การปฏิบัติตนเองในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ (หัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง) ซึ่งเกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงคือ การขาดการออกกำลังกาย มีความเครียดสูง บริโภคอาหารที่มีสารพิษปนเปื้อน และภาวะทุโภชนาการ การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ เป็นต้น

4. ประชาชนเขตเมือง หมายถึง ประชาชนที่ต้งบ้านเรือนอยู่ในเขตเทศบาล เขตสุขาภิบาล อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

5. อายุ หมายถึง อายุเต็มบริบูรณ์ของประชาชน โดยนับถึงวันเกิดครั้งสุดท้าย ก่อนถึงวันสำรวจ แบ่งโดยใช้เกณฑ์การแบ่งอายุตามกลุ่มของกองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ช่วง ดังนี้

5.1 15 - 19 ปี

5.2 20 - 29 ปี

5.3 30 - 39 ปี

5.4 40 - 49 ปี

5.5 50 - 59 ปี

5.6 60 ปีขึ้นไป

6. ระดับการศึกษา หมายถึง การสำเร็จการศึกษาระดับสูงสุดของประชาชน จำแนกเป็น 5 ระดับ คือ (สภาวิจัยแห่งชาติ. 2534.)

6.1 ไม่ได้รับการศึกษา

6.2 ประถมศึกษา

6.3 มัธยมศึกษา (ม.3 ม.6 ปวช.)

6.4 อนุปริญญา (ปวส. ปวท.)

6.5 ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า/สูงกว่าปริญญาตรี

7. รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ประชาชนในกลุ่มตัวอย่างได้รับทั้งหมด ซึ่งพิจารณาจากรายได้รวมตลอดปีแล้วเฉลี่ยเป็นรายเดือน เพราะรายได้ของประชาชนบางคนไม่แน่นอน โดยใช้สถิติรายได้แห่งชาติเป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับรายได้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536) ดังนี้

7.1 ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

7.2 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน

7.3 สูงกว่า 8,000 บาทต่อเดือน

8. สถานภาพทางการสมรส หมายถึง สถานภาพของประชาชนที่ดำรงอยู่ในครอบครัวปัจจุบันได้แก่

8.1 โสด

8.2 สมรส

8.3 หม้าย / หย่าร้าง/แยกกันอยู่

9. สถานภาพทางครอบครัว หมายถึง ตำแหน่งของประชาชนที่ดำรงอยู่ในครอบครัว ได้แก่

9.1 พ่อบ้าน

9.2 แม่บ้าน

9.3 ลูก

9.4 อื่น ๆ (ระบุ).....

10. อาชีพ หมายถึง การทำงานเพื่อให้มีรายได้ประจำเลี้ยงตนเอง และครอบครัว แบ่งเป็น

10.1 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

10.2 เกษตรกรรม

10.3 ประกอบธุรกิจส่วนตัว

10.4 ไม่มีอาชีพ

10.5 รับจ้าง

10.6 อื่น ๆ (ระบุ).....

11. แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ หมายถึงสื่อในการส่งข้อมูลข่าวสาร
ด้านสุขภาพ ได้แก่

- 10.1 บิดา มารดา พี่น้อง
- 10.2 เพื่อน
- 10.3 วิทยุ
- 10.4 โทรทัศน์
- 10.5 หนังสือพิมพ์ และสื่อสิ่งพิมพ์
- 10.6 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
- 10.7 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 10.8 อื่น ๆ (ระบุ).....

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าประกอบด้วยความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับ
ลifestyles หรือแบบแผนชีวิต (Lifestyle) แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง แบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน
และมะเร็ง ตลอดจนการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับlifestylesในการป้องกันโรคไม่ติดต่อทั้งในต่างประเทศ
และการวิจัยในประเทศ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับlifestyles (Lifestyle)

ได้มีผู้กล่าวถึงและให้ความหมายแตกต่างกันออกไปดังนี้

lifestyles หรือแบบแผนชีวิต เป็นคำที่มีความหมายเหมือนกัน ซึ่งมีผู้ให้ความ
หมายและแนวคิดดังนี้

ซิงเกอร์ (วาสนา ปุณณณวิวัฒน์. 2532 : 9 ; อ้างอิงมาจาก Singer.1982)
ให้ความหมายlifestylesหรือแบบแผนชีวิตว่าเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตที่บุคคลใช้เป็นตัวทำ
กิจกรรมประจำวัน

โอเบรอน และ โอมาลลีย์ (O' Brien and O' Malley. 1983 :
39-40) กล่าวว่า แบบแผนชีวิตหมายถึง นิสัยที่ประพฤติกการดำรงชีวิต เช่น การสูบ
บุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพ เป็นต้น

ชูลท์ (Shults. 1984 : 271) กล่าวว่าแบบแผนชีวิตคือ นิสัยการดำรงชีวิต
เฉพาะบุคคล ซึ่งนิสัยนี้สามารถมีผลทั้งทางบวกและทางลบ ต่อสุขภาพ

วาสนา ปุณณณวิวัฒน์ (2532 : 9) แบบแผนชีวิต หมายถึง แบบแผนนิสัย หรือ
พฤติกรรมส่วนบุคคลที่เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีผลทั้งทางบวกและทางลบ
ต่อสุขภาพ

ตรุณี ขุณหะวัต (2533 : 1) แบบแผนชีวิตเป็นการปฏิบัติหรือนิสัยการดำรงชีวิตเฉพาะบุคคล ซึ่งการปฏิบัตินี้สามารถก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการศึกษาการเรียนรู้ และการเลือกปฏิบัติจนเป็นนิสัยหากบุคคลมีแบบแผนชีวิตที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดมีสุขภาพดี เพราะสุขภาพของบุคคลจะขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านลึลาชีวิตมากกว่าด้านสิ่งแวดล้อม และกรรมพันธุ์

ทิพวัลย์ ขาวลำอากค์ (2535 : 26) แบบแผนชีวิต หมายถึง แบบแผนนิสัยหรือพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ประพฤติเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวันมีทั้งผลบวกและผลลบต่อสุขภาพ หรืออีกนัยหนึ่งแบบแผนชีวิต หมายถึง ลักษณะทางจิตและสังคมที่คนในชุมชนนั้นประพฤติปฏิบัติ

จากความหมายดังกล่าวพอสรุปได้ว่า แบบแผนชีวิตหรือลึลาชีวิต หมายถึง การปฏิบัติตัวในกิจกรรมประจำวันของบุคคลในครอบครัวซึ่งมีผลต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติทั้งทางบวกและทางลบ

ลึลาชีวิตกับสุขภาพ

ปัจจุบันนักการแพทย์และสาธารณสุข เห็นพ้องต้องกันว่า นอกจากปัจจัยทางกรรมพันธุ์ การติดเชื้อต่าง ๆ มีผลต่อสุขภาพแล้ว ลึลาชีวิต หรือการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันมีความสำคัญต่อสุขภาพเช่นกัน (Bandura. 1984 : 341) ซึ่งสอดคล้องกับวิลเล่ย์และคามาช (วาสนา ปุณณณวิวัฒน์. 2532:9 ; อ้างอิงมาจาก Wiley and Camacho. 1980 : 1) ที่กล่าวว่าลึลาชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพหมายถึง กิจกรรมที่อยู่ในดุลย์พินิจของผู้ปฏิบัติ ซึ่งเป็นส่วนที่ประพฤติเป็นปกติของลึลาการดำรงชีวิตของบุคคลที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และเวบสเตอร์ (Webster. 1985 : 713 - 718) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตมีปัจจัยเกี่ยวข้อง 3 ส่วน คือสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งที่ตนเองกระทำร่วมกับผู้อื่น ได้แก่ครอบครัว ชุมชน แพทย์ และสถานบริการสุขภาพ เป็นต้น มีร้อยละ 31 กรรมพันธุ์ หรือสิ่งที่ร่างกายมีอยู่ และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้มีร้อยละ 16 ส่วนที่สำคัญสุดคือ ลึลาชีวิต หรือสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้ตามลำพังเพื่อสุขภาพอนามัยของตนเองมีร้อยละ 53 และยังอธิบายว่ามี มิติที่ใช้ในการปรับปรุงให้มีสุขภาพดี คือ

1. มีความรับผิดชอบต่อตนเอง
2. การโภชนาการดี
3. สามารถควบคุมความเครียดได้
4. สมรรถภาพทางร่างกายดี
5. มีความรักต่อสิ่งแวดล้อม

ซึ่งส่วนประกอบเหล่านี้ขึ้นอยู่กับ ลีลาชีวิตของแต่ละคน ใน 5 มิติดังกล่าว ความรับผิดชอบต่อตนเองสำคัญที่สุด และเป็นส่วนที่สนับสนุนให้มี ลีลาชีวิตทางด้านบวก ความรับผิดชอบต่อตนเอง โดยการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้มีความเสี่ยงสูง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การกินจุ และการมีทุกข์ในวัย เป็นต้น (วาสนา ปุณณณวิวัฒน์. 2532 : 10)

ดังนั้นการส่งเสริมลีลาชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพในทางบวก ซึ่งหมายถึง การที่ทำให้บุคคลได้ตระหนักถึงความสามารถสูงสุดในการใช้ชีวิตความเป็นอยู่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรค โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อในกลุ่มหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดสิ่งดังกล่าวได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว แคลอรีและเกลือในปริมาณที่มากกว่าปกติ มีกิจกรรมในการใช้พลังงานน้อย การไม่ควบคุมน้ำหนักของร่างกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราในปริมาณมาก เป็นต้น (วาสนา ปุณณณวิวัฒน์. 2532 : 11; อ้างอิงมาจาก Kannel. 1987 : 213)

การส่งเสริมลีลาชีวิตด้านสุขภาพ

โรคเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อเป็นสาเหตุของความพิการและการตายในประเทศที่พัฒนาแล้วและปัจจุบันก็ยังเป็นปัญหาอยู่ ดังนั้นจึงควรมีการจัดการเรื่องการส่งเสริมและป้องกันโรคให้มากขึ้น กระตุ้นให้ประชาชนมีการปรับปรุงลีลาชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพให้มากขึ้น โดยเฉพาะระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยการสนับสนุนจากองค์กรของรัฐและเอกชนซึ่งประกอบด้วย โรงเรียน สถานที่ทำงาน ร้านค้า สาธารณสถานและองค์กรต่าง ๆ เป็นสื่อแหล่งกระจายความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญควรมุ่งเน้นที่ครอบครัวเพื่อให้ทุก ๆ คนมีสุขนิสัยที่ดี รวมทั้งการไปใช้บริการทางสุข

ภาพ มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือค้นหาผู้ป่วยหรือผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในชุมชน (วารสาร ปุณณณวิวัฒน์. 2532 : 26 ; อ้างอิงมาจาก Holland and Breege. 1985 : 389-390)

การส่งเสริมสุขภาพ จะสัมฤทธิ์ผลได้ ต่อเมื่อรัฐและหน่วยงานร่วมกับชุมชน บุคคล มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง เป็นเบื้องต้น นั่นคือการดูแลสุขภาพตนเองนั่นเอง การอนามัยดี มีมูลฐานมาจากสุขนิสัยที่ดี ซึ่งเป็นผลจากการขัดเกลาตั้งแต่เยาว์วัย ใน ครอบครัว สถานศึกษาและมีการปฏิบัติต่อเนื่องกันมาตลอด โดยสม่ำเสมอในชีวิตประจำวันซึ่ง เป็นสิ่งสำคัญมากไม่ยิ่งหย่อนกว่าการไปรับบริการสาธารณสุข

การส่งเสริมสุขภาพให้มีผลชีวิตทางสุขภาพทางด้านบวก ซึ่ง เลวี และคนอื่น ๆ (วารสาร ปุณณณวิวัฒน์. 2532 : 27; อ้างอิงมาจาก Levey and others. 1984 : 6-7) แนะนำดังนี้

1. ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุราหรือดื่มไม่เกิน 2 ออนซ์ ต่อวัน รับประทานอาหาร เข้าทุกวัน ไม่รับประทานอาหารมันจัด เค็มจัด หวานจัด และอาหารปนเปื้อน กิจจุกจิก ระหว่างมือ ใช้น้ำหนักตัวให้อยู่ในค่ามาตรฐานเสมอ นอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมงในแต่ละ คืน และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

2. สนใจความต้องการของร่างกาย เช่น ร่างกายต้องการพักผ่อนหรือมี อาการผิดปกติควรรีบไปพบแพทย์ ตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีโดยเฉพาะผู้หญิงควรตรวจ เต้านม และตรวจหามะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ (มะเร็งปากมดลูก)

3. สุขภาพทางสังคม ได้แก่การมีบทบาทที่ดีต่อสังคม เพื่อน ญาติ และเข้าร่วม กิจกรรมในชุมชน

4. สุขภาพทางอารมณ์ ประกอบด้วยความสามารถในการทำงาน การเรียน มีความเข้าใจในอารมณ์ของตนเอง และวิธีการเผชิญปัญหาอย่างถูกต้องในแต่ละวัน มีการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อตนเอง ไม่ใช้สารเคมี เช่น แอลกอฮอล์หรือยาที่มีผลต่อจิตใจมาช่วย หรือหลีกเลี่ยงปัญหา

5. สุขภาพทางจิตวิญญาณ ตามความเชื่อที่ว่าสุขภาพดีรวมหมายถึงความรู้ ลึกของบุคคล หรือพฤติกรรมของบุคคลนั้นแสดงออกมาบนพื้นฐานของคุณค่าของชีวิต ซึ่งจะ ต้องออกมาเป็นความรู้สึกถึงสิ่งที่ดี ๆ และเคารพต่อธรรมชาติ

การปฏิบัติทั้ง 5 ข้อ ดังกล่าว เป็นสิ่งที่ทุกคนสามารถกระทำ และควบคุม หรือเปลี่ยนแปลงได้โดยลำพัง ดังนั้นการมีสุขภาพดีขึ้นอยู่กับการปฏิบัติของตนเอง หรือการมีวิถีชีวิตที่ดี การส่งเสริมวิถีชีวิตที่ดีจะทำให้บุคคลตระหนักถึงความสามารถที่จะทำให้ตนเองมีความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชน ต้องสามารถดูแลตนเอง ทางด้านสุขภาพให้ได้

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองว่า หมายถึง การดำเนินกิจกรรมสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมความถึงการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติตนหลังจากรับบริการ (WHO. 1987 : 1-20)

เลวิน (Levin. 1976 : 487 - 489) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นเสมือนกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ และการวิเคราะห์โรค รวมทั้งการรักษาในขั้นต้นด้วยตนเอง และการใช้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่นได้ด้วย

ฟราย (Fry. 1973) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองประกอบด้วย

- 1) การทำนุบำรุงรักษาสุขภาพของตน (Health Maintenance) 2) การป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ ต่าง ๆ (Disease Prevention) 3) การวินิจฉัยความผิดปกติ หรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง (Self Diagnosis) 4) การรักษาตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ (Self Treatment) ร่วมกับการใช้ยา (Self Medication) และ 5) การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขได้จัดให้ (Participation in Professional Use)

ส่วนขอบเขตหรือมิติของการดูแลสุขภาพตนเองนั้น มิได้จำกัดอยู่เพียงกิจกรรมที่ทำด้วยตนเองแต่เพียงอย่างเดียว แต่ครอบคลุมถึงบริการ หรือกิจกรรมการดูแลที่ได้จากครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การการศาสนา กลุ่มบุคคลต่าง ๆ ใน

ชุมชนในหมู่บ้านนั้น ๆ ซึ่งการดูแลสุขภาพดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ใช้โดยตรงไม่จำกัดเฉพาะ การดูแลสุขภาพร่างกายเท่านั้นแต่ครอบคลุมถึง ทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมของบุคคลด้วย

ดิน (Dean. 1983) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นปรากฏการณ์ทาง สังคมที่ถูกหล่อหลอมโดยภาวะเงื่อนไขทางสังคมที่ซับซ้อน และเป็นกระบวนการที่ส่งผลมี อิทธิพลต่อสถานการณ์ทางสังคม ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งทาง กายภาพ และจิตวิทยา ทั้งนี้ ดิน (Dean) ได้ขยายความว่าการดูแลสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับ ช่วงกิจกรรมต่าง ๆ ที่ปัจเจกบุคคลได้กระทำที่จะส่งเสริมสุขภาพ ประเมินอาการเจ็บ ป่วยและการฟื้นฟูสภาพ กิจกรรมเหล่านี้กระทำโดยชาวบ้านทั่ว ๆ ไปด้วยตนเองซึ่งรวมถึง การตัดสินใจที่จะไม่กระทำใด ๆ และการกำหนดโดยตนเองว่าจะทำอะไรเพื่อส่งเสริม สุขภาพ หรือนำบัดความเจ็บป่วย

สำหรับในประเทศไทย มีผู้กำหนดคำนิยามหรือประมวลความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองไว้ดังนี้คือ

ไนจิตร ปวะบุตร (2535 : 2) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองมิได้จำกัด อยู่เพียงการรักษาพยาบาลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ต้องรวมรวมถึง การทำนุ บำรุงสุขภาพให้แข็งแรง การป้องกันโรค การวินิจฉัยเพื่อเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล และ การปฏิบัติตน หลังการรักษาด้วย

สมทรง รักษ์เผ่า (2533 : 3 - 5) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพอันได้แก่ การส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่สภาวะ ที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขภายหลังการเจ็บป่วย และหรือเมื่อมีความนิการเกิดขึ้น โดยจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

ชนินทร์ เจริญกุล (รายงานการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพตนเองสำนักงาน คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 15; อ้างอิงมาจาก ชนินทร์ เจริญกุล. 2535 : 15) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองหมายถึง การทำกิจกรรมด้านสุขภาพ และ การตัดสินใจเกี่ยวข้องกับสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน

ที่ครอบคลุมถึง การทำนุบำรุงสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยตนเอง การรักษาตนเอง ซึ่งรวมถึงการใช้ยารักษาตนเอง และการปฏิบัติหลังจากได้รับบริการทางสุขภาพซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างมีแบบแผนตายตัว

สรุปแล้วในความหมายของคำว่า การดูแลสุขภาพตนเอง (Self Care) คือ การดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน จะโดยการปฏิบัติด้วยตนเอง หรือผู้อื่นช่วยเหลือรวมถึงกระบวนการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวข้องกับสุขภาพการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการปฏิบัติตนหลังรับบริการทั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง แต่ทั้งนี้และทั้งนั้น การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ไม่ขัดกับวิถีชีวิตประจำวัน วัฒนธรรม ประเพณี ของผู้ปฏิบัติและของสังคมนั้น ๆ ด้วย

มัลลิกา มัติโก (2530 : 11 - 13) จำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ และการดูแลสุขภาพตนเอง ในภาวะเจ็บป่วย

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ เป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง และสมาชิกในครอบครัว ให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ มี 2 ลักษณะ คือ

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง เช่นการพักผ่อน การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะและการออกกำลังกายสม่ำเสมอ

1.2 การป้องกันโรค เป็นกิจกรรมการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งนั้น พฤติกรรมที่เหมาะสมคือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การคุมกำเนิด ไม่ให้อ้วน ควบคุมการรับประทานอาหารประเภทสัจจัด การตรวจร่างกายประจำปี เป็นต้น

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยประชาชนสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเอง และปฏิบัติให้ถูกต้องเมื่อมีอาการบ่งชี้ รวมทั้งการขอรับการแนะนำปรึกษาทางสุขภาพจากกลุ่มบุคคล หรือสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งการแสวงหาการรักษา การดูแลรักษาตนเอง ตั้งแต่ยังไม่เจ็บป่วย ภาวะเสี่ยง รวมทั้งภาวะเจ็บป่วย

ถ้าหากพิจารณาตามระดับสุขภาพแล้ว ในการที่จะดำเนินงานเพื่อความคุ้มครองและป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ให้ได้ผลนั้น จะต้องมุ่งเน้นให้มีการดูแลสุขภาพตนเองตั้งแต่ยังไม่เจ็บป่วย ภาวะเสี่ยง รวมทั้งภาวะเจ็บป่วย

ในการดำเนินการหรือกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสม เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จำเป็นต้องเข้าใจภูมิหลัง สาเหตุปัจจัยที่เป็นพื้นฐาน และปัจจัยเอื้ออำนวยสนับสนุนพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งเกอร์เน (สุวิชา จันทรสุริยกุล.2536:19 ; อ้างอิงมาจาก Gurney.n.d.) ได้ระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไว้หลายประการ เช่นระบบการศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบ ระดับความรู้ของครอบครัวระบบการให้บริการการแพทย์และสาธารณสุข ระบบบริการทางการแพทย์ พืชพันธุ์ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ทรัพยากร และกฎระเบียบ กฎหมาย เป็นต้น ซึ่งสมทรง รักษ์เผ่าได้ประยุกต์ กรอบแนวคิดของ เกอร์เน (รายงานการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพตนเอง กระทรวงสาธารณสุข.2535 :16-19 ; อ้างอิงมาจาก Gurney. 1989.) ในเรื่ององค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง (Influence on Self-care Behavior) กับลักษณะสังคมไทยไว้ดังนี้

1. ความรู้สมัยใหม่และความรู้พื้นฐาน (Modern and Traditional Knowledge) องค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้ของชุมชนทั้งในแง่ความรู้สมัยใหม่ และแบบดั้งเดิมโบราณนั้นมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างมาก เพราะทุกสังคมวัฒนธรรมต่างก็มีแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ (Concept of Health) และแนวคิดด้านสุขภาพจะมีอิทธิพลต่อการประพฤติปฏิบัติด้านสุขภาพของสมาชิกในสังคมนั้น ๆ ดังนั้น องค์ความรู้ด้านสุขภาพในกระแสวัฒนธรรมแบบดั้งเดิมและสมัยใหม่จะมีส่วนส่งผลต่อการเลือกถือ

ปฏิบัติในส่วนที่จะมีผลต่อการทำนุบำรุงดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง และครอบครัวนั้นแล้ว

2. ความรู้ในระดับครอบครัว (Family Knowledge) โดยลักษณะทางสังคมของครอบครัวไทยนั้นเป็นแบบครอบครัวขยาย (Extended Family) และแม้ว่าแนวโน้มจะมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) มากขึ้นก็ตามความสัมพันธ์ทางเครือญาติ (Kinship) ยังคงมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมอนามัยของชาวบ้าน การถ่ายทอดวัฒนธรรมทางสุขภาพ (Culture of Health) จากบรรพบุรุษสู่สมาชิกในครอบครัว ยังผลให้เกิดการยึดถือเป็นแบบแผนประเพณี การปฏิบัติสืบต่อกันมา เช่น การสืบทอด การดื่มสุรา การรับประทานอาหาร ฯลฯ เป็นต้น

3. ระบบอนามัยที่เป็นทางการ (Formal Health System) ระบบการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งมีทั้งส่วนของภาครัฐและเอกชนเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกใช้บริการตามฐานะทางเศรษฐกิจพื้นฐานความรู้และการเข้าถึงทางสังคม แม้ว่าบริการของรัฐจะสามารถครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศจนถึงระดับปลายสุดที่ระดับตำบล คือ สถานีอนามัยก็ตาม แต่ขณะเดียวกันบริการของภาคเอกชน เช่น การจำหน่ายยา ก็มีอยู่ในทุกระดับ และการควบคุมที่ไม่ทั่วถึงประกอบกับการโฆษณาชวนเชื่อและผลการลอกเลียนแบบ (Demonstration Effects) ยังผลให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้อย่างล้นหลาม และเลือกใช้บริการในลักษณะที่ไม่ค่อยเหมาะสมตามความจำเป็น ซึ่งมีผลกระทบต่อ การดูแลสุขภาพ

4. แรงกดดันทางวัฒนธรรม และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน (Cultural Pressure and Peer Influence) นับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการตัดสินใจปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพ เช่น อิทธิพลด้านความเชื่อทางศาสนากับการยอมรับ การวางแผนครอบครัวของกลุ่มศาสนาอิสลาม วัฒนธรรมการบริโภคของชาวบ้านเกี่ยวกับการบริโภคอาหารดิบ ๆ สุก ๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การติดสารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น อันเนื่องมาจากอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดโรคท้องร่วงในเด็กที่ถือว่าเป็นอาการแสดงของขั้นตอนหนึ่งของการพัฒนาการของเด็ก เป็นต้น

5. การมีผลบังคับใช้ของกฎหมาย (Legislation Environment) มาตรการการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่ครอบคลุมเสมอภาคและมีประสิทธิภาพ ยังผลต่อประ

สิทธิภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนมาก เฉพาะอย่างยิ่งในขณะที่ยังคงมีความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ประชากร สังคม อย่างรวดเร็ว เช่น ปัจจุบันหากการบังคับใช้ของกฎหมายไม่เกิดผลอย่างเสมอภาค และสภาพกฎหมายที่ล้าสมัย มาตรการในการควบคุมทางสิ่งแวดล้อม และการคุ้มครองผู้บริโภค ก็ย่อมมีความบกพร่องและส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน เช่น กฎหมายเกี่ยวกับการสร้างอาคารที่อยู่อาศัย การกำจัดสิ่งปฏิกูลและการควบคุมมลภาวะต่าง ๆ เป็นต้น

6. กลุ่มผลประโยชน์และกลุ่มวิชาชีพ (Interest Groups and Professional Group) นับว่ามีอิทธิพลสูงต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน เพราะการดูแลสุขภาพของตนเองนั้นหากพิจารณาในเชิงพาณิชย์โอกาสที่กลุ่มผลประโยชน์จะสามารถทำเงินจากความตื่นตัวด้านสุขภาพ จะโดยที่ชาวบ้านมีความรู้หรือการขาดข้อมูลข่าวสารก็ตาม นับว่ามีโอกาสอยู่มากดังปรากฏในข่าวหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับการค้ายาหรืออาหารส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ในแง่ของกลุ่มวิชาชีพเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่อยู่ในแวดวงด้านการแพทย์และสาธารณสุขนั้น ก็มีส่วนอันสำคัญยิ่งในการส่งเสริมหรือยับยั้งการดูแลสุขภาพของตนเองด้านสุขภาพของประชาชน บุคคลเหล่านี้จะต้องมีความเชื่อและศรัทธาในความสามารถของประชาชนในการดูแลตนเอง และดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น และส่งเสริมศักยภาพของประชาชนและชุมชนที่มีอยู่ ให้เกิดการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น และลดการพึ่งพิงผู้ให้บริการ ทั้งนี้เพราะจะยังผลต่อการลดต้นทุนด้านการดูแลสุขภาพของประชาชน ทั้งยังเป็นการส่งผลให้เกิดการใช้บริการอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น ซึ่งจะเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างแท้จริงด้วย

7. เวลา ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม (Time Resources and Environment) ก็เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน เวลานั้นเป็นทรัพยากรที่สำคัญอีกประการหนึ่งในขณะที่ต้นทุนของเวลา (Time Cost) มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากตามสภาพเศรษฐกิจสังคม ก็ย่อมมีผลต่อสถานการณ์ทางสุขภาพของประชาชน เช่น ภาวะความเครียด เนื่องจากการเร่งรีบการตัดสินใจของการจราจร การบีบรัดทางเศรษฐกิจ ฯลฯ ซึ่งหนีไม่พ้นที่จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน ในขณะเดียวกันความจำกัดในทรัพยากร การเปลี่ยนแปลงในสภาพสิ่งแวดล้อม

ฯลฯ แต่ในเชิงลบก็อาจเกิดขึ้น เช่น การให้ยาหรืออาหารบำรุงเกินความจำเป็น การใช้สารเสพติด การเกิดอุบัติเหตุ ฯลฯ

จากความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง แสดงให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญมากในวิถีชีวิตเองประชาชน หากประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเองดี ถูกต้อง นั่นคือการมีวิถีชีวิตทางด้านสุขภาพถูกต้อง และปัจจัยที่จะส่งผลให้มีวิถีชีวิตทางสุขภาพถูกต้องได้นั้น ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ประสิทธิภาพการให้บริการ ทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุข และระบบเครือญาติ มีส่วนเกี่ยวข้องด้วยมาก

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แนวคิดของทฤษฎีนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของ เลวิน (Lewin. 1976 : 487 - 489 ; อ้างอิงมาจาก วิภา ศิริสุข. 2535 : 3) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ของการเกิดพฤติกรรม โดยบุคคลจะเข้าใจกับสิ่งที่ตนพึงพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีกับตน และจะหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ชอบ หรือไม่ปรารถนา และองค์ประกอบสำคัญในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามที่โรเซนสต็อก (Rosenstock) ได้สรุปไว้ในระยะแรก โดยมีแนวคิดหลักคือ การรับรู้และความคาดหวังของบุคคลเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร
3. การปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะให้ผลดีแก่เขาในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของผู้ป่วย เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บป่วย ความอาย เป็นต้น (Rosenstock. 1974 : 354-385)

สำหรับ เบคเกอร์และคนอื่น ๆ (Becker and others. 1975 : 12) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคได้แก่

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน บุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี ดังนั้นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพของบุคคล

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคหมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือการกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม

การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคหมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึงการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ

สุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สุขสบาย หรือการมารับบริการ หรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลจึงต้องประเมิณระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)

แรงจูงใจหมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ จะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)

ปัจจัยร่วมหมายถึง ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ปัจจัยทางด้านประชากร โครงสร้าง ทัศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์ และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคม ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพด้วยเช่นกัน

ความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง

โรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ และเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ทั้งในเมืองและในชนบท โรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญได้คือโรคหัวใจขาดเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

โรคหัวใจขาดเลือด หมายถึงโรคหัวใจที่เกิดจากการตีบและแข็งตัวของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ หรือที่เรียกว่าหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary Artery) ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงหรือชะงักไป เมื่อผู้ป่วยมีภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น เช่น การออกกำลังกายมาก ๆ การมีอารมณ์โกรธหรือจิตใจเครียด เป็นต้น ก็จะทำให้มีอาการเจ็บหน้าอกเป็นครั้งคราว โดยที่ยังไม่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดขึ้น เราเรียกอาการดังกล่าวว่า โรคหัวใจขาดเลือดชั่วคราว หรือ แองจิ้นา (Angina Pectoris)

แต่ถ้ากล้ามเนื้อหัวใจมีการตายเกิดขึ้นบางส่วนเนื่องจากหลอดเลือดโคโรนารีเกิดการอุดตันเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่ได้เลย ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง ซึ่งมักจะมึนงงและหัวใจวายร่วมด้วย เราเรียกว่า โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction)

โรคนี้มักจะพบได้มากขึ้นตามอายุ ส่วนมากจะมีอาการเริ่มแรกเมื่ออายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปมักไม่พบในผู้ชายอายุต่ำกว่า 30 ปี หรือผู้หญิงอายุต่ำกว่า 40 ปีที่ไม่มีโรคประจำตัวอยู่ก่อน พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง คนที่อยู่ตึกดิน คนที่มีอาชีพทำงานนั่งโต๊ะ และคนในเมืองมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้มากกว่าคนยากจน คนที่มีอาชีพใช้แรงงาน และชาวชนบท

สาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือดนั้นเกิดจากการตีบตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (หลอดเลือดโคโรนารี) ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอ มักเป็นผลมาจากผนังหลอดเลือดแข็ง เนื่องจากมีไขมันเกาะดังนั้นจึงเรียกว่าอะเทอโรสเคลอโรซิส (Atherosclerosis) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความเสื่อมของร่างกายตามวัยก็ได้

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอีกหลายอย่างที่สามารถทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งเร็วขึ้น เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง ความอ้วน การสูบบุหรี่จัด การขาดการออกกำลังกาย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเก๊าท์ การกินยาเม็ดคุมกำเนิด เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายอาจมีประวัติว่ามีพ่อแม่พี่น้องเป็นโรคนี้ด้วย

ส่วนอาการของโรคหัวใจขาดเลือดนั้น ในรายที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดชั่วคราวจะมีอาการเจ็บหรือจุกแน่นที่ตรงกลางหน้าอกหรือยอดอก ซึ่งมักจะเจ็บร้าวมาที่ไหล่ซ้าย ด้านในของแขนซ้าย บางคนอาจร้าวมาที่คอ ขากรรไกร หลังหรือแขนขวา บางคนอาจรู้สึกจุกแน่นที่ใต้ลิ้นปี่ คล้ายอาการอาหารไม่ย่อย หรือท้องอืดเฟ้อ

ผู้ป่วยมักมีอาการเวลาออกแรงมาก ๆ เช่น ยกของหนัก เดินขึ้นที่สูง ออกกำลังกาย
แรง ๆ ทำงานหนัก ๆ แบบที่ไม่เคยทำมาก่อน มีอารมณ์โกรธ ตื่นเต้น ตกใจ เสียใจ
หรือจิตใจเคร่งเครียด ขณะร่วมเพศ หลังกินข้าวอิ่มจัด หรือเวลาถูกอากาศเย็น ๆ

ผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรง เป็นไข้ หรือหัวใจเต้นเร็ว (เช่น หลังกิน
กาแฟ หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคคอกพอกเป็นพิษ) ก็อาจกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคนี้ได้

อาการเจ็บหน้าอก มักจะเป็นอยู่นาน 2-3 นาที (มักไม่เกิน 10-15 นาที)
แล้วหายไปเมื่อได้พักหรือหยุดกระทำสิ่งที่เป็สาเหตุชักนำ หรือหลังจากได้อมยาขยาย
หลอดเลือด เช่นไนโตรกลีเซอริน นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจมีอาการใจสั่น เหนื่อยหอบ
เหงื่อออก เวียนศีรษะ คลื่นไส้ร่วมด้วย

ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกเจ็บหน้าอกแบบแปลบ ๆ หรือรู้สึกเจ็บเวลากัมหรือเอี้ยวตัว
หรือรู้สึกเจ็บอยู่ตลอดเวลา (เวลาออกกำลังหรือทำอะไรเพลินจะหายเจ็บ) มักไม่ใช่
โรคแองจิना ในรายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะมีอาการเจ็บหน้าอกในลักษณะเดียวกับ
โรคแองจิनाแต่จะเจ็บรุนแรงและนาน แม้จะได้นอนพักก็ไม่ทุเลา ผู้ป่วยจะรู้สึกอ่อน
เพลีย ใจสั่น หน้ามืด วิงเวียน คลื่นไส้อาเจียน

ถ้าเป็นรุนแรง จะมีอาการหายใจหอบเหนื่อย เนื่องจากมีภาวะหัวใจวาย หรือ
เกิดภาวะช็อก (เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเต้นเบาและเร็ว ความดันเลือดตก) หรือชีพจร
เต้นไม่สม่ำเสมอ

ผู้ป่วยอาจเป็นลมหมดสติหรือตายในทันทีทันใด บางคนอาจมีประวัติว่า เคยมี
อาการเจ็บหน้าอกเป็นพัก ๆ นำมาก่อนเป็นเวลาหลายสัปดาห์ บางคนอาจไม่มีอาการเจ็บ
หน้าอกมาก่อนเลยก็ได้

ข้อแนะนำในการป้องกันและรักษา

1. โรคนี้เป็นเรื้อรัง และอาจมีอันตรายร้ายแรงเกิดขึ้นได้ทุกเมื่อ ควร
ติดต่อกับแพทย์เป็นประจำ และควรพกยาไนโตรกลีเซอริน (Nitroglycerine)
ติดตัวไว้ใช้เวลามีอาการ

2. สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เมื่อกลับจากโรงพยาบาลแล้ว
ควรพักผ่อนที่บ้าน อีกสักระยะหนึ่ง อย่าทำงานหนัก และงดการร่วมเพศเป็นเวลา 4 - 5

ลัปดาห์ผู้ป่วยสามารถเริ่มกลับไปทำงานได้หลังมีอาการ 8-12 ลัปดาห์ แต่ห้ามทำงานที่ต้องใช้แรงมาก ผู้ป่วยควรป้องกันมิให้มีอาการกำเริบอีกโดยการกินยาตามแพทย์สั่งเป็นประจำและปฏิบัติตามตัวตามแพทย์สั่ง สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่มาก ก็อาจมีโอกาหายาขาดและมีชีวิตยืนยาว เช่นคนปกติได้ ส่วนในรายที่กำเริบใหม่มักมีโรคอื่นแทรกซ้อนอยู่ก่อนหรือหลุดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ มีการตีบตันจำนวนมาก

3. ข้อปฏิบัติตัว จะมีส่วนช่วยรักษาให้มีชีวิตยืนยาวได้เท่าหรือเกือบเท่าคนปกติ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวดังนี้

3.1 เลิกสูบบุหรี่เด็ดขาด

3.2 ถ้าอ้วนควรหาทางลดน้ำหนัก

3.3 อย่ากินอาหารที่มีไขมันสัตว์สูง โดยใช้น้ำมันจากพืชแทน

(ยกเว้นกะทิ)

3.4 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หักโหม และควรเพิ่มขึ้นทีละน้อย ทางที่ดีควรขอคำแนะนำจากแพทย์เสียก่อนที่จะออกกำลังกายมาก ๆ การออกกำลังกายที่แนะนำให้ทำกัน ได้แก่ การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น

3.5 หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะกระตุ้นให้เกิดอาการโรคหัวใจกำเริบ เช่น

3.5.1 อย่าทำงานหักโหมเกินไป

3.5.2 อย่ากินข้าวอิ่มเกินไป

3.5.3 ระวังอย่าให้ท้องผูก โดยการดื่มน้ำมาก ๆ กินผักผลไม้ให้มาก ๆ และทำจิตใจให้เบิกบานอยู่เสมอ

4. โรคนี้สามารถป้องกันได้ โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่สูบบุหรี่ ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ ระวังอย่าให้อ้วน และลดการกินอาหารที่มีไขมันสูง

ความดันโลหิตสูง (Hypertension)

ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาทางการแพทย์และทางสาธารณสุขที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นสาเหตุเรื้อรังทางสุขภาพที่มีอันตราย ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับความดัน

โลหิตที่สูงได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายหลายประการตามมาภายหลัง เช่น โรคหลอดเลือดของสมอง โรคหัวใจ โรคไต และเนื่องจากว่าส่วนใหญ่ของโรคความดันโลหิตสูงนี้ เมื่อเป็นระยะแรกมักจะไม่มีอาการนำมาก่อน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยรู้ตัวว่าเป็นโรคนี้นั้นมักจะเป็นมากและมีอาการของโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้ว (ดวงมณี วิเศษกุล. 2525 : 17)

ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันโลหิตภายในหลอดเลือดแดง คือ แรงดันซึ่งหัวใจของเราบีบตัวไล่โลหิตแดงไปตามหลอดเลือดไปเลี้ยงเซลล์ต่าง ๆ

ความดันโลหิตจะขึ้นสูงและลงต่ำตามจังหวะการบีบตัวของหัวใจ ทุกครั้งความดันโลหิตที่วัดได้จะมี 2 ระดับด้วยกัน คือ ค่าสูงสุด (Systolic) ตรงกับขณะที่หัวใจบีบตัวฉีดโลหิตแดงเข้าไปในท่อโลหิตแดงเต็มที่ กับค่าต่ำสุด (Diastolic) ตรงกับระยะหัวใจคลายตัว จะวัดความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงได้ที่ในระดับหนึ่ง ฉะนั้นค่าของความดันจึงมี 2 ค่า ซึ่งมีความสำคัญทั้งคู่ ผู้วัดจะจดบันทึกค่าทั้งสองไว้ด้วยกัน เช่น 120/80 มิลลิเมตรปรอท เป็นต้น (บรรลุ ศิริพานิช. 2528 : 42) ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้หลักเกณฑ์ดังนี้

ความดันโลหิต ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ลงมา ถือว่า ปกติ

ความดันโลหิต ระหว่าง 140/90 และ 160/100 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า เป็นระดับก้ำกึ่ง

ความดันโลหิต สูงกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นความดันโลหิตสูง

ในทางการแพทย์จะใช้ความดันตัวล่าง (Diastolic) เป็นเกณฑ์เพื่อตัดสินความรุนแรงของโรค เพราะความดันตัวล่างหมายถึงความต้านทานในหลอดเลือดแดงส่วนปลายยิ่งหลอดเลือดส่วนปลายหดเล็กลงมากเท่าไร ความต้านทานยิ่งสูงความดันตัวล่างจะสูงมากขึ้นไปเท่านั้น (บรรลุ ศิริพานิช. 2528 : 45)

สาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูงนั้น ร้อยละ 90 ของความดันโลหิตสูงเป็นพวกที่ไม่ทราบสาเหตุ แต่เชื่อว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคนี้ได้ เช่น กรรมพันธุ์ การรับประทานเกลือมาก การสูบบุหรี่ อีกร้อยละ 10 ที่เหลือเป็นความดันโลหิตที่ทราบ

สาเหตุส่วนใหญ่ มีสาเหตุมาจากโรคไต โรคของต่อมหมวกไต ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด (เกษม วัฒนชัย. 2531 : 31)

ส่วนอาการของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่เป็นน้อย หรือปานกลางมักจะไม่มีอาการอะไรเลย อาการที่อาจจะพบได้มักจะพบในขณะที่ความดันขึ้นสูงมากแล้วหรืออยู่ในขั้นรุนแรงอาการมีดังนี้

1. ปวดศีรษะ อาการปวดศีรษะจากความดันโลหิตสูง พบได้ไม่บ่อยนักโดยทั่วไปมักจะปวดบริเวณท้ายทอย และมักจะเป็นตอนเช้า อาจมีอาการคลื่นไส้ และตามัวร่วมด้วย อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นเมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นมา ในภาวะวิกฤต และเกิดขึ้นทันทีทันใด

2. อาการปวดศีรษะซีกเดียว ผู้ที่มีอาการปวดศีรษะซีกเดียวมักพบเป็นความดันโลหิตสูงน้อยกว่าในคนปกติ

3. เลือดกำเดาออก เป็นอาการที่พบไม่บ่อยนัก ในผู้ที่มีอายุ 40 ปี ขึ้นไป มีเลือดกำเดาออก ส่วนมากถ้าไม่พบสาเหตุของโรคในโพรงจมูก ก็มักจะพบว่ามีความดันโลหิตสูงแต่อาการจะหายไปเมื่อควบคุมความดันให้เป็นปกติ

อันตรายของความดันโลหิตสูงที่สำคัญ คือ

1. โรคหัวใจวาย เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มมากขึ้น เพื่อที่จะสามารถบีบตัวฉีดโลหิตให้เพียงพอที่จะไหลไปเลี้ยงร่างกายตามต้องการได้ ภาวะนี้เกิดอยู่เป็นระยะเวลานานปี ก็ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจด้านซ้ายหนาขึ้นผิดปกติ และต่อมาจะหย่อนสมรรถภาพ ไม่สามารถสูบฉีดโลหิตให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายได้ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะนี้เรียกว่า "หัวใจวาย" ภาวะนี้เกิดขึ้นทันทีทันใดโดยผู้ป่วยไม่รู้ตัวมาก่อน อาการจะรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้รวดเร็ว

2. โรคผนังหลอดเลือดแดงทั่วร่างกายแข็งตัว ภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้ผนังหลอดเลือดแข็ง ขรุขระ และทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันและเส้นโลหิตในสมองแตก

การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ ได้แก่

1. การควบคุมอาหาร

1.1 การจำกัดเกลือแกง เพื่อลดการคั่งของโซเดียมและน้ำในร่างกายโดยการจำกัดเกลือพอประมาณ คือรับประทานโซเดียมไม่เกิน 2 กรัม หรือเกลือแกงไม่เกิน 5 กรัมต่อวัน หรือประมาณ 1 ช้อนกาแฟ ฝึกนิสัยการรับประทานอาหารโดยไม่เติมน้ำปลา เกลือ ซีอิ๊ว หรือเครื่องปรุงรสเค็มอื่น ๆ

1.2 การจำกัดอาหารไขมัน คือ จำกัดอาหารไขมันอิ่มตัวหรือโคเลสเตอรอลจากการศึกษาพบว่าระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแข็ง และโรคหัวใจขาดเลือด และพบว่า การไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวต่ำ และรับประทานอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัวจะสามารถลดความดันโลหิต และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นในการควบคุมและป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูง จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ต่าง ๆ เนื้อมัน ไข่แดง นม ผลิตภัณฑ์จากนม น้ำมันพืชบางชนิด ได้แก่ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม แต่ควรรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวแทน เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันงา น้ำมันรำ เป็นต้น (วลัย อินทรมพรรย์. 2530 : 135-136, 211-213)

2. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (Isotonic or Dynamic Exercise) อย่างสม่ำเสมอทุกวัน เช่น การเดินเร็ว ๆ วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน เป็นต้นจะช่วยควบคุมและลดน้ำหนักตัว รวมทั้งยังช่วยลดความดันโลหิตลงได้ (Joint National Committee 1988 : 1026) แต่ไม่ควรออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric or Static Exercise) เช่น การยก แบก จด ลาก หรือ ดึงของหนัก เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นถึงขีดอันตราย (เกษม วัฒนชัย. 2533 : 120) ในการออกกำลังกายควรทำแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยในระยะแรกควรออกกำลังกายวันละ 10 นาที แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น จนได้วันละ 15 - 30 นาที ควรทำอย่างสม่ำเสมอ และ ควรออกกำลังกายภายหลังได้รับการประเมินอย่างเหมาะสมจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ (Luckmann and Sorensen 1987 : 954; อ้างอิงมาจาก สุวิชา จันทรสุริยกุล. 2536 : 13)

3. การลดและ/หรือควบคุมน้ำหนักตัว

จากการศึกษาพบว่า น้ำหนักตัว และ ความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กันอย่างมาก คือน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ยิ่งน้ำหนักตัวเพิ่มเร็วมากเท่าไรความดันโลหิตจะยิ่งสูงขึ้น การลดน้ำหนักตัวช่วยลดอันตรายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้ โดยลดอัตราการเต้นของหัวใจ ระดับโคเลสเตอรอล กรดยูริก และระดับน้ำตาลในพลาสมาลง (Kirkendall. 1988 :227)

4. หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โดย

4.1 การลดหรือเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่า 58.8 กรัมต่อวัน อาจทำให้ความดันโลหิตสูงได้ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื่มสุราเป็นประจำ หากหยุดดื่มระดับความดันโลหิตจะลดลงเรื่อยๆ และลดลงมากที่สุดภายใน 2 สัปดาห์ และยังคงลดต่อไปถึง 6 สัปดาห์

4.2 การเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น

4.3 การจัดการกับความเครียด นอกจากการออกกำลังกายแล้ว การจัดการกับความเครียดอาจใช้วิธีการ ผักผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ เป็นต้น (Mc Entee and Peddicord. 1987 : 587-588) การฝึกผ่อนคลายและการทำสมาธิมีผลต่อการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงคือลดฮอร์โมนที่มีผลต่อระบบประสาทลง ลดปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกาย อัตราการเผาผลาญในร่างกายต่ำลง ลดอัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจ ลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดการหดตัวที่ผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจเวนทริเคิล ลดความดันโลหิตทั้งในช่วงหัวใจบีบตัวและคลายตัว และเพิ่มคลื่นไฟฟ้าแอลฟาในสมอง

เบาหวาน (Diabetes Mellitus/DM)

โรคเบาหวาน พบได้ประมาณ 3.5 เปอร์เซ็นต์ของคนทั่วไป พบได้ทุกเพศและทุกอายุ แต่จะพบมากในคนอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และคนที่อยู่ในเมืองมีโอกาสเป็น

โรคนี้มากกว่าชาวชนบท คนอ้วนและหญิงที่มีลูกมาก มีโอกาสเป็นโรคนี้ได้มากขึ้น

สาเหตุของโรคเบาหวานโรคนี้เกิดจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ได้น้อยหรือไม่ได้เลย ฮอร์โมนชนิดนี้มีหน้าที่คอยช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลมาใช้เป็นพลังงาน เมื่ออินซูลินในร่างกายไม่พอ น้ำตาลก็ไม่ถูกนำไปใช้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและอวัยวะต่าง ๆ เมื่อน้ำตาลคั่งในเลือดมาก ๆ ก็จะถูกไตกรองออกมาในปัสสาวะ หวานหรือมีมดขึ้นได้ จึงเรียกว่า เบาหวาน

ผู้ป่วยมักจะมีอาการปัสสาวะบ่อยและมาก เนื่องจากน้ำตาลที่ออกมาทางไต จะดึงเอาน้ำจากเลือดออกมามาก จึงทำให้มีปัสสาวะมากกว่าปกติ เมื่อถ่ายปัสสาวะมากก็ทำให้รู้สึกกระหายน้ำ ต้องคอยดื่มน้ำบ่อย ๆ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถนำน้ำตาลมาเผาผลาญเป็นพลังงาน จึงหันมาเผาผลาญกล้ามเนื้อและไขมันแทน ทำให้ร่างกายผ่ายผอม ไม่มีไขมัน กล้ามเนื้อฝ่อลีบ อ่อนเพลียเหนื่อยแรง นอกจากนี้การมีน้ำตาลคั่งอยู่ในอวัยวะต่าง ๆ จึงทำให้อวัยวะต่าง ๆ เกิดความผิดปกติ และนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนมากมาย

โรคนี้มักมีส่วนเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ กล่าวคือมักมีพ่อแม่หรือญาติพี่น้องเป็นโรคนี้ด้วย นอกจากนี้ยังอาจมีสาเหตุอย่างอื่น เช่น อ้วนเกินไป (หรือกินหวานมาก ๆ จนอ้วน ก็อาจเป็นเบาหวานได้) มีลูกมาก หรือเกิดจากการใช้ยา เช่น สเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาเม็ดคุมกำเนิด หรืออาจพบร่วมกับโรคอื่น ๆ เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง มะเร็งของตับอ่อน ตับแข็งระยะสุดท้าย คอพอกเป็นพิษ เป็นต้น

โรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ ที่มีอาการ สาเหตุความรุนแรงและการรักษาต่างกัน ได้แก่

1. เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin - Dependent Diabetes) เป็นชนิดที่พบได้น้อยแต่มีความรุนแรงและอัตราการสูง มักพบในเด็กและคนอายุต่ำกว่า 25 ปี แต่ก็อาจพบในคนสูงอายุได้บ้างตับอ่อนของผู้ป่วยชนิดนี้จะสร้างอินซูลินไม่ได้เลยหรือได้น้อยมาก เชื่อว่าร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นต่อต้านทำลายตับอ่อนของตัวเอง จนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ ดังที่เรียกว่าโรคภูมิแพ้ต่อตัวเอง หรือออโตอิมมูน (Autoimmune) ทั้งนี้เป็นผลมาจากความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ร่วมกับการติดเชื้อ หรือการได้รับสารพิษจากภายนอก ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาการฉีดอินซูลินเข้าทดแทนในร่างกายทุกวัน จึงจะสามารถเผา

ผลาญน้ำตาลได้เป็นปกติ มีเช่นนั้น ร่างกายจะเผาผลาญไขมันจนทำให้ผ่ายผอมอย่างรวดเร็ว และถ้าเป็นรุนแรง จะมีการคั่งของสารคีโตน (Ketones) ซึ่งเป็นของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญไขมัน สารนี้จะเป็นพิษต่อระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยหมดสติถึงตายได้รวดเร็ว เรียกว่า ภาวะคั่งสารคีโตน หรือ คีโตซิส (Ketosis)

2. เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-Insulin-Dependent Diabetes) เป็นเบาหวานชนิดที่พบเห็นกันเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมักจะมี ความรุนแรงน้อย มักพบในคนอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปแต่ก็อาจพบในเด็กหรือวัยรุ่นหนุ่มสาวได้บ้าง ตับอ่อนของผู้ป่วยชนิดนี้ยังสามารถสร้างอินซูลินได้ แต่ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จึงทำให้มีน้ำตาลที่เหลือนำไปใช้กลายเป็นเบาหวานได้ ผู้ป่วยชนิดนี้ยังอาจแบ่งเป็นพวกที่อ้วนมาก ๆ กับพวกที่ไม่อ้วน (รูปร่างปกติหรือผอม) สาเหตุอาจเกิดจากกรรมพันธุ์อ้วนเกินไป มีลูกมาก จากการใช้ยา หรือพบร่วมกับโรคอื่น ๆ (ดังได้กล่าวไว้ในหัวข้อสาเหตุของเบาหวานแล้ว) ผู้ป่วยมักไม่เกิดภาวะคีโตซิสเช่นที่เกิดกับชนิดพึ่งอินซูลิน การควบคุมอาหาร หรือการใช้ยาเบาหวานชนิดกิน ก็มักจะได้ผลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติได้ หรือบางครั้งถ้าระดับน้ำตาลสูงมาก ๆ ก็อาจต้องใช้อินซูลินฉีดเป็นครั้งคราว แต่ไม่ต้องใช้อินซูลินตลอดไป จึงถือว่าไม่ต้องพึ่งอินซูลิน

สำหรับอาการของโรคเบาหวานนั้นผู้ป่วยจะมีอาการปัสสาวะบ่อย (และออกครั้งละมาก ๆ) กระหายน้ำ ต้มข้าวบ่อย หิวบ่อย หรือ กินข้าวจุ อ่อนเพลียเหนื่อยแรง บางคนอาจสังเกตเห็นว่าปัสสาวะมีมดขึ้น

ในรายที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน อาการต่าง ๆ มักเกิดขึ้นรวดเร็วร่วมกับน้ำหนักตัวลดลง อ่อนแอ กินเวลาเป็นเพียงสัปดาห์หรือเดือน เด็กบางคนอาจมีอาการปัสสาวะรดที่นอนตอนกลางคืน

ในรายที่เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อาการมักค่อยเป็นค่อยไปเรื้อรัง น้ำหนักตัวอาจลดบ้างเล็กน้อย บางคนอาจมีน้ำหนักรูปร่างอ้วน ผู้ป่วยหญิงบางคนอาจมาหาหมอด้วยอาการคันตามช่องคลอดหรือตกขาว ในรายที่เป็นไม่มาก อาจไม่มีอาการผิดปกติอย่างชัดเจน และตรวจพบโดยบังเอิญจากการตรวจปัสสาวะหรือตรวจเลือดขณะไปหาหมอด้วยโรคอื่น

บางคนอาจมีอาการคันตามตัว เป็นผื่นบ่อ ๆ หรือเป็นแผลเรื้อรังรักษาหายยาก ผู้หญิงบางคนอาจคลอดทารกที่มีตัวโต (น้ำหนักมากกว่าธรรมดา หรืออาจเป็นโรคครรภ์เป็นพิษ หรือคลอดทารกที่ตายโดยไม่ทราบสาเหตุ

ในรายที่เป็นมานานโดยไม่ได้รับการรักษา อาจมาหาหมอด้วยภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ชาหรือปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือปลายเท้า ตามัวลงทุกทีหรือต้องเปลี่ยนแว่นสายตาบ่อย ๆ เป็นต้น

ส่วนอาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน มักจะเกิดเมื่อเป็นเบาหวานมานาน โดยไม่ได้รับการรักษาอย่างจริงจัง หรือปล่อยปละละเลย โรคแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น

1. ตา อาจเป็นต้อกระจกก่อนวัย ประสาทตาหรือจอตา (Retina) เลื่อมหรือเลือดออกในน้ำวุ้นลูกตา ทำให้มีอาการตามัวลงเรื่อย ๆ หรือมองเห็นจุดดำลอยไปลอยมา และอาจทำให้ตาบอดในที่สุด

2. ระบบประสาท ผู้ป่วยอาจเป็นปลายประสาทอักเสบ มีอาการชาหรือปวดร้อนตามปลายมือปลายเท้า ซึ่งอาจทำให้มีแผลเกิดขึ้นที่เท้าได้ง่าย (อาจลุกลามจนเท้าเน่า) บางคนอาจมีอาการวิงเวียนเนื่องจากมีภาวะความดันต่ำในท่ายืน บางคนอาจไม่มีความรู้สึกทางเพศ หรือท้องเดินตอนกลางคืนบ่อย หรือกระเพาะปัสสาวะไม่ทำงาน กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หรือไม่มีแรงเบ่งปัสสาวะ

3. ไต มักจะเลื่อม จนเกิดภาวะไตวาย มีอาการบวม ชีต ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยเบาหวานที่พบได้ค่อนข้างบ่อย

4. ผนังหลอดเลือดแดงแข็ง ทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง, อัมพาต, โรคหัวใจขาดเลือด ถ้าหลอดเลือดที่เท้าตีบแข็ง เลือดไปเลี้ยงเท้าไม่พอ อาจทำให้เท้าเป็นตะคริวหรือปวดขณะเดินมาก ๆ หรืออาจทำให้เป็นแผลหายยากหรือเท้าเน่า (ซึ่งอาจเกิดร่วมกับการติดเชื้อ)

5. เป็นโรคติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากภูมิคุ้มกันโรคต่ำ เช่น วัณโรคปอด กระเพาะปัสสาวะอักเสบ กรวยไตอักเสบ ช่องคลอดอักเสบ (ตกขาวและคันในช่องคลอด) เป็นผื่นพองบ่อ ๆ เท้าเป็นแผลซึ่งอาจลุกลามจนเท้าเน่า (อาจต้องตัดนิ้วหรือตัดขา) เป็นต้น

6. ภาวะคีโตซีส (Ketosis) พบเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ที่ขาดการฉีดอินซูลินนานๆ ร่างกายจะมีการคั่งของสารคีโตน ซึ่งเกิดจากการเผาผลาญไขมันผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน กระหายน้ำอย่างมาก หายใจหอบลึก และลมหายใจมีกลิ่นหอม มีไข้ กระวนกระวาย มีภาวะขาดน้ำรุนแรง (ตาโป้ หนังเหี่ยว ความดันต่ำ ชีพจรเบาเร็ว) อาจมีอาการปวดท้อง ท้องเดิน ผู้ป่วยจะซึมลงเรื่อย ๆ จนกระทั่งหมดสติ หากรักษาไม่ทันอาจตายได้

ข้อแนะนำในการรักษาและป้องกันโรคเบาหวาน

1. เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาติดต่อกันเป็นเวลานานหรือตลอดชีวิต ซึ่งหากได้รับการรักษาติดต่อกันเป็นเวลานานหรือตลอดชีวิต และได้รับการรักษาอย่างจริงจัง อาจมีชีวิตเหมือนคนปกติได้ แต่ถ้ารักษาไม่จริงจังก็อาจมีอันตรายจากโรคแทรกซ้อนได้มาก จึงควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจมิเช่นนั้นผู้ป่วยมักจะดิ้นรนเปลี่ยนหมอไปเรื่อย ๆ หรือหันไปรักษาทางไสยศาสตร์หรือกินยาหม้อแทน (ในปัจจุบันยังไม่มีเภสัชภัณฑ์ที่เรียกว่ายาหม้อมีสรรพคุณในการรักษาเบาหวานได้จริง)

2. การควบคุมอาหาร การลดน้ำหนักถ้าอ้วน และการออกกำลังกาย มีความสำคัญต่อการรักษาเบาหวานเป็นอย่างมาก ในรายที่เป็นไม่มาก ถ้าปฏิบัติในเรื่องเหล่านี้ได้ดี อาจหายจากเบาหวานได้โดยไม่ต้องพึ่งยา ผู้ป่วยควรลดการกินน้ำตาล และของหวานทุกชนิด (รวมทั้งผลไม้หวานและน้ำผึ้ง) ให้เหลือน้อยที่สุด ควรเลิกกินน้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมหวาน เหล้าเบียร์ ควรลดการกินอาหารพวกแป้ง เช่น ข้าว ข้าวเหนียว ขนมปัง ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ วุ้นเส้น เผือก มัน เป็นต้น ควรลดอาหารพวกไขมัน เช่น ของทอด ของมัน ขาหมู หมูสามชั้น อาหารหรือขนมที่ใส่กะทิ ผู้ป่วยควรหันไปกินอาหารพวกโปรตีน (เนื้อแดง ไข่ นม ถั่วต่าง ๆ) ผักและผลไม้ที่ไม่หวานจัดให้มากขึ้น ส่วนการออกกำลังกายจะเลือกแบบใดก็ได้ เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ รำมวยจีน เล่นโยคะ ภายหลังบริหาร เป็นต้น แต่ควรทำอย่างสม่ำเสมอ และไม่ควรหักโหมจนเกินไป

3. ผู้ป่วยควรเลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด มิเช่นนั้นอาจทำให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ

4. ผู้ป่วยควรหมั่นดูแลรักษาเท้าเป็นพิเศษ ระวังอย่าให้เกิดบาดแผลหรือการอักเสบ ซึ่ง อาจลุกลามจนกลายเป็นแผลเน่าจนต้องตัดนิ้วหรือขาทิ้ง เช่น

4.1 ควรล้างเท้าให้สะอาดด้วยสบู่ เช็ดให้แห้ง โดยเฉพาะตรงซอกเท้า อย่าถูแรง ๆ

4.2 เวลาตัดเล็บเท้า ควรตัดออกตรง ๆ อย่าตัดโค้งหรือตัดถูกเนื้อ

4.3 อย่าเดินเท้าเปล่า เวลาออกนอกบ้านหรือเดินบนพื้นที่สกปรก ระวังอย่าเหยียบถูกของมีคม หนาม หรือของร้อน (เช่น ถังน้ำ) จนเป็นแผลเน่าได้

4.4 อย่าสวมรองเท้าคับ หรือใส่ถุงเท้ารัดแน่นเกินไป

4.5 ถ้าเป็นหูดหรือตาปลาที่เท้าควรให้แพทย์รักษา อย่าแกะหรือตัดออกกันเอง

4.6 ถ้ามีตุ่มพอง มีบาดแผล หรือการอักเสบที่เท้าควรรีบไปให้แพทย์รักษา อย่าใช้เข็มบ่ง (ตุ่มพอง) เอง หรือใช้กิ้งเจอร์ไอโอดีน หรือไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์ ชะแผล ควรล้างแผลด้วยน้ำสะอาดกับสบู่ และปิดแผลด้วยผ้าก๊อช ที่ฆ่าเชื้อโรคแล้วและติดด้วยพลาสเตอร์อย่างนิ่ม (เช่น ไมโครพอร์) อย่างปิดด้วยพลาสเตอร์ธรรมดา

5. ผู้ป่วยที่กินยาหรือฉีดยารักษาเบาหวานอยู่ บางครั้งอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คือ มีอาการใจหวิว ใจสั่น หน้ามืด ตาลาย เหงื่อออก ตัวเย็นเหมือนเวลากินข้าว ถ้าเป็นมาก ๆ อาจเป็นลมหมดสติ หรือชักได้ ควรบอกให้ผู้ป่วยระวังอาการดังกล่าว และควรพกน้ำตาลหรือของหวานติดตัวประจำถ้าเริ่มรู้สึกมีอาการดังกล่าวให้ผู้ป่วยรีบกินน้ำตาลหรือของหวาน จะช่วยให้หายเป็นปกติทันที (ถ้าตรวจปัสสาวะตอนนั้น จะไม่พบน้ำตาลเลย) ผู้ป่วยควรทบทวนดูว่า กินอาหารน้อยไปหรือออกกำลังกายมากเกินไปกว่าที่เคยทำอยู่หรือไม่ ควรปรับทั้งสองอย่างให้พอดีกัน จะช่วยป้องกันมิให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ถ้ายังเป็นอยู่บ่อย ๆ ควรไปปรึกษาแพทย์ที่รักษา อาจต้องลดยาเบาหวานลง

6. ผู้ป่วยควรหมั่นตรวจปัสสาวะเอง และตรวจเลือดที่โรงพยาบาลเป็นประจำ เพราะเป็นวิธีที่บอกผลการรักษาได้แน่นอนกว่าการสังเกตจากอาการเพียงอย่างเดียว บางครั้งถึงแม้ว่าจะรู้สึกสบายดี แต่ระดับน้ำตาลในเลือดอาจสูงได้

7. ผู้ป่วยอย่าซื้อยากินเอง เพราะยาบางอย่างอาจเพิ่มน้ำตาลในเลือดได้

เช่น สเตออยด์ ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น และยาบางอย่างอาจเสริมฤทธิ์การรักษา เบาหวาน ทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำได้ เช่น แอลโลริน เฟนิลิวตาโซน ซัลฟา ถ้ามีความ จำเป็นต้องใช้ยาเองต้องแน่ใจว่าไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด

8. ผู้ป่วยควรมีบัตรประจำตัว (หรือกระดาษแผ่นเล็ก ๆ) ที่เขียนข้อความว่า "ข้าพเจ้าเป็นโรคเบาหวาน" พร้อมกับขอซื้อยาที่รักษาปกติติดกระเป๋าไว้ หากเป็นลมหมดสติขึ้นมา ทางโรงพยาบาลจะทราบการเจ็บป่วยและให้การรักษาได้ทันทั่วถึง

9. เราอาจป้องกันโรคนี้ได้โดยการรู้จักกินอาหาร (ลดของหวาน ๆ อาหาร พวกแป้งและไขมัน กินอาหารโปรตีน ผัก และผลไม้ให้มาก ๆ) อย่าปล่อยตัวให้อ้วน หมั่น ออกกำลังกายเป็นประจำ และทำจิตใจให้ร่าเริงเบิกบาน อย่าให้เครียดหรือวิตกกังวล

โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความผิดปกติเป็นเบาหวาน ควรต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ และควรตรวจเช็คปัสสาวะหรือเลือดเป็นครั้งคราว หากพบเป็นเบาหวานในระยะแรก จะ ได้ให้การรักษาแต่เนิ่น ๆ

มะเร็ง (Cancer)

มะเร็งหรือเนื้อร้าย คือ เนื้องอกชนิดร้ายที่เกิดขึ้นใหม่จากเนื้อเยื่อปกติของร่างกาย มีการเจริญเติบโตและแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว อยู่นอกเหนือการควบคุมของร่างกาย และมีโทษต่อร่างกาย ในปัจจุบันมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับแรก ๆ ของคนไทย พบมากในคนอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปแต่ก็อาจพบในเด็ก และคนหนุ่มสาวได้

สาเหตุของมะเร็งนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่ามีปัจจัยหลาย ๆ อย่างร่วมกัน ซึ่งพอจะแบ่งเป็น 2 พวกใหญ่ ๆ

1. ปัจจัยในร่างกาย เช่น

- 1.1 ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย
- 1.2 เชื้อชาติ ชาวญี่ปุ่นเป็นมะเร็งกระเพาะอาหารมาก ชาวจีนเป็นมะเร็งของโพรงหลังจมูกและหลอดอาหารมาก
- 1.3 เพศ มะเร็งตับ มะเร็งปอด พบมากในผู้ชาย มะเร็งของเต้านม มะเร็งผิวหนังพบมากในผู้หญิง

- 1.4 อายุ มะเร็งของลูกตา มะเร็งของไต พบมากในเด็ก
- 1.5 กรรมพันธุ์ มะเร็งเต้านมบางชนิด มะเร็งของต่อมอวัยวะบางชนิด พบว่ามีความสัมพันธ์กับกรรมพันธุ์ เป็นต้น

2. ปัจจัยภายนอกร่างกาย ได้แก่

- 2.1 สารกายภาพต่าง ๆ ได้แก่ การระคายเคืองเรื้อรัง เช่น
 - 2.1.1 ฟันปลอมที่ไม่กระชับ เวลาเคี้ยวอาหารจะมีการเสียดสีกับเหงือกหรือเพดานปากอาจทำให้เกิดมะเร็งของเหงือกหรือเพดานปากได้
 - 2.1.2 การกินอาหารหรือดื่มเครื่องดื่มร้อนจัดเป็นประจำ อาจจะมีการระคายบริเวณหลอดอาหาร อาจทำให้เป็นมะเร็งของหลอดอาหารได้
 - 2.1.3 รังสีต่าง ๆ ถ้าร่างกายได้รับเป็นระยะนาน ๆ ก็อาจเกิดมะเร็ง อวัยวะต่าง ๆ ได้ เป็นต้น
- 2.2 สารเคมี ในปัจจุบันพบสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) มากกว่า 450 ชนิด อยู่ในรูปของอาหาร พืช และสารเคมีต่าง ๆ เช่น
 - 2.2.1 สารหนู อาจทำให้เป็นมะเร็งผิวหนัง
 - 2.2.2 ควันทูห์ มีสารเบนซ์ไพรีน (Benzpyrine) ที่เรียกว่า "ทาร์" หรือ "น้ำมันดิน" ทำให้เกิดมะเร็งปอดได้ นอกจากนี้ยังมี สารเคมีพวกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (Aromatic hydrocarbon) ทำให้เกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะได้
 - 2.2.3 การเคี้ยวหมากหรือการจุกยาสูบ นอกจากจะมีการระคายเคืองแล้ว ยังมีสารเคมีที่ทำให้เป็นมะเร็งของช่องปากได้
 - 2.2.4 สารไนโตรซามีน (Nitrosamine) ทำให้เกิดมะเร็งของตับ กระเพาะอาหาร ลำไส้ใหญ่
 - 2.2.5 คิตีที เมื่อเข้าในร่างกาย อาจเปลี่ยนเป็นสารไดไนโตรซามีน ซึ่งมีฤทธิ์เหมือนไนโตรซามีน

2.3 ออร์โมน เช่น มะเร็งเต้านมจะมีความสัมพันธ์กับออร์โมนเพศหญิง มะเร็งต่อมลูกหมากมีความสัมพันธ์กับออร์โมนเพศชาย

2.4 เชื้อไวรัส เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งโพรงหลังจมูก เป็นต้น เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับเชื้อไวรัส

2.5 สารพิษ เช่น อะฟลาท็อกซิน (Aflatoxin) ทำให้เกิดมะเร็งของตับ

2.6 พยาธิ เช่น พยาธิใบไม้ในตับ ทำให้เกิดมะเร็งของตับ

2.7 ภาวะขาดอาหาร เช่น โรคตับแข็ง ซึ่งเกิดจากการขาดโปรตีน จะกลายเป็นมะเร็งตับ

สัญญาณอันตราย 7 ประการของมะเร็งในระยะเริ่มแรก อาจสรุปได้ 7 ประการคือ

1. การเป็นแผลที่ไม่รู้จักหาย (ปกติควรจะหายภายใน 2 สัปดาห์)
2. การมีตุ่ม ไต ก้อนแข็ง เกิดขึ้นในที่ซึ่งปกติไม่ควรมี โดยเฉพาะบริเวณเต้านม ในช่องท้อง บริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบ
3. มีอาการผิดปกติเรื้อรังของระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องอืด ท้องเฟ้อ กลืนอาหารไม่ลง ท้องผูกสลับกับท้องเสียอยู่เรื่อย ถ่ายเป็นมูกปนเลือดเรื้อรัง
4. มีอาการไอเรื้อรัง หรือเสียงแหบแห้งอยู่นาน
5. มีการเปลี่ยนแปลงของหูด ฝ้า ปาน ที่เคยมีอยู่ก่อน เช่นวันดีคืนดีก็มีอาการคันเกาแตกเป็นแผล

6. มีอาการผิดปกติของประจำเดือนในผู้หญิง เช่น มีประจำเดือนกะปริดกะปรอย
7. มีน้ำเหลืองหรือเลือดหรือสิ่งผิดปกติอื่น ๆ ออกจากตา หู จมูก เต้านม ช่องคลอด ทวารหนัก

ส่วนอาการของมะเร็งนั้นในระยะแรกมักจะไม่มีปรากฏอาการ ต่อมาเมื่อเป็นมากขึ้นจะมีอาการทั่วไป (พบร่วมกันในมะเร็งทุกชนิด) คือ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดอย่างรวดเร็ว อาจมีไข้เรื้อรัง ท้องอืดเฟ้อ คลื่นไส้อาเจียน ชีต เป็นลม ใจหวิว คล้ายหิวข้าวบ่อย ส่วนอาการเฉพาะของแต่ละโรค ซึ่งเกิดจากก้อนมะเร็งไปกดเบียดหรือทำลายอวัยวะที่เป็น พอจะสรุปได้ดังนี้

1. มะเร็งผิวหนัง ส่วนมากจะเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ปาน หรือ จุดด่างดำในคนแก่ โดยมีอาการคันแตกเป็นแผลเรื้อรังไม่ยอมหาย โดยไม่มีอาการเจ็บปวด ต่อมาแผลโตขึ้นเร็ว และมีเลือดออก สาเหตุเกิดจากถูกแสงแดด (แสงอุลตราไวโอเลต) เกิดจากยาที่เข้าสารหนู หรือน้ำมันที่มีผลมอยู่ในยาจีนยาไทย และจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อผิวหนัง ปาน หรือหูดที่มีอยู่ก่อน

2. มะเร็งในช่องปาก จะมีก้อนหรือแผลเรื้อรังเกิดที่ริมฝีปาก เยื่อช่องปาก ลิ้นโดยเริ่มจากผื่นขาว ๆ ที่เรียกว่า ลิวโคพลาเคีย (Leukoplakia) สาเหตุเกิดจากการระคายเคืองเรื้อรัง เช่น กินหมาก จุกยาสูบ ฟันเก หรือใส่ฟันปลอมไม่กระชับ ต้มเหล้าเพียว ๆ สูบบุหรี่

3. มะเร็งที่จมูกและโพรงหลังจมูก มีเลือดออกทางจมูก หน้าชา คัดจมูก ปวดศีรษะ ต่อมาอาจมีเลือดปนน้ำเหลืองออกทางจมูก หูอื้อ กลืนไม่ได้ ตาเข ต่อมน้ำเหลืองที่คอโต มะเร็งที่โพรงหลังจมูก เชื่อว่ามีสาเหตุจากเชื้อไวรัส

4. มะเร็งที่กล่องเสียง มีอาการเสียงแหบเรื้อรัง และอาจมีอาการเจ็บคอ เวลากลืนเหมือนมีก้างติดคอ ต่อมา มีเลือดออกปนกับเสมหะ สาเหตุเกิดจากการดื่มเหล้าเพียว ๆ และการสูบบุหรี่จัด

5. มะเร็งปอด มีอาการไอเรื้อรัง น้ำหนักลด ไอออกเป็นเลือดปนเสมหะ สาเหตุเกิดจากการสูบบุหรี่ การสูดควันดำจากท่อไอเสียรถหรือเขม่าจากโรงงาน

6. มะเร็งหลอดอาหาร เริ่มแรกอาจรู้สึกเจ็บเวลากลืนอาหาร ต่อมากลิ้นข้าวสวยไม่ได้ ต่อมากลิ้นข้าวต้มไม่ได้ จนในที่สุดกลืนได้แต่ของน้ำ ๆ หรือกลืนอะไรก็ไม่ลงเลย สาเหตุเกิดจากการกินอาหารหรือดื่มของร้อน ๆ การดื่มเหล้าเพียว ๆ

7. มะเร็งกระเพาะอาหาร มีอาการท้องอืด แน่นท้องอยู่เรื่อย เบื่ออาหาร ต่อมาอาจมีอาเจียน คลำก้อนได้ที่ใต้ชายโครงซ้าย น้ำหนักลด ชีต อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ สาเหตุเกิดจากการกินสารไนโตรซามีน การเป็นแผลในกระเพาะอาหารแล้วไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

8. มะเร็งลำไส้ใหญ่ มีอาการท้องผูกเรื้อรังสลับกับท้องเสีย หรือถ่ายเป็นเลือดหรือมูกปนเลือดเรื้อรัง สาเหตุเกิดจากสารไนโตรซามีน

9. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง เป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นที่ต่อมน้ำเหลืองตรงส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย แล้วแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองในบริเวณอื่น ๆ รวมทั้งที่ม้าม และอวัยวะอื่น ๆ มะเร็งต่อมน้ำเหลืองยังแบ่งออกเป็นหลายชนิด ซึ่งอาจมีอาการและความรุนแรงแตกต่างกันไปบ้าง โรคนี้พบได้ในเด็กและผู้ใหญ่

10. มะเร็งเต้านม คลำได้ก้อนที่เต้านม หัวนมบวม (เดิมเป็นปกติ เพิ่งมาบวมตอนหลัง) หรือมีน้ำเหลืองหรือเลือดออกทางหัวนม ต่อมาจะมีต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกันโต สาเหตุเชื่อว่าเกิดจากเชื้อไวรัส

11. มะเร็งปอดมดลูก มีเลือดออกเวลาร่วมเพศ มีเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอด หรือตกขาวเรื้อรัง สาเหตุเกิดจากเชื้อเริ่ม (ไวรัส) และการระคายเคืองเช่นคลอดบุตรบ่อย (ลูกมาก) การร่วมเพศบ่อย การไม่รักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะเพศ

12. มะเร็งอวัยวะเพศชาย เป็นแผลเรื้อรังที่อวัยวะเพศ หรือมีก้อนแข็งที่อัณฑะ

13. มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ต่อมน้ำเหลืองหรือไตมีอาการปัสสาวะเป็นเลือด ขัดเบา มะเร็งของกระเพาะปัสสาวะส่วนใหญ่เกิดจากบุหรี่และสีย้อมผ้าที่ใช้ผสมอาหาร

14. มะเร็งกระดูก มีอาการข้อบวม กระดูกบวม บางครั้งพบหลังเกิดอุบัติเหตุ ทำให้เข้าใจว่าเป็นกระดูกหักได้

15. มะเร็งของลูกตาในเด็ก นิยมตามคำของเด็กมีสีขาววาวคล้ายตาแมว เด็กจะบ่นว่าตามข้างนั้นมืดหรือมองอะไรไม่เห็น เมื่อเป็นมากขึ้นตาจะเริ่มปูดโปนออกมานอกเบ้าตา

16. มะเร็งรังไข่ มีอาการมีก้อนในท้อง ท้องมาน

17. มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) ผู้ป่วยที่มีอาการไข้เรื้อรัง มีต่อมน้ำเหลืองโตพร้อมกันหลายแห่ง ตับโต ม้ามโต หรือมีเลือดออกง่าย อาจเกิดจากมะเร็งเม็ดเลือดขาว หรือมะเร็งต่อมน้ำเหลืองได้

ข้อแนะนำในการรักษาและป้องกัน

1. มะเร็งเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ ถ้าตรวจพบและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่เป็นดังนั้นจึงควรแนะนำให้ประชาชนทั่วไปทราบถึง "สัญญาณอันตราย 7

ประการ" ของโรคนี้หากสงสัยควรปรึกษาแพทย์เสียแต่เนิ่น ๆ เมื่อแพทย์ตรวจแล้วว่าไม่เป็นมะเร็งก็สบายใจได้ อย่าได้วิตกกังวลจนเกินเหตุ

2. การรักษาโรคนี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความอดทนและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ อย่าเชื่อชาวบ้านด้วยกันอย่างผิด ๆ อย่าเปลี่ยนหมอเปลี่ยนโรงพยาบาลบ่อย และอย่าหันไปพึ่งยาหม้อหรือไสยศาสตร์แทนการแพทย์แผนปัจจุบัน วิธีการดังกล่าวอาจช่วยให้เกิดกำลังใจดีขึ้น แต่ยังไม่มีความยืนยันว่าจะรักษาโรคนี้ให้หายขาดได้

3. ผู้หญิงทุกคนควรหมั่นตรวจเต้านมด้วยตนเองบ่อย ๆ ถ้าพบว่ามูก้อน หัวนมบวม หรือมีเลือด หรือน้ำเหลืองออกจากหัวนม ควรปรึกษาแพทย์เสียแต่เนิ่น ๆ

4. ผู้หญิงอายุ 20-65 ปี ทั้งโสดและแต่งงานแล้วทุกคน หรืออายุต่ำกว่านี้ที่มีการร่วมเพศบ่อย ควรไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก หรือทำแป๊ปสเมียร์ (Pap Smear) ที่โรงพยาบาลอย่างน้อยปีละครั้ง

5. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันมะเร็ง

5.1 พยายามรักษาสภาพให้แข็งแรง โดยการออกกำลังกายเป็นประจำ ผักผ่อนให้เพียงพอ หากทางผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ อย่าอยู่ในที่ ๆ อากาศไม่บริสุทธิ์ อย่าติดสิ่งเสพติด เช่น เหล้า บุหรี่ หมากพลู ยาสูบ

5.2 อย่ากินอาหารหรือดื่มเครื่องดื่มที่ร้อน ๆ เกินไป

5.3 อย่ากินอาหารดิบ (โดยเฉพาะปลาน้ำจืดดิบ) หรืออาหารที่มีเชื้อรา (เช่น ถั่วลิสงปน พรักแห้ง หัวหอม กระเทียม ที่ขึ้นรา)

5.4 พยายามหลีกเลี่ยงอาหารโปรตีนหมัก เช่น ปลาร้า ปลาล้ม หมูส้ม แหนม หรือเนื้อสัตว์ที่หมักโดยผสมดินประสิว (เช่น เนื้อเค็ม กุนเชียง ไส้กรอก แอม) ถ้าจะกินควรทำให้สุกเพื่อทำลายสารไนโตรซามีนเสียก่อน

5.5 พยายามอย่ากินอาหารหรือขนมที่ใส่สีย้อมผ้า (ซึ่งทำให้ตุลีสดใส่น่ากิน) หรืออาหารที่มียาฆ่าแมลงเจือปนโดยเฉพาะ ดิถีทิ หรือยาที่เข้าสารหนู

5.6 ควรลดอาหารที่มีไขมัน (เช่น มันสัตว์, ของทอดของผัดน้ำมัน, อาหารใส่กะทิ) และระวังอย่าให้ร่างกายอ้วนเกินไป เพราะคนที่อ้วนมีโอกาสเป็นมะเร็งได้มากขึ้น

5.7 ควรกินผัก (เช่น ผักใบเขียว ผักกะหล่ำ ผักคะน้า หัวไชเท้า เป็นต้น) และผลไม้ (เช่น มะละกอ มะเขือเทศ ส้ม) และเมล็ดธัญพืช (เช่น ข้าวกล้อง ข้าวโพด ข้าวฟ่าง ลูกเดือย แมงลัก) ให้มาก ๆ

5.8 ลดการกินอาหารของรมควันย่าง หรือของทอดจนเกรียม (เพราะมีสารก่อมะเร็ง)

5.9 อย่าอยู่กลางแจ้งแดดจัด ๆ เป็นเวลานาน ๆ

จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ข้างต้นพบว่า การปฏิบัติตนเองเพื่อลดอัตราเสี่ยงการเกิดโรคได้โดยการ

1. ลด ละ เลิก การสูบบุหรี่
2. ถ้าอ้วนควรหาทางลดน้ำหนัก
3. หลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีไขมันสัตว์สูง ใช้น้ำมันพืชแทน ยกเว้นกะทิ และอาหารเค็มจัด
4. ออกกำลังกายสม่ำเสมอประมาณ
5. ทำจิตใจให้เบิกบานอยู่เสมอ
6. ถ้าพบว่าบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นโรคนี้ควรได้รับการตรวจเช็คร่างกายบ่อย ๆ

ซึ่งสอดคล้องกับผลการประชุมคณะทำงานกำหนดเป้าหมายการป้องกันโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขที่ว่า โรคดังกล่าวจัดอยู่ในกลุ่มพฤติกรรม สังคม กลุ่มสิ่งแวดล้อม และกลุ่มพันธุกรรม และความสัมพันธ์ของโรคกับปัจจัยเสี่ยงมีดังนี้

นอกจากนั้นได้จัดลำดับความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงจากมากไปหาน้อยคือแอลกอฮอล์ บุหรี่ อาหาร อ้วน ขาดออกการออกกำลังกาย ความเครียด ตามลำดับ (เอกสารประกอบการพิจารณาตั้งเป้าหมาย การประชุมเรื่อง เป้าหมายการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ สู่สุขภาพดีถ้วนหน้า 2536 : 10)

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในต่างประเทศ

เคจีเลส และคนอื่น ๆ (Kegeles. and others. 1965) ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกกับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่าง การตรวจหามะเร็งปากมดลูกกับปัจจัยด้านประชากร และความเชื่อในผลประโยชน์ที่ได้รับในการตรวจค้นหาโรคมะเร็งในระยะแรก โดยการสัมภาษณ์สตรี 836 คน พบว่ากลุ่มที่มีความเชื่อในผลประโยชน์ที่ได้รับ และทำการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 35-44 ปี แต่อย่างไรก็ตามพบว่าสตรีกลุ่มอายุ 21-34 ปี อายุ 45-54 ปี และอายุ 55-64 ปี มีความเชื่อในผลประโยชน์ของการตรวจหามะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าในกลุ่มอายุ 35-44 ปี และในการศึกษาครั้งนั้นพบว่า กลุ่มที่มีความเชื่อในผลประโยชน์ของการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก จะมีการตรวจหามะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเชื่อในผลประโยชน์ในทุกปัจจัยทางด้านประชากรศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง แต่งงานแล้ว และมีระดับการศึกษาที่ดีจะพบว่ามีความเชื่อเกี่ยวกับผลประโยชน์ของการตรวจหามะเร็งปากมดลูกสูง

เคิร์ชท์และคนอื่น ๆ (Kirscht. and others. 1974 : 48) ได้สำรวจกลุ่มตัวอย่าง 1,000 ราย ถึงความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของการเป็นวัณโรค โรคมะเร็ง และ โรคฟัน รวมถึงความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการป้องกันโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง และรับรู้ความรุนแรงของการเป็นวัณโรคโรคมะเร็ง และโรคฟัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคสูงด้วย

โอเวน (Owen.1970) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพ" (The Relationship Between Health Attitude and

Behavior) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น 148 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกให้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยเน้นให้เห็นถึงความรุนแรง และความน่ากลัวรวมทั้งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการไปตรวจโรคในระยะเริ่มแรก หลังจากนั้นก็มี การวัดทัศนคติ และการไปรับบริการในการตรวจหาโรคเบาหวาน กลุ่มที่สองให้ได้รับข่าวสารแบบธรรมดา ไม่เน้นความน่ากลัวเหมือนกลุ่มแรก หลังจากนั้นมีการวัดทัศนคติและการไปรับบริการ ในการตรวจโรคเบาหวานพบว่าไม่แตกต่างกัน

กั๋วรัสท์ เอ็น. และคนอื่น ๆ (รายงานการดำเนินการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพตนเอง สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 19 ; อ้างอิงมาจาก Gaurask N. and others. 1978 : 413 - 423) ได้ศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเริ่มขึ้น จากการประเมินสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น และจัดการของตนเข้าอยู่ในโรค ที่รู้จักพิจารณาตัดสินใจในการดูแลรักษา หรือแสวงหาวิธีการรักษา เพื่อให้อาการป่วยทุเลาลงได้โดยเร็ว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลรักษาจะทำให้เกิดความสัมพันธ์ มากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับวิธีการที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของการรักษาในลักษณะใด นอกจากนี้ยังรวมไปถึงกระบวนการทางสังคมอีก 2 อย่างที่เกิดขึ้น คือการเปลี่ยน พฤติกรรมในชีวิตประจำวัน อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย และการถ่ายทอดปรึกษาหารือ อาการของตนสู่คนรอบข้าง ทั้งนี้เพื่อหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการบำบัดรักษาอาการป่วยนั้นๆ โดยที่ผู้ป่วยจะประเมินการเปลี่ยนแปลงในอาการเจ็บป่วยของตนจากผลการรักษา อาการข้างเคียงจากการรักษา ความพอใจต่อการบำบัดรักษา และทำข้อมูลเหล่านั้นมาประมวล เข้าเป็นคำอธิบายการเจ็บป่วยของตนเอง

วิลเล่ย์ และ คามาโช (วาสนา ปุณณณวิวัฒน์. 2532 : 10 ; อ้างอิงมาจาก Wiley and Camacho. 1980 : 1 - 21) ได้ศึกษาประชาชนเมืองอลามิดา แคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นเวลา 9 ปี เพื่อหาความสัมพันธ์ของลีลา ชีวิต และสถานสุขภาพในอนาคตโดยใน ค.ศ. 1965 ได้สอบถามกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3,892 คน อายุต่ำ 70 ปี เกี่ยวกับเรื่องการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย จำนวนชั่วโมงในการหลับในเวลากลางคืน น้ำหนักที่มีความสัมพันธ์กับ

ส่วนสูงและประเมินสถานทางสุขภาพ แล้วต่อมาในปี 1974 ได้สอบถามข้อมูลซ้ำพบว่า ในคนที่มิมีสถานะสุขภาพไม่ดีในระยะเริ่มต้น ถ้ามีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทางที่ดีคะแนนสุขภาพจะดีขึ้นส่วนคนที่คะแนนสุขภาพไม่ดีแล้วยังคงวิถีชีวิตที่ไม่ดีคะแนนของสถานสุขภาพจะต่ำเช่นกัน ซึ่งตรงกับคำกล่าวของ เอดลิน และโกแลนตี (Edlin and Golanty 1982 : 167) ที่ว่า วิถีชีวิตที่ไม่ดี มีทุกขันธ์ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การมีภาวะโภชนาการเกินและไม่ได้สัดส่วน มีความเครียดสูง และภาวะน้ำหนักเกิน จะก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งเรียกว่า โรควิถีชีวิต

แพลน และคนอื่น ๆ (Plant. and others. 1987 : 317-322) ได้ศึกษาประเมินกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งจัดขึ้นสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวในแผนกผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลลอนดอน โดยพิจารณาจากปฏิกิริยาของผู้เข้าร่วมกลุ่ม พบว่าร้อยละ 53 ของผู้เข้าร่วมกลุ่มมีความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งร้อยละ 70 กล่าวว่า การคาดผลที่จะเกิดขึ้นจากโรคมะเร็งดีขึ้นกว่าตอนก่อนเข้ากลุ่ม ร้อยละ 55 กล่าวว่า สามารถพูดถึงโรคมะเร็งกับคนอื่นได้ง่ายขึ้นเช่นกัน สำหรับนักวิชาชีพที่เข้าร่วมกลุ่มก็รายงานว่าได้เรียนรู้เกี่ยวกับการปรับตัวต่อมะเร็ง และวิธีการที่จะติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็งมากขึ้น และเมื่อศึกษาถึงเหตุผลของการไม่เข้าร่วมกลุ่มก็พบว่าร้อยละ 55 เป็นเพราะได้รับคำตอบเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองสงสัยหมดแล้ว ร้อยละ 50 เป็นเพราะปัญหาและความยุ่งยากในการเดินทาง ในขณะที่ร้อยละ 37 เป็นเพราะปรารถนาที่จะลืมเรื่องโรคมะเร็ง และร้อยละ 25 บอกว่าไม่ชอบการอภิปรายกลุ่ม ส่วนอีกร้อยละ 19 เป็นเพราะกลัวว่าปัญหาที่ได้ยินจากผู้ร่วมกลุ่มคนอื่น ๆ จะทำให้รู้สึกซึมเศร้ามากขึ้น

ยูบาคาดา และคนอื่น ๆ (Ubakada. and others. 1987 : 437 - 446) ได้ศึกษาโดยการสำรวจอุบัติการณ์โรคมะเร็งเปรียบเทียบระหว่างชาวเกาหลีในประเทศเกาหลี และชาวเกาหลีกับชาวญี่ปุ่นในเมืองโอซากา ประเทศญี่ปุ่น พบว่าชาวเกาหลีในเมืองโอซากามีอัตราการตาย และรูปแบบของโรคมะเร็งคล้ายคลึงกับของชาวญี่ปุ่น และแตกต่างจากชาวเกาหลีในประเทศเกาหลี ซึ่งผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่า รูปแบบการเป็นโรคมะเร็งที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ทุกขันธ์ในการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

โรเซน และคนอื่น ๆ (Rosen. and others. 1988 : 42 - 49) ได้ศึกษาทางระบาดวิทยาที่ประเทศสวีเดนเกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องโภชนาการและอัตราการตายด้วยโรคมะเร็ง โดยเก็บข้อมูลจากตัวอย่างประชากร 24 เมือง ผลการวิจัยที่พบและสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า การรับประทานพืชหรือผลไม้ที่มีกากสูง ป้องกันโรคมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายได้ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานอาหารที่มีไขมันและโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนตรง และพบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการบริโภคนม และชนิดของมะเร็งที่พบ จึงเชื่อว่า แคลเซียมป้องกันและต่อต้านการเกิดมะเร็งลำไส้ส่วนตรงได้ ประกอบกับนมเป็นแหล่งที่มีแคลเซียมมากที่สุดในอาหารของชาวสวีเดน สิ่งเหล่านี้สามารถบ่งชี้ได้ว่า สังคมที่มีการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง แต่มีมาตรการในการป้องกันโดยการบริโภคอาหารที่มีกากและนมที่มีแคลเซียมมากขึ้น อาจจะทำให้อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนตรงลดลงมากกว่าในพวกที่บริโภคอาหารไขมันปานกลาง แต่ไม่บริโภคอาหารที่มีกาก หรือแคลเซียมสูง

সালাইনেন และคนอื่น ๆ (วาสนา ปุณณณวิวัฒน์. 2532 : 2 : อ้างอิงมาจาก Salonen. and others. 1988 : 87) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เวลาว่าง และอาชีพที่มีการออกกำลังกายต่อความเสี่ยงจากการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยศึกษาจากตัวอย่างจำนวน 15,088 คน อายุระหว่าง 30-59 ปี ไม่มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือสภาวะที่เกิดขวางการออกกำลังกาย ผลวิจัยพบว่าคนที่ไม่ได้ออกกำลังกายมีอัตราเสี่ยงต้องนั่งเป็นประจำ มีความสัมพันธ์กับการเสี่ยงจากความตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งแสดงว่าการไม่ออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจ

การวิจัยในประเทศ

เรมวอล นันท์คุว์สัน (2524 : 83-84) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ศึกษาผู้ป่วยจำนวน 200 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพตนเอง และแบบประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย อยู่ในระดับต่ำ

ปัจจัยทางด้านเพศ และอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และความรู้เรื่องโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง ส่วนระยะเวลาของการรักษาโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลสุขภาพตนเอง

อวยพร สุทธิสนธิ์ (2528 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรคเบาหวานราชวิถี พบว่าผู้ป่วยส่วนน้อยที่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง พยาบาลและผู้ป่วยมีความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกัน อาชีพที่แตกต่างกันทำให้ความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกัน

พิมพ์วัลย์ ปริตาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ (2530 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของชาวชนบทในภาคอีสาน 2 หมู่บ้าน โดยมุ่งไปที่พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองขณะเจ็บป่วยพบว่ารูปแบบพฤติกรรม การรักษาเยี่ยวยามี 3 ระดับคือ

1. ระดับครอบครัว พฤติกรรมการรักษาเยี่ยวยา จะเป็นไปตามเหตุผลที่พ่อบ้านแม่บ้านได้ปรึกษากลางร่วมกัน

2. ในระดับเครือญาติ พฤติกรรมการรักษาเยี่ยวยา จะเป็นไปตามการตัดสินใจของผู้อาวุโส ได้แก่ แม่ใหญ่ พ่อใหญ่ ย่า ยาย เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่ ใช้วิธีการที่ผู้อาวุโสปฏิบัติกันมา เช่น การใช้ยากลางบ้าน ยาสมุนไพร การเป่า เป็นต้น

3. ในระดับชุมชน ความสัมพันธ์ในระดับชุมชน ส่งผลต่อการช่วยเหลือเกื้อกูลกันค่อนข้างสูง พฤติกรรมการรักษาเยี่ยวยา เป็นการรักษาตนเองโดยใช้หมอนพื้นบ้าน ยาสมุนไพร การเป่า เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพของตนเองมีอยู่ด้วยกัน 5 ลักษณะคือ

1. การไม่ปฏิบัติสิ่งใดเลย แต่อดทน เมีนเฉย หรือปล่อยให้หายเอง
2. ปฏิบัติด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยไม่ใช้ยา เช่น นอนพัก งดอาหารบางชนิด ดื่มน้ำมาก ๆ ดื่มน้ำอุ่น เช็ดตัว เป็นต้น
3. การใช้ยารักษาตนเอง ซึ่งใช้ทั้งยาแผนปัจจุบันและยาสมุนไพร

4. การปฐมพยาบาล

5. การรักษาแบบพื้นบ้านด้วยพิธีกรรม และไสยศาสตร์ เช่น การผูกผ้าการกินน้ำมันต์ ตลอดจนการรักษาโดยหมอพื้นบ้านที่มีฐานะ เป็นเครือข่ายทางสังคม เช่นการเป่าน้ำมันต์ การรักษาด้วยสมุนไพร เป็นต้น

พรณินา แก้วมาลย์ (2531 : 107) ได้ศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และบริโณคณิสัยระหว่างผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ในตับที่ได้รับการรักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่เป็นกลับซ้ำ พบว่า คะแนนปฏิบัติเกี่ยวกับบริโณคณิสัยของกลุ่มตัวอย่างที่รักษาหายแล้วกลับเป็นโรคซ้ำ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านอายุ การศึกษา และรายได้ของครอบครัว

วาสนา ปุณณณวิวัฒน์ (2532 : 5) ได้ศึกษาเปรียบเทียบ แบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตปกติ ในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยคัดเลือกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคหัวใจ โรคไต หรือความผิดปกติของต่อมไร้ท่อจำนวน 134 คน โดยศึกษาแบบแผนชีวิต 6 ด้าน คือด้านร่างกาย ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา ด้านประกอบอาชีพ และด้านศาสนา ผลพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปกติ (ก้ำกึ่ง) มีคะแนนแบบแผนชีวิตในด้านร่างกายและสติปัญญา อันได้แก่ หมวดการออกกำลังกาย การปฏิบัติทางโภชนาการ การดูแลตนเอง สูงกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 และ 0.5 ตามลำดับ

พรทิพย์ สีนประสงค์ (2532 : 80-83) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ข้อมูลสถิติภูมิของโครงการสำรวจสภาวะความเจ็บป่วยและการตายในประเทศไทย ปี 2529 ผลการศึกษพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลนั้นได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย อายุ อาชีพ สถานการสมรส สถานทางเศรษฐกิจ ลักษณะของครอบครัว และการสูบบุหรี่

จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53 - 54) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการแรงสนับสนุนทางสังคม กับ ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการรักษาในแผนกตรวจผู้ป่วยนอก อายุกรรม

โรงพยาบาลรามาศิบัติ พบว่า รายได้ของครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และในปีเดียวกันนั้น สุลี ทองวิเชียร และ นิมนต์พรณศิลป์สุวรรณ์ (2532 : 57 - 58) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเมืองและศึกษาความสัมพันธ์และความแตกต่างระหว่างปัจจัยที่สำคัญบางประการกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุคือ เพศ สถานภาพเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย สถานที่พักอาศัย และอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ

สุรางค์ เปื้องเดช (2533 : 1 - 5) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในแผนกผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลรามาศิบัติ พบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่า

วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี และคนอื่น ๆ (2533 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงมีครรภ์ และหญิงหลังคลอดในชุมชนชนบทอีสาน พบว่าแบบแผนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์และหญิงหลังคลอด จะเป็นลักษณะของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ผสมผสานระหว่าง แบบแผนของการแพทย์แผนใหม่ และแบบแผนแห่งวิถีทางวัฒนธรรมซึ่งปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดแบบแผนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในลักษณะดังกล่าวประกอบด้วย

1. อิทธิพลการแพทย์สมัยใหม่กระจายเข้าสู่ชนบทมากขึ้น
2. วิถีทางวัฒนธรรมที่เคยถือปฏิบัติกันมาแต่บรรพบุรุษ
3. อิทธิพลของเครือญาติ
4. การศึกษา
5. สถานทางเศรษฐกิจ
6. ความต้องการทางด้านจิตใจ

นิรนาท วิทโยชกิตติคุณ (2534 : 50 - 52) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองตาม เพศ สถานภาพการสมรส และรายได้กับภาวะ

สุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2535 : ก - ข) ได้ศึกษา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของมารดาทั้งพฤติกรรมเหมาะสมและไม่เหมาะสมใน จังหวัดนครราชสีมา จำนวนแม่ที่ถูกศึกษา 277 ราย พบว่า มารดาและทารกจะมีสุขภาพ ดี ยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพตนเองระดับบุคคลและเครือญาติที่เหมาะสม พฤติกรรมที่ เกิดขึ้นต้องเกิดขึ้นด้วยความสมัครใจ ตัดสินใจกระทำด้วยตนเอง ภายใต้ความรู้พื้นฐาน การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การ นำส่งผู้ป่วยรักษาต่อ และการเฝ้าระวังอาการสิ่งที่เกิดขึ้น เหล่านี้จะผสมผสานการมี ความสัมพันธ์ต่อเนื่องกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ตลอดจนอิทธิพลพื้นฐานจาก ระบบการแพทย์ดั้งเดิมของสังคมนั้น รวมทั้งขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และ ความเชื่อด้วย

จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยทั้งต่างประเทศและในประเทศ จะเห็นได้ว่า การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันด้านสุขภาพ หรือพฤติกรรมสุขภาพ หรือการดูแลตนเองด้าน สุขภาพก็คือลีลาชีวิตด้านสุขภาพนั่นเอง ซึ่งมีทั้งลีลาชีวิตทางด้านบวก และทางด้านลบ แต่อย่างไรก็ตาม การที่ประชาชนจะมีลีลาชีวิตสุขภาพแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับ ตัวแปรหลายประการคือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพทาง การสมรส สถานภาพทางครอบครัว และ แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ซึ่งตัวแปรเหล่านี้ สามารถนำมาเป็นแนวทางตั้งสมมุติฐาน ดังนี้

สมมุติฐานในการศึกษา

1. ประชาชนเขตเมืองที่มีเพศแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้าน สุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งแตกต่างกัน

2. ประชาชนเขตเมืองที่มีอายุแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง แตกต่างกันไป

3. ประชาชนเขตเมืองที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง แตกต่างกันไป

4. ประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้แตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง แตกต่างกันไป

5. ประชาชนเขตเมืองที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่อง โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง แตกต่างกันไป

6. ประชาชนเขตเมืองที่มีสถานภาพทางสมรสแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง แตกต่างกันไป

7. ประชาชนเขตเมืองที่มีสถานภาพทางครอบครัวแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง แตกต่างกันไป

8. ประชาชนเขตเมืองที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง แตกต่างกันไป มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน

9. ประชาชนเขตเมืองที่มีเพศแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน

10. ประชาชนเขตเมืองที่มีอายุแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวานและมะเร็ง แตกต่างกันไป

11. ประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน

12. ประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้แตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน

13. ประชาชนเขตเมืองที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน

14. ประชาชนเขตเมืองที่มีสถานภาพทางการสมรสแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน

15. ประชาชนเขตเมืองที่มีสถานภาพทางครอบครัวแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน

16. ประชาชนเขตเมืองที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน

17. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง มีความสัมพันธ์เชิงบวก

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนชายหญิง มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล สุขาภิบาล อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 47,401 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือประชาชนชายหญิง มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล สุขาภิบาล อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 คน ซึ่งได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร ยามาเน (Yamane, 1969 : 886) ดังสูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} \quad \text{เมื่อระดับความมีนัยสำคัญที่ .05}$$

เมื่อ	n	แทน	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
	N	แทน	ขนาดของประชากร
	e	แทน	ความคลาดเคลื่อนเท่าที่ยอมรับได้

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 400 คน

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling)

3. พื้นที่ทำการการศึกษา

3.1 กำหนดทุกตำบลในเขตเทศบาล เขตสุขาภิบาล อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี เป็นพื้นที่ทำการการศึกษา ซึ่งมีทั้งหมด 5 ตำบล ได้แก่ ท่าทราย ตลาดขวัญ บางกระสอ บางเขน และสวนใหญ่

3.2 คัดเลือกหมู่บ้านในการศึกษา ใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Selected Random Sampling) คือ เป็นหมู่บ้านที่เป็นที่ตั้งของสถานอนามัยหรือชุมชนที่มีเสียงตามสายของเทศบาลได้จำนวน 5 หมู่บ้าน และหมู่บ้านที่ไม่เป็นที่ตั้งของสถานอนามัยได้จากการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ได้หมู่บ้านจำนวน 5 หมู่บ้าน รวมหมู่บ้านที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้จำนวน 10 หมู่บ้าน

4. สุ่มประชากรที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาโดยในแต่ละหมู่บ้านคัดเลือกตามสัดส่วนประชากร (Proportional Random Sampling) จากจำนวน 10 หมู่บ้าน ให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 400 คน โดยดำเนินการสุ่มตัวอย่างหลังคาเรือนจากแต่ละหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยผู้วิจัยได้เอารายการเลขที่บ้านของแต่ละหมู่บ้านจากที่ว่าการอำเภอเมืองนนทบุรี และเทศบาลเมือง เมื่อได้รายการเลขที่บ้านแล้ว จึงเลือกตัวอย่างหลังคาเรือน โดยใช้ตารางเลขสุ่ม (Table of Random Numbers) ให้ได้ครบตามจำนวน 400 หลังคาเรือน และแต่ละหลังคาเรือนเลือกบุคคลที่สามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง และตามความเป็นจริงเป็นตัวแทนของหลังคาเรือนและต้องมีอายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ดังตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตำบล หมู่บ้าน

ลำดับ	ตำบล	หมู่	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1	ท่าทราย	1 บ้านทาส้มฤทธิ	14,338	121
		3 ท่าทราย	1,093	10
2	ตลาดขวัญ	2 ตลาดขวัญ	2,752	23
		11 พิชัยนันท	3,894	33
3	บางกระสอ	8 บ้านวัดสมรโกฏิ	10,096	85
		6 ลุเหราอิสลาม	3,696	31
4	บางเขน	6 วัดทางหลวง	5,257	44
		7 บางเขนหมู่ 7	2,460	21
5	สวนใหญ่	9 ชุมชนวัดปากน้ำ	1,583	13
		7 ชุมชนบ่อนไก่	2,232	19
รวม	5 ตำบล	10 หมู่บ้าน	47,401	400

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี และเทศบาลเมืองสวนใหญ่
 ทะเบียนบัตรอนามัยครอบครัว และทะเบียนราษฎร เทศบาลเมือง
 สวนใหญ่. จังหวัดนนทบุรี : 2536.

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามการรับรู้ การปฏิบัติและการดูแลสุขภาพตนเอง ลักษณะของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพทางการสมรส สถานภาพทางครอบครัว แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นลักษณะแบบสำรวจรายการ (checklist)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย จำนวน 25 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย การลดหรืองดสูบบุหรี่ การลดหรืองดดื่มสุรา การลดหรืองดอาหารเค็ม อาหารมัน การพักผ่อน การไปตรวจเช็คร่างกาย ลักษณะเป็นแบบจัดอันดับคุณภาพ (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 25 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อประเมินการดูแลสุขภาพตนเองในเมื่อมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ซึ่งคำตอบส่วนนี้จะไม่นำไปเกี่ยวข้องในการทดสอบสมมุติฐาน แต่จะนำไปประมวลเพื่อใช้ประโยชน์ในการอภิปรายผลและเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เกณฑ์การให้คะแนนของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ให้เกณฑ์ประเมินจากเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. แบบสอบถามวัดการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ให้คะแนนเป็นรายข้อดังนี้

ข้อความที่มีความหมาย	เชิงนิมิต	เชิงนิเสธ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

2. แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค หัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ให้คะแนนเป็นรายข้อดังนี้

ข้อความที่มีความหมาย	เชิงนิมิต	เชิงนิเสธ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	1
ปฏิบัติบางครั้ง	2	2
ไม่เคยปฏิบัติ	1	3

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเนื้อหารายละเอียดเกี่ยวโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีสร้างแบบสอบถาม จากเอกสารต่าง ๆ
3. สร้างแบบสอบถาม แล้วทำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรตรวจ เพื่อทำมาปรับปรุงแก้ไข

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. หาความเที่ยงตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรง เชิงพิณิจ (Face Validity) และพิจารณาข้อความให้ชัดเจนเหมาะสม นำแบบสอบถามมาปรับปรุง แก้ไข เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้ง

2. ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการนำแบบสอบถามไปทดสอบกับประชากรในหมู่บ้านเดียวกัน แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง นำมาตรวจให้คะแนน และทำการวิเคราะห์ข้อความรายข้อ และตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

2.1 วิเคราะห์ข้อความรายข้อของแบบสอบถามการรับรู้ และแบบสอบถามการปฏิบัติตนเอง นำคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม สูง-ต่ำ โดยใช้เทคนิค 25% และทดสอบด้วย t-test ข้อที่มีค่าตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไปถือว่าใช้ได้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 161)

2.2 การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) หาค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบาช (Cronbach 1970 : 161) ค่าซึ่งค่าที่คำนวณได้จากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช จะอยู่ระหว่าง 0-1 ค่าที่เข้าใกล้ 1 จะมีความเชื่อมั่นสูงแสดงว่าแบบสอบถามสามารถวัดในเนื้อหาเดียวกัน และวัดได้สอดคล้องกันทุกข้อ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2530 : 119) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ เท่ากับ .89 และ .80 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสูง สามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากนักจิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อขอความร่วมมือไปยังการนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและปลัดเทศบาลเมืองนนทบุรี

2. อบรมพนักงานเก็บข้อมูลจำนวน 10 คน เพื่อถ่ายทอด แนวคิด วิธีการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้อบรมเองใช้เวลาอบรม 1 วัน
3. ผู้วิจัยและพนักงานเก็บข้อมูลที่ผ่านการอบรมแล้วออกไปเก็บข้อมูลจากประชาชนตามบ้านเลขที่ต่าง ๆ ที่ลุ่มมาได้
4. เก็บรวบรวมข้อมูลจากพนักงานเก็บข้อมูลพิจารณาความสมบูรณ์ของแบบสอบถามปรากฏว่าแบบสอบถามที่สมบูรณ์ สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 400 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล
5. การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 สัปดาห์ คือตั้งแต่วันที่ 4-18 มกราคม 2537

วิธีจัดการกับข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 4 ตอน มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส เอ็กส์ (SPSS x Statistical Package for the Social Science Version 10) โดยทำตามลำดับดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม และคัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่สมบูรณ์ไว้
2. ตรวจสอบให้คะแนนข้อความแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. แบบสอบถาม ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ แยกตาม เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพทางการสมรส สถานภาพทางครอบครัว และแหล่งข้อมูลข่าวสาร นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบความเรียง
4. แบบสอบถาม ตอนที่ 2 วัดการรับรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ มะเร็ง นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) นำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ประเมินระดับการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่อง โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ มะเร็ง โดยส่วนรวมหรือเป็นรายข้ออาศัยค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ (Best. 1970 : 213-215)

ค่าเฉลี่ย		การรับรู้เชิงนิมาน	การรับรู้เชิงนิเสธ
2.50-3.00	หมายถึง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1.50-2.49	หมายถึง	ไม่แน่ใจ	ไม่แน่ใจ
1.00-1.49	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย

การจัดระดับการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง เป็นรายข้อ อาศัยคะแนนเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย		ระดับการรับรู้
2.50-3.00	หมายถึง	มีการรับรู้ที่ดี
1.50-2.49	หมายถึง	มีการรับรู้ค่อนข้างดี
1.00-1.49	หมายถึง	มีการรับรู้พอใช้

4. แบบสอบถาม ตอนที่ 3 การปฏิบัติตนเองในการป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) นำเสนอข้อมูลในรูปตารางประกอบความเรียง โดยใช้เกณฑ์ของค่าเฉลี่ย ดังนี้ (Best. 1970 : 213-215)

ค่าเฉลี่ย	การปฏิบัติเชิงนิมาน	การปฏิบัติเชิงนิเสธ
2.50 - 3.00	ปฏิบัติเป็นประจำ	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1.50 - 2.49	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
1.00 - 1.49	ไม่เคยปฏิบัติเลย	ปฏิบัติเป็นประจำ

การจัดระดับของการปฏิบัติ เรื่อง การปฏิบัติตนเองในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง โดยส่วนรวมหรือเป็นรายข้อ อาศัยคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ระดับการปฏิบัติ	
2.50 - 3.00	หมายถึง	ดีมาก
1.50 - 2.49	หมายถึง	พอใช้
1.00 - 1.49	หมายถึง	ไม่จำเป็นต้องปรับปรุง

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนเองในการป้องกันโรคดังกล่าว ตามตัวแปร เพศ โดยทดสอบค่าสถิติ ที (t-test)

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนเองในการป้องกันโรคดังกล่าว ตามตัวแปร อายุ รายได้ การศึกษา อาชีพ สถานภาพทางการสมรส สถานภาพทางครอบครัว และแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - way Analysis of Variance หรือ F-test)

6. หาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และ การปฏิบัติตนเองในการป้องกันโรคดังกล่าว โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยสูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} \quad (\text{Yamane. 1976 : 886})$$

เมื่อ n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 N แทน จำนวนประชากร
 e แทน ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (ในครั้งนี้อยู่ที่ 0.05)

2. หาค่าสถิติพื้นฐาน

2.1 หาค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N} \quad (\text{พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 46})$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ย
 $\sum X$ แทน ผลรวมคะแนนทั้งหมด
 N แทน จำนวนของประชากรในกลุ่มตัวอย่าง

2.2 หาค่าร้อยละ โดยใช้สูตร

$$P = \frac{f}{n} \times 100 \quad (\text{ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. 2531 : 59})$$

เมื่อ	p	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

2.3 หาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร

$$S = \sqrt{\frac{N\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2}{N(N-1)}} \quad (\text{พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 151})$$

เมื่อ	s	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
	ΣX^2	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\Sigma X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

3. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

3.1 หาดัชนีของความสอดคล้องของข้อคำถาม โดยใช้สูตร

$$IC = \frac{\Sigma R}{N} \quad (\text{พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 124})$$

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องของแบบทดสอบ
	ΣR	แทน	ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

3.2 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามวัดการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อ ด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และแบบสอบถามวัดการปฏิบัติตนในการป้องกันโรครดังกล่าว โดยใช้เทคนิค 25 เปอร์เซนต์ แล้วทดสอบด้านสถิติค่าที (t-test)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H^2 + S_L^2}{n}}} \quad (\text{พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 124})$$

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน t - distribution

$\bar{X}_H$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้คะแนนสูง

$\bar{X}_L$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้คะแนนต่ำ

S_H แทน ความแปรปรวนของกลุ่มที่ได้คะแนนสูง

S_L แทน ความแปรปรวนของกลุ่มที่ได้คะแนนต่ำ

n แทน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละกลุ่ม

3.3 การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อ ด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ มะเร็ง และแบบสอบถามวัดการปฏิบัติตนในการป้องกันโรครดังกล่าว ใช้สูตร สัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha-Coefficient) ของ ครอนบาช (Cronbach)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{S_i^2}{S_t^2} \right] \quad (\text{พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 132-133})$$

เมื่อ	α	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
	n	แทน	จำนวนข้อสอบ
	s_i^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	s_t^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ
	$\sum s_i^2$	แทน	ผลรวมของค่าความแปรปรวนเป็นรายข้อ

4. สถิติเพื่อใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

4.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรสดังกล่าว เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 9 โดยใช้สูตร t-test

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

(พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 173)

$$df = \frac{\left(\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2} \right)^2}{\frac{\left(\frac{s_1^2}{n_1} \right)^2}{n_1 - 1} + \frac{\left(\frac{s_2^2}{n_2} \right)^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
	$\bar{X}_1, \bar{X}_2$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
	s_1^2, s_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
	n_1, n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
	df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

4.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่อง โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนเองในการป้องกันโรสดังกล่าว ของกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 3 4 5 6 7 8 10 11 12 13 14 15 และ 16 โดยใช้สูตร

$$F = \frac{MS_b}{MS_w} \quad (\text{พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 247})$$

เมื่อ F แทน ค่าที่พิจารณาใน F-distribution
 MS_b แทน ค่า Mean Square ระหว่างกลุ่ม
 MS_w แทน ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม

ถ้าพบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธี นิวแมน - คูลส์ (Newman - Kuels Method) โดยใช้สูตร

$$q \cdot \sqrt{\frac{MS_w}{n}} \quad (\text{พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 231})$$

เมื่อ q แทน q - Statistic ที่ได้จากตาราง
 MS_w แทน ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม
 n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

4.3 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง กับ การปฏิบัติตนเองในการป้องกันโรครดังกล่าว โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน Pearson's product Moment Correlation Coefficient ใช้ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 17 โดยใช้สูตร

$$r_{xy} = \frac{N\Sigma XY - \Sigma X \Sigma Y}{\sqrt{[N\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2][N\Sigma Y^2 - (\Sigma Y)^2]}} \quad \text{(ทวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 153)}$$

ให้	x	เป็นคะแนนในชุดแรก	y	เป็นคะแนนในชุดหลัง
เมื่อ	r_{xy}	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	
	ΣXY	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนนทั้ง 2 ชุด	
	ΣX	แทน	ผลรวมของคะแนนในชุดแรก	
	ΣY	แทน	ผลรวมของคะแนนในชุดหลัง	
	ΣX^2	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนนในชุดแรก	
	ΣY^2	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนนในชุดหลัง	
	N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
- X แทน คะแนนเฉลี่ย
- S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- S^2 แทน ความแปรปรวน
- t แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
- F แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
- SS แทน Sum of Square
- MS แทน Mean of Square
- df แทน Degree of freedom
- r แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
- * แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- ** แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อของ ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี จากข้อมูลที่รวบรวมได้ โดยใช้แบบสอบถามกับ ประชาชนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทาง สถิติ แล้วนำเสนอผลการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์โดยทั่วไปของประชาชนเขตเมือง จังหวัด นนทบุรี โดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ และเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี โดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และตัดสินค่าระดับการรับรู้ โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินค่าเฉลี่ยของเบสท์ ดังนี้คือ

ค่าเฉลี่ย	ระดับความรู้
2.50 - 3.00	มีการรับรู้ดี
1.50 - 2.49	มีการรับรู้ค่อนข้างดี
1.00 - 1.49	มีการรับรู้พอใช้

ตอนที่ 3 วิเคราะห์การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี โดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และตัดสินค่าระดับการปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินค่าเฉลี่ยของเบสท์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ระดับการปฏิบัติ
2.50 - 3.00	ดีมาก
1.50 - 2.49	พอใช้
1.00 - 1.49	ไม่ดี ต้องปรับปรุง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่อง โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรสดังกล่าวของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีเพศต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 9 โดยการทดสอบค่าที (t-test)

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรสดังกล่าวของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพทางการสมรส สถานภาพทางครอบครัว และ

จำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) เมื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2-8, 10-16

เมื่อพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Kuels Method)

ตอนที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่อง โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดังกล่าวของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 17

ตอนที่ 7 วิเคราะห์การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ แล้วทำเสนอในรูปตาราง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร มีดังนี้

จำแนกตามเพศ พบว่า เป็นประชาชนชาย จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 ประชาชนหญิง จำนวน 250 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5

จำแนกตามอายุ พบว่าประชาชนมีอายุ 15 - 19 ปี จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 อายุ 20-29 ปี จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 26.8 อายุ 30-39 ปี จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 19.8 อายุ 40-49 ปี จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 20.5 อายุ 50-59 ปี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 11.5 และอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.5

จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ประชาชนไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ .3 การศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 19.3 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา 157 คน คิดเป็นร้อยละ 39.3 การศึกษาระดับอนุปริญญา 51

คน คิดเป็นร้อยละ 12.8 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า หรือสูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 28.5

จำแนกตามรายได้ พบว่า ประชาชนเขตเมือง มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 มีรายได้ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 32.5 และมีรายได้มากกว่า 8,000 บาทต่อเดือน จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 35.5

จำแนกตามสถานภาพทางการสมรส พบว่า ประชาชนเขตเมืองที่เป็นโสด จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 44.5 สมรสแล้วจำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 49.0 และหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 6.5

จำแนกตามสถานภาพทางครอบครัว พบว่า ประชาชนเขตเมืองเป็นพ่อบ้าน จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 16.5 เป็นแม่บ้านจำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 35.8 เป็นลูกจำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 45.8 และเป็นญาติจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0

จำแนกตามอาชีพ พบว่า ประชาชนเขตเมืองมีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 38.5 อาชีพเกษตรกรรมจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ .8 อาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัวจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 10.3 อาชีพรับจ้าง จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 35.3 อาชีพแม่บ้านจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 6.0 อาชีพนักเรียน/นักศึกษาจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 และอาชีพอื่น ๆ (ข้าราชการบำนาญ) จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.0

จำแนกตามแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่า ประชาชนเขตเมืองไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.3 ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก 1-2 แหล่ง จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0 ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก 3-4 แหล่ง จำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 46.0 ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก 5-6 แหล่งจำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 20.5 และได้รับข้อมูลข่าวสารจาก 7 - 8 แหล่งจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 4.3 ดังปรากฏตามตาราง 7

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	150	37.5
หญิง	250	62.5
รวม	400	100.0
อายุ		
15-19 ปี	80	20.0
20-29 ปี	107	26.8
30-39 ปี	79	19.8
40-49 ปี	82	20.5
50-59 ปี	46	11.5
60 ปีขึ้นไป	6	1.5
รวม	400	100.0

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1	.3
ประถมศึกษา	77	19.3
มัธยมศึกษา	157	39.3
อนุปริญญา	51	12.8
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า/ สูงกว่าปริญญาตรี	114	28.5
รวม	400	100.0
รายได้		
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	128	32.0
3,000-8,000 บาทต่อเดือน	130	32.5
มากกว่า 8,000 บาทต่อเดือน	142	35.5
รวม	400	100.0
สถานภาพทางการสมรส		
โสด	178	44.5
สมรสแล้ว	196	49.0
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	26	6.5
รวม	400	100.0

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพทางครอบครัว		
พ่อบ้าน	66	16.5
แม่บ้าน	143	35.8
ลูก	183	45.8
ญาติ	8	2.0
รวม	400	100.0
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	154	38.5
เกษตรกรรม	3	.8
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	41	10.3
รับจ้าง	141	35.3
แม่บ้าน	24	6.0
นักเรียน/นักศึกษา	33	8.3
อื่น ๆ (ข้าราชการบำนาญ)	4	1.0
รวม	400	100.0

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ		
ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร	5	1.3
ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก 1-2 แหล่ง	112	28.0
ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก 3-4 แหล่ง	184	46.0
ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก 5-6 แหล่ง	82	20.5
ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก 7-8 แหล่ง	17	4.3
รวม	400	100.0

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่อง โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง โดยหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และตัดสินค่าระดับการรับรู้ ดังปรากฏในตาราง 8

ตาราง 8 คะแนนเฉลี่ยและระดับการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่อง โรคหัวใจ และหลอดเลือดความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จำแนกตามตัวแปร

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S	ระดับการรับรู้
เพศ				
ชาย	150	2.52	.18	ดี
หญิง	250	2.52	.17	ดี
อายุ				
15-19 ปี	80	2.49	.17	ค่อนข้างดี
20-29 ปี	107	2.50	.17	ดี
30-39 ปี	79	2.55	.17	ดี
40-49 ปี	82	2.53	.18	ดี
50-59 ปี	46	2.56	.16	ดี
60 ปีขึ้นไป	6	2.59	.12	ดี
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	1	2.48	.00	ค่อนข้างดี
ประถมศึกษา	77	2.43	.21	ค่อนข้างดี
มัธยมศึกษา	157	2.51	.16	ดี
อนุปริญญา	51	2.56	.17	ดี
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า/ สูงกว่าปริญญาตรี	114	2.58	.15	ดี

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S	ระดับการรับรู้
รายได้				
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	128	2.46	.17	ค่อนข้างดี
3,000-8,000 บาทต่อเดือน	130	2.51	.18	ดี
มากกว่า 8,000 บาทต่อเดือน	142	2.59	.15	ดี
สภาพทางการเงินการสมรส				
โสด	178	2.52	.17	ดี
สมรสแล้ว	196	2.52	.18	ดี
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	26	2.56	.15	ดี
สภาพทางการเงินครอบครัว				
พ่อบ้าน	66	2.53	.16	ดี
แม่บ้าน	143	2.54	.18	ดี
ลูก	183	2.51	.17	ดี
ญาติ	8	2.46	.26	ค่อนข้างดี
อาชีพ				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	154	2.57	.15	ดี
เกษตรกรรม	3	2.49	.13	ค่อนข้างดี
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	41	2.50	.19	ดี
รับจ้าง	141	2.49	.18	ค่อนข้างดี
แม่บ้าน	24	2.47	.21	ค่อนข้างดี
นักเรียน/นักศึกษา	33	2.47	.15	ค่อนข้างดี
อื่น ๆ (ข้าราชการบำนาญ)	4	2.62	.10	ดี

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S	ระดับการรับรู้
แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ				
ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร	5	2.41	.29	ค่อนข้างดี
ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก 1-2 แหล่ง	112	2.50	.19	ดี
ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก 3-4 แหล่ง	184	2.55	.16	ดี
ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก 5-6 แหล่ง	82	2.51	.14	ดี
ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก 7-8 แหล่ง	17	2.50	.19	ดี
รวม	400	2.52	.17	ดี

จากตาราง 8 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคไม่ติดต่อ 2.52 อยู่ในระดับดี

จำแนกตามเพศ พบว่า ประชาชนชายมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อเท่ากับประชาชนเพศหญิง คือ 2.52 และอยู่ในระดับดี

จำแนกตามอายุ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อของประชาชนกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือมีคะแนนเฉลี่ย 2.59 รองลงมาคือประชาชนกลุ่มอายุ 50-59 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 2.56 ประชาชนกลุ่มอายุ 30-39 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 2.55 ประชาชนกลุ่มอายุ 40-49 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 2.53 ประชาชนกลุ่มอายุ 20-29 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 2.50 ตามลำดับ ซึ่งทุกกลุ่มอายุดังกล่าวมีระดับการรับรู้ดี ส่วนกลุ่มอายุ 15-19 ปี มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ 2.49 มีระดับการรับรู้ค่อนข้างดี

จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ประชาชนเขตเมืองที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่อง

โรคไม่ติดต่อสูงสุด คือ 2.58 อยู่ในระดับดี รองลงมาคือกลุ่มที่มีการศึกษาระดับอนุปริญา มิคะแนนเฉลี่ย 2.56 อยู่ในระดับดี และกลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มิคะแนนเฉลี่ย 2.51 อยู่ในระดับดี ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา มิคะแนนเฉลี่ย 2.48 และ กลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มิคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ 2.43 ซึ่งทั้งสองกลุ่มมี ระดับการรับรู้ค่อนข้างดี

จำแนกตามรายได้ พบว่า ประชาชนเขตเมืองกลุ่มมีรายได้มากกว่า 8,000 บาทต่อเดือน มิคะแนนเฉลี่ย การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อสูง กว่าประชาชนที่มีรายได้น้อยกว่า คือมิกะแนนเฉลี่ย 2.59 อยู่ในระดับดี รองลงมาคือกลุ่มที่มี รายได้ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน มิคะแนนเฉลี่ย 2.51 อยู่ในระดับดี ส่วนกลุ่มที่มี รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน มิคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ 2.46 อยู่ในระดับค่อนข้างดี

จำแนกตามสถานภาพทางการสมรส พบว่า ประชาชนเขตเมืองที่เป็นหม้าย/หย่า ร้าง/แยกกันอยู่ มิคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ ติดต่อสูงกว่ากลุ่มประชาชนที่มีการสมรสแล้ว และโสดคือมิกะแนนเฉลี่ย 2.56 2.52 และ 2.52 ตามลำดับ และอยู่ในระดับดี

จำแนกตามสถานภาพทางครอบครัว พบว่า ประชาชนเขตเมืองที่เป็นแม่บ้านมี คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อ สูงกว่าพ่อบ้าน และ ลูก คือมิกะแนนเฉลี่ย 2.54 2.53 และ 2.51 ตามลำดับ การรับรู้อยู่ในระดับดี ส่วน กลุ่มญาติมิกะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่ำสุดคือ คะแนนเฉลี่ย 2.46 อยู่ในระดับค่อนข้างดี

จำแนกตามอาชีพ พบว่า ประชาชนเขตเมืองที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ มี คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงสุดคือ มิคะแนนเฉลี่ย 2.62 รองลงมาคือกลุ่มอาชีพรับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ และอาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัว คือมิกะแนนเฉลี่ย 2.57 และ 2.50 ตามลำ ดับ อยู่ในระดับดี กลุ่มอาชีพเกษตรกรรวม อาชีพรับจ้าง มิคะแนนเฉลี่ยเท่ากันคือ 2.49 อยู่ในระดับดี ส่วนกลุ่มอาชีพนักเรียน/นักศึกษา กลุ่มแม่บ้าน ที่มีคะแนนต่ำสุดคือคะแนน เฉลี่ย 2.47 อยู่ในระดับดี

จำแนกตามแหล่งการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่า ประชาชนเขตเมือง กลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลข่าวสาร 3-4 แหล่งมิกะแนนเฉลี่ย

การรับรู้สูงสุด คือมีคะแนนเฉลี่ย 2.55 รองลงมาเป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก 5-6 แหล่ง มีคะแนนเฉลี่ย 2.51 และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก 7-8 แหล่ง และ 1-2 แหล่ง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือคะแนนเฉลี่ย 2.50 ซึ่งทุกกลุ่มอยู่ในระดับดี ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเลย มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 2.41 อยู่ในระดับค่อนข้างดี

ตอนที่ 3 วิเคราะห์การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง โดยหาค่าเฉลี่ย ค่า
เบี่ยงเบนมาตรฐาน และตัดสินค่าระดับการปฏิบัติ ดังปรากฏในตาราง 9

ตาราง 9 คะแนนเฉลี่ยและระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จำแนกตามตัวแปร

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
เพศ				
ชาย	150	2.15	.17	พอใช้
หญิง	250	2.21	.18	พอใช้
อายุ				
15-19 ปี	80	2.17	.15	พอใช้
20-29 ปี	107	2.16	.18	พอใช้
30-39 ปี	79	2.17	.16	พอใช้
40-49 ปี	82	2.22	.20	พอใช้
50-59 ปี	46	2.24	.17	พอใช้
60 ปีขึ้นไป	6	2.37	.14	พอใช้

ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	1	2.04	.00	พอใช้
ประถมศึกษา	77	2.12	.17	พอใช้
มัธยมศึกษา	157	2.19	.16	พอใช้
อนุปริญญา	51	2.20	.16	พอใช้
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า/ สูงกว่าปริญญาตรี	114	2.23	.19	พอใช้
รายได้				
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	128	2.18	.15	พอใช้
3,000-8,000 บาทต่อเดือน	130	2.15	.17	พอใช้
มากกว่า 8,000 บาทต่อเดือน	142	2.23	.19	พอใช้
สถานภาพทางการสมรส				
โสด	178	2.18	.16	พอใช้
สมรสแล้ว	196	2.19	.18	พอใช้
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	26	2.25	.19	พอใช้
สถานภาพทางครอบครัว				
พ่อบ้าน	66	2.16	.17	พอใช้
แม่บ้าน	143	2.22	.19	พอใช้
ลูก	183	2.17	.16	พอใช้
ญาติ	8	2.18	.18	พอใช้

ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
อาชีพ				
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	154	2.22	.17	พอใช้
เกษตรกรกรรม	3	2.16	.18	พอใช้
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	41	2.14	.21	พอใช้
รับจ้าง	141	2.17	.17	พอใช้
แม่บ้าน	24	2.17	.14	พอใช้
นักเรียน/นักศึกษา	33	2.18	.17	พอใช้
อื่น ๆ (ข้าราชการบำนาญ)	4	2.35	.22	พอใช้
แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ				
ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร	5	2.05	.21	พอใช้
ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก 1-2 แหล่ง	112	2.18	.15	พอใช้
ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก 3-4 แหล่ง	184	2.19	.18	พอใช้
ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก 5-6 แหล่ง	82	2.20	.18	พอใช้
ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก 7-8 แหล่ง	17	2.13	.25	พอใช้
รวม	400	2.19	.18	พอใช้

จากตาราง 9 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี มีคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ 2.19 อยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อพิจารณาตามตัวแปรต่าง ๆ ที่ศึกษาแล้วอยู่ในระดับพอใช้ด้วย

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความแตกต่างของการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตน ในการป้องกันโรครดังกล่าวของประชาชนเขตเมือง ที่มีเพศต่างกัน ดังปรากฏตามตาราง 10-11

ตาราง 10 ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรค หัวใจหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จำแนกตามเพศ

เพศ	N	$\bar{X}$	S	t
ชาย	150	2.52	.18	.13
หญิง	250	2.52	.18	

จากตาราง 10 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีเพศต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

ตาราง 11 ความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จำแนกตามเพศ

เพศ	N	$\bar{X}$	S	t
ชาย	150	2.15	.17	3.54**
หญิง	250	2.22	.17	

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 11 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีเพศต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความแตกต่างของการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดังกล่าวของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มี อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพทางการสมรส สถานภาพทางครอบครัว และ แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ที่แตกต่างกัน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

เมื่อพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ ตามวิธีของนิวแมน-คูลส์ ดังปรากฏในตาราง 12-30

ตาราง 12 ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ				
เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง				
ระหว่างกลุ่ม	5	.31	.06	2.09
ภายในกลุ่ม	394	11.83	.03	
รวม	399	12.14		

จากตาราง 12 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีอายุต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2

ตาราง 13 ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง				
ระหว่างกลุ่ม	5	.52	.10	3.48**
ภายในกลุ่ม	394	11.82	.03	
รวม	399	12.34		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 13 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 และเพื่อให้ทราบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตนเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 14

ตาราง 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและ
หลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง จำแนกตามอายุเป็นรายคู่

อายุ	20-29 ปี	15-19 ปี	30-39 ปี	40-49 ปี	50-59 ปี	60 ปีขึ้นไป
$\bar{X}$	2.16	2.17	2.17	2.22	2.24	2.37
20-29 ปี	2.16	-	0.01	0.01	0.06	0.08
15-19 ปี	2.17	-	0.00	0.05	0.07	0.21
30-39 ปี	2.17		-	0.05	0.07	0.20*
40-49 ปี	2.22			0.05	0.07	0.20
50-59 ปี	2.24			-	0.20	0.15
60 ปีขึ้นไป	2.37				-	0.13

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง แตกต่างกับประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนประชาชนเขตเมืองกลุ่มอายุอื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 15 ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่อง โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชน เขตเมือง จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง				
ระหว่างกลุ่ม	4	1.15	.29	10.31**
ภายในกลุ่ม	395	11.00	.03	
รวม	399	12.15		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 15 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่อง โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 และเพื่อให้ทราบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้เป็นรายคู่จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 16

ตาราง 16 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่อง โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง จำแนกตาม ระดับการศึกษา เป็นรายคู่

ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	ไม่ได้รับ การศึกษา	มัธยม ศึกษา	อนุปริญญา	ปริญญาตรี ขึ้นไป
$\bar{X}$	2.43	2.48	2.51	2.56	2.58
ประถมศึกษา	2.43	-	0.05	0.08*	0.13*
ไม่ได้รับการศึกษา	2.48	-	0.03	0.08	0.10
มัธยมศึกษา	2.51		-	0.05	0.07*
อนุปริญญา	2.56			-	0.02
ปริญญาตรีขึ้นไป	2.58				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 16 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีความรู้ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง แตกต่างกับประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา มีการรับรู้แตกต่างจากประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีการรับรู้แตกต่างจากประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีการรับรู้แตกต่างจากประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และระดับอนุปริญญา มีการรับรู้ไม่แตกต่างกันกับประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป

ตาราง 17 ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งของประชาชนเขตเมือง จัหวัดนนทบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง				
ระหว่างกลุ่ม	4	.53	.13	4.47**
ภายในกลุ่ม	395	11.81	.02	
รวม	399	12.34		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 17 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จัหวัดนนทบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 11 และเพื่อให้ทราบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตน เป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏในตาราง 18

ตาราง 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา เป็นรายคู่

ระดับการศึกษา		ประถมศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	มัธยมศึกษา	อนุปริญญา	ปริญญาตรีขึ้นไป
	$\bar{x}$	2.04	2.12	2.19	2.20	2.22
ประถมศึกษา	2.04	-	0.08	0.15	0.16	0.18
ไม่ได้รับการศึกษา	2.12		-	0.07*	0.08*	0.10*
มัธยมศึกษา	2.19			-	0.01	0.03
อนุปริญญา	2.20				-	0.02
ปริญญาตรีขึ้นไป	2.22					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่าประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกับประชาชนเขตเมือง ที่มีไม่ได้รับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่าขึ้นไป กับประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา และประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่าง

ตาราง 19 ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ
เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของ
ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง				
ระหว่างกลุ่ม	2	1.01	.51	18.01**
ภายในกลุ่ม	397	11.14	.03	
รวม	399	12.15		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 19 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีรายได้ต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 และเพื่อให้ทราบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้เป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls Methods) ดังปรากฏตามตาราง 20

ตาราง 20 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่อง โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของ ประชาชนเขตเมือง จัหวัดนนทบุรี จำแนกตามรายได้เป็นรายคู่

รายได้	ต่ำกว่า 3,000 บาท		3,000-8,000 บาท		มากกว่า 8,000 บาท	
	ต่ำกว่า 3,000 บาท		3,000-8,000 บาท		มากกว่า 8,000 บาท	
	$\bar{X}$		$\bar{X}$		$\bar{X}$	
	2.47		2.51		2.59	
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	2.47	-	0.04		0.12 [*]	
3,000-8,000 บาทต่อเดือน	2.51		-		0.08 [*]	
มากกว่า 8,000 บาทต่อเดือน	2.59				-	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 20 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จัหวัดนนทบุรี ที่มีรายได้ตั้งแต่ 8,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่อง โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง แตกต่างกับกับประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้มากกว่า 8,000 บาทต่อเดือน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อเรื่องโรคไม่ติดต่อ แตกต่างกับกับประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ตั้งแต่ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 21 ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและ
และหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งของประชาชนเขตเมือง
จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การปฏิบัติตนในการป้องกัน เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง				
ระหว่างกลุ่ม	2	.41	.21	6.87**
ภายในกลุ่ม	397	11.93	.03	
รวม	399	12.34		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 21 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีรายได้ต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 12 และเมื่อทราบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตนเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏในตาราง 22

ตาราง 22 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามรายได้

รายได้	$\bar{X}$	ต่ำกว่า 3,000 บาท	3,000-8,000 บาท	8,000 บาท ขึ้นไป
		2.47	2.51	2.59
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	2.16	-	0.02	0.07*
3,000-8,000 บาทต่อเดือน	2.18		-	0.05*
8,000 บาทขึ้นไป	2.23			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีรายได้ 8,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง แตกต่างกับประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ 8,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกับประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน กับประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน พบว่าไม่มีความแตกต่าง

ตาราง 23 ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง				
ระหว่างกลุ่ม	6	.72	.12	4.13**
ภายในกลุ่ม	393	11.42	.03	
รวม	399	12.14		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 23 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีอาชีพต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่อง โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 และเพื่อให้ทราบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้ เป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย เป็นรายคู่ โดยวิธีนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 24

ตาราง 24 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจ และหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	นักเรียน เกษตร รับจ้าง ประกอบ รับราชการ/ อื่น ๆ							
	แม่บ้าน	นักศึกษา	กรรม	ธุรกิจส่วนตัว	รัฐวิสาหกิจ			
	$\bar{X}$	2.47	2.47	2.49	2.50	2.50	2.57	2.62
แม่บ้าน	2.47	-	0.00	0.02	0.03	0.03	0.10	0.15
นักเรียน/นักศึกษา	2.47		-	0.02	0.03	0.03	0.10 [*]	0.15
เกษตรกรกรรม	2.49			-	0.01	0.01	0.08	0.13
รับจ้าง	2.50				-	0.00	0.07 [*]	0.12
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	2.50					-	0.07 [*]	0.12
รับราชการ/	2.57						-	0.05
รัฐวิสาหกิจ								
อื่น ๆ	2.62							-
(ข้าราชการบำนาญ)								

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 24 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ นักเรียน/นักศึกษา อาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัวและอาชีพรับจ้าง มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวานและมะเร็ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนประชาชนเขตเมืองที่มีอาชีพอื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่าง

ตาราง 25 ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จัหวัดนนทบุรี จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การปฏิบัติตนเองในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง				
ระหว่างกลุ่ม	6	.37	.06	2.02
ภายในกลุ่ม	393	11.97	.03	
รวม	399	12.34		

จากตาราง 25 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จัหวัดนนทบุรี ที่มีอาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จัหวัดนนทบุรี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 13

ตาราง 26 ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรสดังกล่าวของประชาชน เขตเมือง จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามสถานภาพทางการสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง				
ระหว่างกลุ่ม	2	.04	.02	.70
ภายในกลุ่ม	397	12.10	.03	
รวม	399	12.14		
การปฏิบัติตนเองในการป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดัน โลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง				
ระหว่างกลุ่ม	2	.14	.07	2.25
ภายในกลุ่ม	397	12.20	.03	
รวม	399	12.34		

จากตาราง 26 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีสถานภาพทางการสมรสต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และปฏิบัติตนเองในการป้องกันโรสดังกล่าว ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6, 14

ตาราง 27 ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามสถานภาพทางครอบครัว

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง				
ระหว่างกลุ่ม	3	.07	.02	.48
ภายในกลุ่ม	396	12.07	.03	
รวม	399	12.14		

จากตาราง 27 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีสถานภาพทางครอบครัวต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 7

ตาราง 28 ความแปรปรวนของคะแนนปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามสถานภาพทางครอบครัว

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การปฏิบัติตนเองในการป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง				
ระหว่างกลุ่ม	3	.27	.09	2.91**
ภายในกลุ่ม	396	12.07	.03	
รวม	399	12.34		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 28 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีสถานภาพทางครอบครัวต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 15 และเพื่อให้ทราบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 29

ตาราง 29 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามสถานภาพทางครอบครัวเป็นรายคู่

สถานภาพทางครอบครัว		พ่อบ้าน	ลูก	ญาติ	แม่บ้าน
	$\bar{X}$	2.16	2.17	2.18	2.22
พ่อบ้าน	2.16	-	0.01	0.02	0.06
ลูก	2.17		-	0.01	0.05*
ญาติ	2.18			-	0.04
แม่บ้าน	2.22				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 29 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีสถานภาพทางครอบครัวเป็นแม่บ้าน และลูก มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนประชาชนเขตเมือง ที่มีสถานภาพทางครอบครัวอย่างอื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่าง

ตาราง 30 ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดังกล่าวของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ตามแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด				
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง				
ระหว่างกลุ่ม	4	.24	.06	2.03
ภายในกลุ่ม	395	11.90	.03	
รวม	399	12.14		
การปฏิบัติตนในการป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด				
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง				
ระหว่างกลุ่ม	4	.14	.03	1.16
ภายในกลุ่ม	395	12.20	.03	
รวม	399	12.34		

จากตาราง 30 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากจำนวนแหล่งต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรครดังกล่าวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8,16

ตอนที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนเองในการป้องกันโรครดังกล่าว ของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ดังปรากฏในตาราง 31

ตาราง 31 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรครดังกล่าวของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี

ตัวแปร	N	r
การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรครดังกล่าว	400	.19**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 31 แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรครดังกล่าว ของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี มีความสัมพันธ์เชิงบวกที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

ตอนที่ 7 การวิเคราะห์การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี

ตาราง 32 การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง

การดูแลสุขภาพตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
1. ท่านเคยปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หรือไม่		
เคย	321	80.2
ไม่เคย	79	19.8
2. ถ้าเคยตามข้อ 1 ท่านจะรักษาอาการนั้นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
1. ปล่อยให้หายเอง	139	34.8
2. ปรึกษาเพื่อน/หาหมอมกลางบ้าน	40	10.0
3. ใช้สมุนไพร	16	4.0
4. ไปสถานบริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข	193	48.3
5. ซื้อยารับประทานเอง	144	36.0
6. ทำสมาธิ/ออกกำลังกาย	42	10.5

ตาราง 32 (ต่อ)

การดูแลสุขภาพตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
3. โดยทั่วไปแล้วเมื่อมีอาการมากขึ้น ท่านจะรักษาอาการนั้นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
1. ปลดปล่อยให้หายเอง	55	13.8
2. ปรึกษาเพื่อน/หาหมอมกลางบ้าน	29	7.3
3. ใช้สมุนไพร	10	2.5
4. ไปสถานบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข	282	70.5
5. นั้งสมาธิ ออกกำลังกาย	20	5.0

จากตาราง 32 แสดงว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี มีการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ดังนี้คือ มีผู้เคยปวดศีรษะ อ่อนเพลีย และเหนื่อยง่าย 321 คน คิดเป็นร้อยละ 80.3 ไม่เคยป่วย 79 คน คิดเป็นร้อยละ 19.38 และผู้ที่เคยปวดศีรษะ อ่อนเพลีย และเหนื่อยง่าย จะไปรับการรักษาที่สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมากที่สุด คือ 193 คน คิดเป็นร้อยละ 48.3 รองลงมาจะซื้อยารับประทานเอง จำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 36 และปลดปล่อยให้หายเอง ทำสมาธิ และออกกำลังกาย ปรึกษาเพื่อน/หาหมอมกลางบ้าน และใช้สมุนไพร จำนวน 139 42 40 และ 16 คิดเป็นร้อยละ 34.8 10.5 10.0 และ 4.0 ตามลำดับ

และโดยทั่วไปเมื่อมีอาการมากขึ้น ประชาชนเขตเมือง จะไปรับการรักษาที่สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมากที่สุด จำนวน 282 คน คิดเป็นร้อยละ 70.5 รองลงมาปลดปล่อยให้หายเอง ปรึกษาเพื่อน/หาหมอมกลางบ้าน นั้งสมาธิและออกกำลังกาย และใช้สมุนไพร จำนวน 55 29 20 และ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 13.8 7.3 5.0 และ 2.5 ตามลำดับ

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อทราบถึงการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง
2. เพื่อทราบกระบวนการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อ
3. เพื่อทราบปัจจัยสำคัญบางประการที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อ

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนชายหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล สุขาภิบาล อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 คนซึ่งได้มาโดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของยามาเน และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มี 4 ตอน ประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถามแบบสอบถามวัดการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคไม่ติดต่อได้แก่โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง แบบสอบถามวัดการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ และแบบสอบถามเพื่อประเมินการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลได้ดำเนินการวิเคราะห์ตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ และเสนอเป็นตาราง
2. วิเคราะห์สัณฐานชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อด้านการรับรู้และการปฏิบัติตนตามตัวแปร โดยการหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าคะแนนความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) นำเสนอเป็นตาราง
3. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อกของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 1 และ 9
4. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคไม่ติดต่อ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อกของกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มขึ้นไป โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2-8, 10-16 หากผลการทดสอบค่าเอฟ (F-test) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงจะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Methods)
5. วิเคราะห์หาลัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนสัณฐานชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ด้านการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ โดยการหาลัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากผลคูณของคะแนนของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment of Correlation) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 17

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลจากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นชายร้อยละ 37.5 หญิงร้อยละ 62.5 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 26.8 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 39.3 รายได้ 8,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป ร้อยละ 35.5 สมรส

แล้วร้อยละ 49.0 สถานภาพทางครอบครัวเป็นลูกร้อยละ 45.8 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 38.5 และได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 3-4 แหล่ง ร้อยละ 46.0

ส่วนผลชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ด้านการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคไม่ติดต่อ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อนั้น ปรากฏว่า

1. ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคไม่ติดต่อนี้ในระดับ ดี

2. ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อนี้ในระดับ พอใช้

3. ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีเพศต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน แต่มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยประชาชนหญิงมีการปฏิบัติตนดีกว่าเพศชาย

4. ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีอายุต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน

5. ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยระดับอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการปฏิบัติตนดีกว่าประชาชนที่ระดับอายุ 30-39 ปี

6. ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6.1 ประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรี หรือเทียบเท่าขึ้นไป มีการรับรู้ดีกว่าประชาชนที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และระดับประถมศึกษา

6.2 ประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา มีการรับรู้ดีกว่าประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

6.3 ประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีการรับรู้ดีกว่าประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

7. ประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7.1 ประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อดีกว่าประชาชนที่ไม่ได้รับการศึกษา

7.2 ประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อดีกว่า ประชาชนที่ไม่ได้รับการศึกษา

7.3 ประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ดีกว่าประชาชนที่ไม่ได้รับการศึกษา

8. ประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคไม่ติดต่อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

8.1 ประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ตั้งแต่ 8,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคไม่ติดต่อดีกว่าประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 ต่อเดือน

8.2 ประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ 8,000 บาทต่อเดือน ขึ้นไปมีการรับรู้ดีกว่าประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000-8,000 บาทต่อเดือน

9. ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีรายได้ต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

9.1 ประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ 8,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อดีกว่าประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

9.2 ประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ 8,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อดีกว่าประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน

10. ประชาชนเขตเมืองที่มีอาชีพต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคไม่ติดต่อ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยประชาชนเขตเมืองที่มีอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพดีกว่าประชาชนเขตเมืองที่มีอาชีพนักเรียน/นักศึกษารับจ้าง และ อาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัว

11. ประชาชนเขตเมืองที่มีอาชีพต่างกันมีการปฏิบัติตน ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน

12. ประชาชนเขตเมืองที่มีสถานภาพทางการสมรสต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน

13. ประชาชนเขตเมืองที่มีสถานภาพทางครอบครัวต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่อง โรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน

14. ประชาชนเขตเมืองที่มีสถานภาพทางครอบครัวต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยประชาชนเขตเมืองที่เป็นแม่บ้านปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อดีกว่าประชาชนเขตเมืองที่มีสถานภาพเป็นลูก

15. ประชาชนเขตเมืองที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากจำนวนแหล่งต่าง ๆ มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยอภิปรายได้ดังนี้

1. ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับดี มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคอยู่ในระดับพอใช้อาจเนื่องมาจากจังหวัดนนทบุรี เป็นจังหวัดในเขตปริมณฑล มีอาณาเขตติดต่อกับกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารทั้งทางโทรทัศน์ วิทยุ และหนังสือพิมพ์ ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มีโอกาสรับข้อมูลข่าวสารมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขได้เผยแพร่ผ่านสื่อต่าง ๆ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพอนามัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นซึ่งเป็นไปตามนโยบายการพัฒนาสาธารณสุข ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ข้อที่ 6 กล่าวว่าปรับปรุง และพัฒนา

ขบวนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนให้มีประสิทธิภาพและกว้างขวาง (นโยบายการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ในแผนงานสุขภาพศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2535-2539) 2536 5-57) นอกจากนั้น ยังมีหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนได้ดำเนินการสอดคล้องกับแผนพัฒนาสาธารณสุขดังกล่าว โดยการรณรงค์เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพอย่างแพร่หลายและต่อเนื่อง เช่น มูลนิธิหมอชาวบ้าน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น นอกจากนี้ ประชาชนเขตเมืองจังหวัดนนทบุรี ยังมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข เลี้ยงตามสายหรือหอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน และการจัดนิทรรศการต่าง ๆ ตามสถานบริการสาธารณสุขตามแผนการให้สุขภาพของจังหวัดและในกรณีที่ประชาชนที่เด็กนักเรียนนักศึกษาอยู่ในโรงเรียนก็ยังได้รับข้อมูลข่าวสารจากครูด้วย จึงเป็นเหตุให้ประชาชนเขตเมืองมีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ระดับดี ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับพนอ ทิพย์นิมลรัตน์ (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดชุมพร ผลการศึกษพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีเจตคติดี และสอดคล้องกับการศึกษาค้นคว้าของ อุบล ตูลยาภรณ์ (2533 : 90) ที่ศึกษาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท้องถิ่นในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีเจตคติเกี่ยวกับงานสุขภาพอยู่ในระดับดี

แต่ประชาชนเขตเมืองจังหวัดนนทบุรี มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับพอใช้ เนื่องจากตามปกติแล้ว พฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดแต่ละอย่างมักไม่เกิดขึ้นโดยอิสระมีการเกิดขึ้นรวม ๆ และพึ่งพาอาศัยกัน (สุชาติ โสมประยูร 2525 : 48) การเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพหรือหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านใดด้านหนึ่งย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอื่นด้วย (นิภา มนูญิจ 2528 : 20) แต่เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ (Health Belief Model) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรคบุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมี ความรุนแรงต่อ

ชีวิตเขาพอสมควร และการปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงการเป็นโรค จะให้ผลดีแก่เขาในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งไม่ควรมัวอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก เป็นต้น (Rosenstock, 1974 : 354-385) ซึ่งประชาชนเขตเมืองส่วนใหญ่จะมีการรับรู้ แต่อาจไม่ได้รับรู้ถึงระดับที่ว่าตนเองเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ จึงยังคงปฏิบัติตนตามลีลาการดำเนินชีวิตตามปกติต่อไป ทำให้การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อกันอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งสอดคล้องกับ พนอ ทิพย์นิมลรัตน์ (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดชุมพร ผลการศึกษพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับพอใช้ และสอดคล้องกับ ช่อเพชร บุรศิริรักษ์ (2532 : 74) ได้ศึกษาเรื่องความรู้เรื่องวัตถุเจือปนในอาหาร และการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษพบว่า มีการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันอยู่ในระดับพอใช้

2. การเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดังกล่าวของประชาชนเขตเมือง ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางการสมรส สถานภาพทางครอบครัว และแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผลการศึกษพบว่า

2.1 ประชาชนเขตเมืองเพศชาย และเพศหญิงมีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อกันไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยไม่สอดคล้องตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าประชาชนเขตเมืองที่มีเพศต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อกันแตกต่างกันเนื่องจากโดยปกติแล้วทั้งเพศชายและหญิง มีโอกาสเท่าเทียมกันในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากสื่อมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วารสารและสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ เท่ากันทำให้ประชาชนชายหญิงมีการรับรู้ไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับมยุณา ช่างวิญญู (2534 : 88) ที่พบว่า นักศึกษาชาย และหญิงของวิทยาลัยพลศึกษามีความรู้ เจตคติ เกี่ยวกับการป้องกันการบาดเจ็บทางกีฬาไม่แตกต่างกัน และ นิตยา ภาสรัตน์ (2529 : 74) ที่พบว่า ชาย และ

หญิง มีความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และ สุขภาพ ไบแก้ว (2528 : 114) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชายและหญิง มีความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมไม่แตกต่างกัน นอกจากนั้น เกษม แก้วดำ (2529 : 119) ได้ศึกษาพบว่าเจตคติ ของนักศึกษาวิทยาลัยครูระดับปริญญาชายและหญิงที่มีต่อกิจกรรมกลุ่มด้านพลศึกษาไม่แตกต่างกัน

การปฏิบัติตนเองในการป้องกันโรคติดต่อ นั้น ผลการศึกษาพบว่าแตกต่างกันซึ่ง สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 9 ที่ว่า ประชาชนเขตเมืองที่มีเพศต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนดีกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา และการปรับตัวด้านจิตใจ เนื่องจากความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับ รวมทั้งมีทัศนคติต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน นอกจากนี้เพศทำให้เกิดความแตกต่างทางเสรีภาพในบุคคล ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองด้วย และบทบาทของเพศย่อมมีส่วนสำคัญต่อการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทที่รับผิดชอบ ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดบทบาทในการเป็นผู้ดูแล จึงพบว่าเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเอง ได้ดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย (นัยนา นิลพนธ์นิษฐา. 2535 : 26) ซึ่งการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับ อัจฉรา เกิดมงคล (2529 : บทคัดย่อ) และเจลา เพียรชอบ (2529 : บทคัดย่อ) พบว่า เพศหญิงสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับงานวิจัยของจิรศักดิ์ เจริญพันธุ์ (2534 : 93) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในจังหวัดมุกดาหารผลการศึกษาพบว่า นักเรียนหญิงมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับดีกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2 ประชาชนเขตเมืองที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 แต่การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 10 เหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากจากอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลเกี่ยวข้องกับวิถีทางสุขภาพ โดยเหตุที่ว่าผู้ที่มีอายุน้อยมักคิดว่าตนเองมีสุขภาพอนามัยแข็งแรงจึงเป็นผลให้ไม่สนใจในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง (วาสนา ปรุณณวิวัฒน์ 2532 : 13;

อ้างอิงจาก Lowerstein and Rinehasted by Kranpitz 1981 : 254) ส่วนวัยผู้ใหญ่ ถึงแม้จะมีการพัฒนาอย่างสมบูรณ์แล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีพฤติกรรมบางอย่างมีผลต่อเนื่องมาจากวัยรุ่น เช่น การสูบบุหรี่ ซึ่งต้องใช้เวลานานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง จึงทำให้ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เรมวอล นันท์คุวัฒน์ (2524 : 80-83) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพ

ส่วนการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่าแตกต่างกัน โดยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อดีกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ซึ่งจากการที่โอเร็ม (นัยนา นิลพัฒน์วิเศษ 2535 : 25-37 ; อ้างอิงจาก Orem. 1991 : 117) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลสุขภาพขึ้นอยู่กับอายุ โดยเริ่มพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก และการพัฒนาจะสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้อายุเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย การเรียนรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจ บุคคลที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมในการตอบสนองเมื่อเผชิญปัญหาแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ สุระวิทย์ มโนธรรม (2535 : บทคัดย่อ) พบว่ามารดาที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี แตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีระดับอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งตกเป็นกลุ่มตัวอย่างเพียง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.5 และส่วนใหญ่เป็นข้าราชการบำนาญมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อดีกว่าประชาชนเขตเมืองกลุ่มที่มีอายุ 30-39 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประชาชนเขตเมืองในวัย 30-39 ปี ร่างกายมีความแข็งแรง อยู่ในวัยทำงาน จะมีเจตคติและความพอใจ โดยเฉพาะในเรื่องอาชีพ การเลือกคู่ครอง และการมีครอบครัว ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำให้ความสนใจมากที่สุด (สุรางค์ จันท์เอม. 2525 : 82) ส่วนประชาชนวัย 60 ปีขึ้นไปเป็นบุคคลที่สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยสุดท้ายของชีวิต เป็นช่วงที่ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว และสังคมซึ่งมีหน่วยงานมากมาย ทั้งภาครัฐและเอกชนได้ตระหนักและให้ความสนใจกับประชาชนกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น เช่น กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น ได้ดำเนินการช่วยเหลือทั้งทางด้านอุปโภคและด้านบริโภค รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่าง

ต่อเนื่อง นอกจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนให้จังหวัดต่าง ๆ ดำเนินการจัดตั้งเป็นชมรมผู้สูงอายุขึ้น เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบกับผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีเวลาว่างจากภาระกิจหลัก จึงทำให้มีโอกาสรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มากขึ้น รวมทั้งการมีประสบการณ์ที่ผ่านมามาตลอดช่วงชีวิตทำให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักถึงสุขภาพตนเอง จึงปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ได้ดีกว่าประชากรวัยอื่น ๆ

2.3 ประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 และ ข้อ 11 การศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษา มีอิทธิพลทำให้วิถีชีวิตทางสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลมีการศึกษาสูง จะมีความรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำกว่า (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2529 : 182) ซึ่งจากการศึกษาของ กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527 : 123) พบว่าการศึกษาสูง ๆ ทำให้บุคคลมีความเข้าใจเรื่องสุขภาพอนามัยดีขึ้น สามารถป้องกันไม่ให้ตนเองเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิติยา ภาสุนันท์ (2529 : 88) ที่ศึกษาพบว่าระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับ ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534 : 84-89) ได้พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ที่มีระดับการศึกษาสูง มีการรับรู้สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษารองลงมา จากการศึกษาค้นคว้าวิจัยพบว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่าขึ้นไป มีการรับรู้สูงกว่าประชาชนที่มีการศึกษารองลงมา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความรู้เป็นปัจจัยสำคัญในการพิจารณาตัดสินใจสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล ผู้ได้รับการศึกษาในระดับสูงย่อมมีโอกาสศึกษาหาความรู้ ประสบการณ์ มีแนวคิดในด้านการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรคได้ดีกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาต่ำกว่า ดังคำกล่าวของสุโท เจริญสุข (ณอมวรรณ อยู่ขำ 2535 : 130; อ้างอิงจาก นิติยา ภาสุนันท์. 2529 : 79) ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีการศึกษามากจะช่วยเพิ่มพูนความรู้ความสามารถให้ตนเอง ทำให้เกิดเจตคติที่กว้างขวางในสิ่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น

และประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันบุคคลมีโอกาแสวงหาความรู้เพิ่มเติมใน

เรื่องต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพอนามัยที่มีการปฏิบัติเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา ซึ่งอาจจะรับรู้ถึงอันตรายจากการมีพฤติกรรมไม่ถูกต้องได้จากวิทยุ โทรทัศน์ และสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ทำให้บุคคลมีความรู้ และนำความรู้นั้นไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว อีกทั้งหน่วยงานต่าง ๆ ได้รณรงค์ให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง มากขึ้น ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ลิวเซน (ฮุบล เลี้ยววาริน. 2534 : 36; อ้างอิงมาจาก Lueschen. 1983) ที่พบว่ากลุ่มบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีกิจกรรมที่มีเป้าหมายในการรักษาสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมปริมาณอาหารมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ

2.4 ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีรายได้ต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 4 และข้อ 12 การศึกษาค้นคว้านี้แสดงให้เห็นว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล เป็นอย่างยิ่ง ผู้มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้บรรลุถึงการดูแลสุขภาพได้ตามต้องการ และรายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม จากการศึกษาของ วัน ดุสิตา (2529 : บทคัดย่อ) พบว่าในส่วนพฤติกรรมอนามัยในการใช้บริการทางด้านสาธารณสุขเมื่อยามเจ็บป่วยนั้น ปัจจัยรายได้มีผลต่อการใช้บริการสาธารณสุข กล่าวคือผู้มีรายได้สูงจะเลือกใช้บริการทางด้านสาธารณสุข ส่วนผู้มีรายได้ต่ำจะเลือกใช้วิธีการซื้อยากินเองมากกว่า นอกจากนี้การศึกษาของสดสวย ฅณาวัชรากุล (2532 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยแม่ในชุมชนแออัด ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าสตรีที่ครอบครัวมีรายได้สูงไปฝากครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป มากกว่าสตรีที่มีครอบครัวรายได้ต่ำ ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับ เรมวอล นันท์คุวณัน (2524 : 83-84) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าปัจจัยทางรายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง และสอดคล้องกับ พรรณนิภา แก้วมาลัย (2532 : 107) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และบริโภคนิสัยระหว่างผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับ

การรักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่เป็นกลับซ้ำ พบว่ารายได้ครอบครัวมีส่วนสำคัญ จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ตั้งแต่ 8,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อสูงกว่าประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ต่ำกว่า และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ตั้งแต่ 8,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป ดีกว่าประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ต่ำกว่า

2.5 ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีอาชีพต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 อาจเป็นเพราะอาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอนามัย ซึ่งจาโลวิค และ เพาเวอร์ (วาสนา ปุณณณวิวัฒน์ 2532 : 10; อ้างอิงจาก Jallowice and Power 1981 : 10-15) กล่าวว่าอาชีพการทำงานมีความสัมพันธ์กับคะแนนวิธีการเผชิญปัญหาและอาชีพบางอาชีพมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย นอกจากนั้นอาชีพบางอาชีพมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารได้มากกว่า เช่นอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าประชาชนเขตเมืองกลุ่มที่รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีการรับรู้ดีกว่ากลุ่มรับจ้าง และกลุ่มประกอบธุรกิจส่วนตัว และกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ โดยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีสถานที่ทำงานแน่นอน และรวมกันเมื่อมีประกาศของกระทรวงสาธารณสุข หรือการรณรงค์ในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมักจะมิหวั่นกลัวเวียนให้ทราบ หรือติดป้ายประกาศให้ทราบอย่างทั่วถึง เช่นโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังมีแหล่งประโยชน์ในการให้ความรู้ เพิ่มพูนปัญญา ในเวลาที่อาชีพรับจ้าง และประกอบธุรกิจส่วนตัว มีลักษณะการทำงานแบบพึ่งตนเองโดยอิสระไม่เป็นกลุ่ม การศึกษาส่วนใหญ่ก็อยู่ในระดับต่ำกว่า ซึ่งอาจมีผลต่อลีลาชีวิตทางสุขภาพประจำวันได้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี บรี (2529 : 69) ได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีค่าเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ สอดคล้องกับ ผ่องศรี ศรีมรกต (2526 : 12) ที่ศึกษาวิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทางด้านจิตใจในผู้ป่วยอุบัติเหตุ พบว่าอาชีพต่างกันผู้

ป่วยจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาต่างกัน สอดคล้องกับ พรทิพย์ สิ้นประสงค์ (2532 : 80-83) ที่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลได้แก่อาชีพ และสอดคล้องกับวิลาลินี วงศ์ประเสริฐ (2529 : ข) ที่ศึกษาพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการใช้หมวกนิรภัยของผู้ขับขี่จักรยานยนต์ และเสน่ห์ พบพาน (2528 : ข) ศึกษาพบว่าอาชีพรับราชการจะมีความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาอากาศ เป็นพิษมากที่สุด สำหรับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมืองที่มี อาชีพต่างกันนั้น พบว่าไม่แตกต่างกัน อาจเป็นไปได้ที่คนมีการรับรู้ในเรื่องสุขภาพแต่ในเรื่องของการปฏิบัติอาจไม่ปฏิบัติตาม เพราะยังไม่เห็นความสำคัญ ไม่แน่ใจว่าการปฏิบัติ เหล่านั้นจะเกิดผลดีต่อตนเอง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่า บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า เขามี โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร และการปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะให้ผลดีแก่เขาในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Rosenstock, 1974 : 354-385) ซึ่งสอดคล้องกับ อวยพร สุธิสันธ์ (2528 : ข) ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าผู้ป่วยมีอาชีพต่างกัน จะมีความรู้และการปฏิบัติเรื่องโรคมะเร็งไม่แตกต่างกัน

2.6 ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีสถานภาพทางการสมรสต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อ และการปฏิบัติตนในการป้องกัน โรคไม่ติดต่อแตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 และ 14 ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะ การรับรู้เกี่ยวกับ ความเชื่อด้านสุขภาพนั้นทุกคนทุกสถานภาพทางการสมรส มีโอกาสได้รับ เท่า ๆ กัน ความเชื่อที่ได้รับจากการถ่ายทอดจากบิดามารดา เพื่อน สถานศึกษา และ สื่อมวลชนต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันนโยบายของรัฐบาลต้องการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของประชาชน ดังนั้นหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนได้ดำเนินการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อต่าง ๆ มากมาย อันได้แก่ สื่อบุคคล วิทยุ โทรทัศน์ และเอกสารสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ซึ่งสื่อเหล่านี้เป็นสื่อที่เข้าถึงประชาชนเขตเมืองได้อย่างดี จึงอาจจะทำให้ประชาชนเขตเมืองทุกสถานภาพทางการสมรสมีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อ

ด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ พรทิพย์ ลินประสงค์ (2532 : 80-83) ที่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ สถานภาพทางการสมรส

และในด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่าไม่แตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้เป็นเพราะประชาชนเขตเมืองที่มีสถานภาพเป็นโสดและไม่โสด มีการรับรู้ เห็นความสำคัญ มีความตระหนักต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อ จึงปฏิบัติตนให้ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค ดังที่ นิภา มณูปิจุ (2528 : 20) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงเรื่องสุขภาพอนามัย อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเจตคติและการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอื่นด้วย ซึ่งการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับ นิรนาท วิทยาโชคกิตติคุณ (2534 : 50 - 52) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าสถานภาพทางการสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถทำนายสภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ

2.7 ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีสถานภาพทางครอบครัวต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 แต่การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 15 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสถานภาพของบุคคลในครอบครัวเป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว ในด้านการรับรู้ที่ทุกคนมีโอกาสเท่าเทียมกัน ทำให้ทุกสถานภาพทางครอบครัวมีการรับรู้ไม่แตกต่างกัน แต่ในเรื่องของการปฏิบัติพบว่ากลุ่มที่มีสถานภาพเป็นแม่บ้านมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อดีกว่าทุกกลุ่ม เนื่องจากบทบาทของแม่บ้านที่ต้องดูแลบุคคลในครอบครัวทุกด้าน รวมทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยด้วย จึงทำให้แม่บ้านต้องหาความรู้ และปฏิบัติตนเองให้ถูกต้อง เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีแก่บุคคลในครอบครัวรวมทั้งการแนะนำบุคคลในครอบครัวด้วย และนอกจากนั้นทั้งภาครัฐและเอกชนหลายแห่งได้เห็นความสำคัญของสตรีที่เป็นแม่บ้านได้จัดตั้งเป็นชมรม อาสาสมัครต่าง ๆ ฯลฯ ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข มีอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็น

แม่บ้านมาก เพราะแม่บ้านเหล่านี้เป็นผู้ดูแลครอบครัวได้ดี ตามแบบแผนวัฒนธรรมดั้งเดิม ที่ถ่ายทอดกันมา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกองสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการ สาธารณสุขมูลฐาน ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอ่างทอง เลย์ พังงา และลำพูน (2530 : 1-2) ได้ทดลองดำเนินการจัดตั้งชมรมแม่บ้านอาสาสมัครพบว่าส่วนใหญ่มีความ รู้ความเข้าใจ และสามารถถ่ายทอดความรู้ ข้อมูลข่าวสารแก่บุคคลในครอบครัว และ เพื่อนบ้านได้

2.8 ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากจำนวนแหล่งที่ต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและ หลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนในการป้องกัน โรคดังกล่าวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 และ 16 อาจเป็นเพราะ แหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน ครู อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข หอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน/เสียงตามสาย วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์/ สื่อสิ่งพิมพ์อื่น ๆ ต่างได้รับรู้และตระหนักถึงผลดีต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและ หลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง จึงได้เผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เรื่องนี้ออกมาในแนวทางเดียวกัน ซึ่งตามสภาพความเป็นจริงคนเราอาจได้รับข่าวสารพร้อม ๆ กันจากหลายสื่อในเวลาเดียวกันก็ได้ และสื่อต่างชนิดกันเสนอข้อมูลข่าวสารที่เหมือนกัน ผู้รับ ย่อมรับรู้ข้อมูลข่าวสารในเรื่องนั้นตรงกัน ฉะนั้นประชาชนเขตเมืองที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร จากแหล่งความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง จากจำนวนแหล่งที่ต่างกัน จึงรับรู้เรื่องนี้ไม่แตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค หัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง นั้นต้องมีปัจจัยร่วมหลายอย่าง เช่นสภาพที่เอื้ออำนวยต่อการเลือกซื้ออาหาร ความสะดวก ความเคยชิน การยึดติดในรสชาติ อาหาร ภาวะรีบเร่งในปัจจุบันไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ นอกจากนั้นผลจากการไม่ปฏิบัติเพื่อ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เช่นการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด มิได้เกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้ไม่ใส่ใจที่จะปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ นนอ ทิพย์นิมลรัตน์ (2534 : 117) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรม สุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดการประถมศึกษา ศึกษา จังหวัดชุมพร พบว่านักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีแหล่งข่าวสารต่างกัน มีเจตคติ เจตคติและการปฏิบัติในเรื่องสารเคมีในอาหารไม่แตกต่างกัน

2.9 การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ของประชาชน เขตเมือง มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 17 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .19 นั่นคือประชาชนเขตเมืองที่มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อดี จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดังกล่าว ในทำนองเดียวกันประชาชนเขตเมืองที่มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อก็มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพดีด้วย เพราะการรับรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม (สุชาติ โสมประยูร 2525 : 47-49) นอกจากนั้นการที่บุคคลจะนำสิ่งใดไปปฏิบัติบุคคลนั้นต้องมีการเรียนรู้ จนเกิดการรับรู้ได้ก็ทำให้ไปสู่การสร้างทัศนคติในบุคคลจนถึงขั้นนำไปปฏิบัติเป็นนิสัย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ 2534 : 33) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัชนิ ภูด้วง (2528 : 45) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสารเคมีกับการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสารเคมีกับการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวก และยังสอดคล้องกับ มยุณา ช่างวิทยุ (2534 : 85) ที่พบว่าเจตคติของ นักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงนิมิตกับการปฏิบัติ และ นิทยา เย็นจำ (2535 : 54) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของบุคลากรชายในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ สอดคล้องกับ ถนอมวรรณ อยู่ขำ (2536 : 138) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลาง พบว่าบุคลากรกรมพลศึกษาในส่วนกลางมีเจตคติสัมพันธ์เชิงนิมิตที่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และสอดคล้องกับ อำภา แสงกล้า (2536 : 111) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับพิษภัยของการบริโภคอาหารที่มีสิ่งปนเปื้อน และการนำการรับรู้เกี่ยวกับพิษภัยของการบริโภคอาหารที่มีสิ่งปนเปื้อนไปใช้ในชีวิตประจำวัน ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับพิษภัยของการบริโภคอาหารที่มีสิ่งปนเปื้อน ทำการรับรู้ในเรื่องดังกล่าวไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์กันในเชิงนิมิต

จากการศึกษาค้นคว้าเรื่องลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรสดังกล่าว ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพทางครอบครัว และปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อได้แก่ สถานภาพทางการสมรส และแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

กระบวนการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมืองนั้น จะพึ่งสถานบริการสาธารณสุขมากที่สุด นอกจากนั้นจะใช้วิธีซื้อยารับประทานเอง ปล่อยให้หายเอง ปรึกษาเพื่อนบ้าน/หาหมอมกลางบ้าน ใช้การทำสมาธิ การออกกำลังกาย และการใช้สมุนไพร ตามลำดับ เหตุที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากประชาชนเขตเมืองจังหวัดนนทบุรี มีสถานบริการสาธารณสุขมากเพียงพอสำหรับบริการประชาชนเขตเมือง ทั้งของภาครัฐและเอกชน ประกอบกับการโฆษณาแหล่งบริการเอกชน เช่น โรงพยาบาลต่าง ๆ จึงทำให้ประชาชนเขตเมืองเกิดการรับรู้ว่า เมื่อตนเองมีความผิดปกติของร่างกายต้องไปพบแพทย์ นอกจากนี้ค่านิยมของคนไทยในการดูแลตนเองเมื่อยามเจ็บป่วย ผู้ดูแลรักษาต้องเป็นแพทย์เท่านั้น ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่แพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาในประเทศไทย จึงทำให้การดูแลตนเองดีขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี มีลีลาชีวิตด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.52$ $S = .17$) ส่วนการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 2.19$ $S = .18$) ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมสุขภาพ หรือผู้ให้สุขภาพ และผู้มีส่วนรับผิดชอบการปฏิบัติงานสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะฝ่ายสุขภาพและประชาสัมพันธ์ และฝ่ายโรคไม่ติดต่อในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้พิจารณาจัดกิจกรรมสุขภาพ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์พฤติกรรมตามกรอบแนวคิด "Precede Framwork" ตามปัจจัยนำ

ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เสียก่อน แล้วให้แนวความคิด "แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ" (Health Belief Model) เป็นแนวทางการจัดเนื้อหา เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้เกิดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค รับรู้ถึงผลประโยชน์ของการศึกษาและป้องกันโรค และรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ จึงจะทำให้ประชาชนเขตเมืองเปลี่ยนแปลงลีลาชีวิตด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อถูกต้อง ทั้งทางด้านความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติตน

2. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อมวลชนทุกแขนงมีความสำคัญมากในปัจจุบันนี้ และในอนาคต ที่จะทำให้ประชาชนเกิดการตระหนัก เกิดการรับรู้ และอาจจะทำให้ประชาชนบางกลุ่มเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพก็อาจเป็นไปได้ จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า การรับข้อมูลข่าวสารจากจำนวนแหล่งที่ต่างกันมีการรับรู้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่แตกต่างกัน ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งองค์กรเอกชนต่าง ๆ ที่ต้องการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อต่าง ๆ ตั้งแต่สื่อบุคคล สื่อวิทยุ โทรทัศน์ และสื่อสิ่งพิมพ์ นอกจากจะพิจารณาความครอบคลุมในสื่อเหล่านั้น ๆ แล้ว จะต้องพิจารณาถึงระดับและความต่อเนื่อง เทคนิควิธีการของการเผยแพร่ด้วย นอกจากนี้เนื้อหาสำหรับการเผยแพร่ต้องเหมาะสมกับปัจจัยทางด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจ จึงจะทำให้ประชาชนเขตเมืองมีลีลาชีวิตด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อถูกต้อง

3. จากการศึกษพบว่า เพศหญิง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้มีรายได้มากกว่า 8,000 บาทต่อเดือน อาชีพข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ และผู้มีมีสถานภาพทางครอบครัวเป็นแม่ มีลีลาชีวิตด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อดีกว่ากลุ่มอื่น ๆ ดังนั้นหน่วยงานที่ต้องดำเนินการสุศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงลีลาชีวิตด้านสุขภาพ ควรจะต้องพิจารณาใช้ประโยชน์จากตัวแปรเหล่านี้เป็นแกนนำ ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ แก่บุคคลครอบครัว และชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง ในจังหวัดอื่น ๆ ให้กว้างขวางกว่านี้
2. ควรศึกษารูปแบบการสุขศึกษา และประชาสัมพันธ์ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี โดยใช้วิธีการวิเคราะห์พฤติกรรมตามกรอบแนวความคิด "Precede Framework" ตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม แล้วใช้แนวความคิด "แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ" (Health belief Model) เป็นแนวทางการจัดเนื้อหา เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น ส่งเสริมวิถีชีวิตที่ดีอยู่แล้วให้คงทนต่อไป
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบวิถีชีวิตด้านสุขภาพ ระหว่างประชาชนชนบท และประชาชนเขตเมือง
4. ควรศึกษาวิจัยการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน
5. ควรศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว เพื่อให้เห็นวัฒนธรรมสุขภาพ แล้วนำข้อมูลมาวางแผน กำหนดกิจกรรมสุขศึกษา ให้ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตไปในทางที่ดีขึ้น ส่งเสริมวิถีชีวิตที่ดีอยู่แล้วให้มีการปฏิบัติคงทนต่อไป

ဘဏ္ဍာစာရင်း

บรรณานุกรม

- เกษม แก้วดำ. การศึกษาทัศนคติของนักศึกษาวิทยาลัยครูระดับปริญญาตรีที่มีต่อกิจกรรม
กลุ่มทางด้านพลศึกษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
2529. อัดสำเนา.
- เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันเลือด. เชียงใหม่ ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2532.
- คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน. "รายงานการดำเนินงานโครงการดูแล
สุขภาพด้วยตนเอง." เรื่อง การอนามัยแม่และเด็กในจังหวัดนครราชสีมา.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2536.
- จิรา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม
กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- เจลา เพียรชอบ. การศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6
ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2529. อัดสำเนา.
- ช่อเพชร บุรศิริรักษ์. ความรู้เรื่องวัตถุดิบในอาหารและการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กค.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532. อัดสำเนา.
- ดร.ณิ ขุนพะวัต. "การดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ," ในการประชุมวิชาการของ
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 1 เรื่อง การดูแลตนเอง : ทฤษฎีการปฏิบัติและ
การวิจัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ถนอมวรรณ อยู่ขำ. พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากรสังกัดกรมพล
ส่วนกลาง. วิทยานิพนธ์ กค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.

- ทิพย์วัลย์ ขาวสำอางค์. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาศิบัติ. ปรินญาพิมพ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.
- นัยนา พัฒนไฉนวิชา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัย, 2535.
- นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเอง และสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- นิภา มนูญปัจจุ. การวิจัยทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรนิติ, 2528.
- นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.
- บรรลุ ศิริพานิช. สุขภาพผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟันนี้พับบลิชชิ่ง, 2528.
- ประคอง กรรณสุต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : บริษัทศูนย์หนังสือ ดร.ศรีสวึง, ม.ป.ป.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2526.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวึง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- แผนงานสาธารณสุข กอง. "โรคที่เกิดจากความมั่งคั่ง," สภาพและปัญหาสาธารณสุขนโยบายและกลวิธีการพัฒนาในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539). หน้า 22-23. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2535.

- แผนงานสาธารณสุข, กอง. "ล้มมะโนประชากร 2513-2523 และการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2523-2538" สภาพและปัญหาสาธารณสุข นโยบายและกลวิธีการพัฒนาในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539). หน้า 1. กรุงเทพฯ : โรคพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2535 .
- พนอ ทิพย์พิมพ์รัตน์. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดชุมพร. ปรินญาณินท์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- พรณิษา แก้วมัลย์. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ บริโภคนิสัยระหว่างผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับการรักษาแล้วหายกับผู้ป่วยที่เป็นกลับซ้ำ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- พรทิพย์ สีนประสงค์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ สค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2531.
- พระนั่งเกล้า, โรงพยาบาล. รายงานประจำปี 2533-2535. นนทบุรี : ม.ป.ท., 2535.
- พัฒนาการควบคุมโรคไม่ติดต่อ, ศูนย์. โรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2535.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่นๆ . พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของชาวชนบท : กรณีศึกษาหมู่บ้าน 2 แห่งในภาคอีสาน. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- แพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, สมาคม. ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานคร, 2524.

- ไพจิตร ปะบุตร. "เกริ่นนำเกี่ยวกับโครงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง," ข่าวสารการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง 1(2) ตุลาคม 2533.
- มัลลิกา มัติโก. "แนวคิดและการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง" ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม : ม.ป.พ., 2530.
- มยุณา ช่างบุญญ. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของนักศึกษา ในวิทยาลัยพลศึกษา เกี่ยวกับการป้องกันการบาดเจ็บทางกีฬา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อุดลำนเา.
- รุ่งอรุณ เขียวพุ่มพวง. พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อุดลำนเา.
- เรมवल นันท์ศุภวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524. อุดลำนเา.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. หลักการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัทศึกษาพร, 2531.
- วัน ดุสิตา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการเจ็บป่วยของประชากรในชุมชนแออัด ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อุดลำนเา.
- วาสนา ปุณณณวิวัฒน์. เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อุดลำนเา.
- วิทัศน์ จันทรโณศรี และคนอื่น ๆ . พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงมีครรภ์ และหญิงหลังคลอดในชุมชนชนบทอีสาน. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ : คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

- วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้าง และวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3
กรุงเทพฯ : เรือนอักษร, 2524.
- วัฒนา ศิริสุข. แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ กรุงเทพฯ : โครงการงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ, 2535.
- สถิตีแห่งชาติ, สำนักงาน. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว
พ.ศ. 2536 กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2536.
- สถิตินาสาธารณสุข, กอง. อัตราการเกิดและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อสำคัญ. หน้า 81-94
โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2533.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กองแผนงานสาธารณสุข. สภาพและปัญหาสาธารณสุขนโยบายและกลวิธีการพัฒนาในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2535.
- _____. กระทรวง. "ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ," เอกสารประกอบการพัฒนาการตั้งเป้าหมายการประชุมเรื่องเป้าหมายการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อสู่สุขภาพดีถ้วนหน้า วันที่ 16 กรกฎาคม 2536 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์
หน้า 47. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., ม.ป.ป.
- สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี, สำนักงาน. อัตราการเพิ่ม และอัตราตายของประชากร
2533-2535. นนทบุรี : ม.ป.ท., 2535.
- สุชา จันทรเฒ. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : บำรุงสาสน์. 2521.
- สุชาติ โสมประยูร. การสอนสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- สุภาพ ไบแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.
- สุรเกียรติ์ อาชาณภาพ. ตำราตรวจโรคทั่วไป 2. 250 โรค และการดูแลรักษา.
กรุงเทพฯ : เอส.เอ็น.การพิมพ์, 2531.
- สุระวิทย์ มโนธรรม. พฤติกรรมโภชนาการของมารดาเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี ที่นำเด็กมารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 15 ลานกอนาภัย
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.

- สุรางค์ จันทรเฒ. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2525.
- สุรางค์ เปื้องเดช. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาลัษณ์มหิตล, 2533. อัดสำเนา.
- สุวิชา จันทรสุริยกุล. ประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิตล, 2536. อัดสำเนา.
- สุลี ทองวิเชียร และนิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิตล, 2532.
- สมทรง รักษ์เฒ่า. "กรอบแนวความคิดการดูแลสุขภาพตนเองและวิธีดำเนินโครงการ" ข่าวสารการดูแลสุขภาพตนเอง. 1 (3-5) ตุลาคม 2533.
- ลดสวย คณาวัชรากุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยแม่ในชุมชนแออัด ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532. อัดสำเนา.
- อวยพร สุกธิสนธิ์. การเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่าง พยาบาลและผู้ป่วยโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิตล, 2528. อัดสำเนา.
- อัจฉรา เกิดมงคล. การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อัดสำเนา.
- อุบล ตลยาภรณ์. ความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต่องานสุศึกษาในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณินพนธ์ กค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533. อัดสำเนา.
- อุบล เลี้ยววาริน. ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร. ปรินญาณินพนธ์ กค.ด. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.

อรอนงค์ พัฒนพงษ์ไพบูลย์. ศักยภาพในการเผยแพร่ความรู้เพื่อชีวิต สาระที่ท้าทาย
ของครูโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร.
 ปรินทูปับลิช กค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,
 2533. อัดสำเนา.

Best, John W. Research in Education. 2 nd ed. New Jersey : Prentice
 Hall Inc., 1963.

Bandura, B. "Lifestyle and health : some remarks on different
 viewpoints," Social Science Medicine. 19 (1984) : 341-347.

Becker, M.H. and L.A. Maiman. "Sociobehavioral Determinants of
 Compliance with Health and Medical Care Recommendations".
Medical Care. 8 : 10-20; January, 1975.

Dean, K.G. and others. "Self Care of Common illnesses," Denmark
Medical Care 21 (1983) : 1012-1032.

Edin, G. and E. Golanty. Health and Wellness. Boston : Massachusetts :
 Science Books International, 1982.

Fry, J. Self Care : its place in the total health care system. London,
 1973.

Gourash, N. and others. Help-Seeking : A Review of the Literature.
American Journal of Community Psychology. 413-423; 1987.

Joint National Committee. The 1988 report of the joint national
committee on detection, evaluation, and treatment of high Blood
Pressure. 148 : 1023-1038; May, 1988.

Kirscht, and others. The Health Belief Model and Illness Behavior.
Health Education Nibigraogsm 1974:408.

Kegeles, and others. "Survey of Beliefs About Cancer Detection and
 Taking Papanicolaou Tests," Public Health Reports. 80 (1) :
 815-823; September, 1965.

Levin, L. S. Self-Care American Journal of Nursing. 79 : 487-489;
 March, 1976.

Mc Entee, and K. Peddicord. "Coping with hypertention," Nursing
Clinics of North America. 22 : 583-591; September, 1987.

O'Brien, E. and O' K. Malley. High Blood Pressure : What it means
for you and how to Control it. Singapore : PG. Publishing
 Pte. Ltd., 1982.

- Owen, S.L. "The Relationship Between Health Attitude and Behavior," The Journal of School Health. 40 : 502; November, 1970.
- Plant, and others. "Evaluation of a support group for cancer patients and their families and friend," British Hospital of Medicine. 3 : 317-322; 1987.
- Rosen, and others, "Diet and cancer mortality in the countries of Sweden " American Journal of Epidenology. 127 : 42-49; January, 1988.
- Rosenstock, I.M. "The Health Belief Model and Preventive Health Behavior," Health Education Monographs. 2 : 354-385; Winter, 1974.
- Shultz, C.M.S. "Lifestyle assessment : A tool for practice," Nursing Clinics of North America. 19 : 271-281; June, 1984.
- Ubakata, and others. "Cancer patterns among koreans in Japan, Koreans in Korean and Japanese in Japan in relation to Lifestyle factors," Japanese Journal Cancer Research. 78 : 437-446; May, 1987.)
- Webster, J.A. "The wellness model feeling good about you," AORN Journal. 41 : 713-718; April, 1985.
- WHO. "Primary prevention of essential hypertension," Technical Report. Series 686; Genveva, 1987.
- Wiley. J.A. and T.C. Camacho. "Lifestyle and future health : evidence from the Alameda County Study," Preventive Medicine. 9 : 1-21; January, 1980.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

- แบบสอบถาม
- ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น
- ค่าเฉลี่ยและร้อยละการปฏิบัติตนในการ
ป้องกันโรคไม่ติดต่อ

แบบสอบถามเรื่อง
สรีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง
: ศึกษากรณีจังหวัดนนทบุรี

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อทราบระดับการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเองในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ อันได้แก่โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งปอด ตับ ของประชาชนเขตเมือง โดยการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างในอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี เป็นกรณีศึกษา เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนการดำเนินการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพสู่ประชาชนเขตเมืองต่อไป ดังนั้นขอให้ท่านพิจารณาตอบให้ตรงตามความเป็นจริงทุกข้อ และคำตอบที่ได้ทั้งหมดจากแบบสอบถามนี้จะใช้ประโยชน์เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

รายละเอียดของแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มี 4 ตอน

- ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
- ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง
- ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติตนเองในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง
- ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง

ผู้วิจัยจะเสนอผลของการวิจัยเป็นส่วนรวม จึงจะไม่กระทบกระเทือนต่อตัวท่านหรือผู้อื่นแต่อย่างใด ขอขอบพระคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ด้วย

เพ็ญศรี เกิดนาค
นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง จงเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ที่ถูกต้องที่สุดเพียงช่องเดียว

1. อายุ

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ 15 - 19 ปี | ☐ 40 - 49 ปี |
| ☐ 20 - 29 ปี | ☐ 50 - 59 ปี |
| ☐ 30 - 39 ปี | ☐ 60 ปีขึ้นไป |

2. เพศ

- ☐ ชาย
☐ หญิง

3. การศึกษา

- ☐ ไม่ได้รับการศึกษา
☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา (ม.3 ม.6 ปวช.)
☐ อนุปริญญา (ปวส. ปวท.)
☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า/สูงกว่าปริญญาตรี

4. รายได้เฉลี่ย/เดือน

- ☐ ต่ำกว่า 3,000 บาท
☐ 3,000- 8,000 บาท
☐ 8,000 บาทขึ้นไป

5. สถานภาพการสมรส

- ☐ โสด
☐ สมรสแล้ว
☐ หม้าย / หย่า / ร้าง

6. สถานภาพทางครอบครัว

- ☐ พ่อ
☐ แม่
☐ ลูก
☐ อื่น ๆ

7. อาชีพ

- () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- () เกษตรกรรม
- () ประกอบธุรกิจส่วนตัว
- () รับจ้าง
- () ไม่มีอาชีพ
- () อื่น ๆ (ระบุ).....

8. ท่านได้รับข่าวสารทางด้านสุขภาพจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () บุคคลในครอบครัว
- () เพื่อน
- () ครู
- () ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/อาสาสมัครสาธารณสุข
- () เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- () หอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน/เสียงตามสาย
- () วิทยุ
- () โทรทัศน์
- () หนังสือพิมพ์/สื่อสิ่งพิมพ์อื่น ๆ
- () อื่น ๆ (ระบุ).....

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่อง
โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง (ตับ ปอด)
คำชี้แจง จงเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ถูกต้องตรงความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อความถาม	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. คนที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มีโอกาส เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง มากกว่าคนอายุน้อย ๆ				
2. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และมะเร็งปอด				
3. การเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันสัตว์น้อย ๆ จะช่วยป้องกันไม่ให้ เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และเบาหวานได้				
4. การรับประทานอาหารหวานมาก ๆ ตลอดเวลาจะทำให้ เป็นโรคเบาหวาน				
5. ความเครียด ความวิตกกังวลอาจทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง				
6. การออกกำลังกายพอเหมาะกับร่างกาย เช่น การวิ่งเหยาะ ๆ ภายหลังการ จะช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และเบาหวานได้				

ข้อความถาม	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
7. การดื่มสุรามาก ๆ ทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตดีขึ้น หัวใจทำงานดีขึ้นซึ่งจะช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และมะเร็งตับได้			
8. ถ้าเป็นความดันโลหิตสูงนาน ๆ โดยไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตกได้			
9. ถ้าเป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวานอยู่นาน ๆ โดยไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง อาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้			
10. ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งที่ตับ ปอด บางส่วนเป็นโรคที่เกิดจากกรรมพันธุ์			
11. การซื้อยารับประทานเองโดยไม่ปรึกษาผู้ที่มีความรู้ทางการแพทย์อาจทำให้เกิดโรค ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งตับได้			
12. ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถรักษาให้หายได้			
13. คนผอมทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ได้ง่ายกว่าคนอ้วน			
14. คนที่มีลูกตั้งแต่ 4 - 5 คนขึ้นไปมักเป็นสาเหตุให้เป็นโรคเบาหวานได้			

ข้อความถาม	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย
15. คนเป็นเบาหวานนาน ๆ โดยไม่รับการรักษาอย่างถูกต้อง ผนังหลอดเลือดแดงของหัวใจจะแข็งแรงทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดได้			
16. คนที่เคยกินอาหารหวานจัด อาหารพวกแป้งและไขมัน ในปริมาณมาก เมื่อเปลี่ยนมากินอาหารโปรตีน ผัก และผลไม้จำพวก ส้ม มะละกอ ฯลฯ จะช่วย ป้องกันโรคเบาหวานได้			
17. โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง สามารถป้องกันได้ โดยการปฏิบัติตนเอง หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การไม่ออกกำลังกาย และการปล่อยตนเองให้อ้วนเกินไป			
18. อาหารหมักดองช่วยให้เจริญอาหาร และไม่ทำให้อ้วนแต่อาจทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และมะเร็งตับได้			
19. คนไทยปัจจุบันเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งตับ ปลอดภัยมากขึ้นเนื่องจากส่วนหนึ่งเกิดจากการปฏิบัติดูแลตนเองไม่ถูกต้อง			
20. คนที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ถ้าปฏิบัติตามแพทย์แนะนำ			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
21. การตรวจร่างกายประจำปี จะช่วยให้ทราบ อาการผิดปกติของร่างกายได้ และรักษาอาการ ผิดปกติเหล่านั้นได้ทันเวลาที่			
22. สุขภาพทางกายเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสุขภาพทาง จิตด้วย ดังนั้นการปฏิบัติตนเองให้ถูกต้องโดยการ หลีกเลี่ยงสิ่งต่าง ๆ ที่อาจจะทำให้ตนเองเป็น โรคไม่ติดต่อเช่น การสูบบุหรี่ เป็นต้น จะทำให้ สุขภาพจิตดีด้วย			
23. การสูบบุหรี่ 10 มวนขึ้นไปติดต่อกันเป็นเวลา นาน 30 ปี จะทำให้เป็นโรคมะเร็งปอดได้			
24. ถ้าวางกายได้รับสารพิษจากเชื้อราพวก อะฟลาท็อกซิน ซึ่งมีอยู่ในถั่วลิสงปน พริกแห้ง หอมแดง และกระเทียม ทำให้เป็นมะเร็งตับได้			
25. ถ้าวางรับประทาน ปลาร้า ปลาจืด หมูสามชั้น แหนม หรือ เนื้อสัตว์ที่หมักโดยใช้ดินประสิว เช่น เนื้อเค็ม กุนเชียง ไส้กรอก แอม โดยไม่ทำให้สุกเสียก่อน อาจทำให้เป็นมะเร็งได้			

ตอนที่ 3 การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง

คำชี้แจง จงเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เห็นว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริง

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
1. ท่านสูบบุหรี่เกิน 10 มวนขึ้นไปต่อวัน			
2. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม เช่น เหล้า เบียร์ เป็นต้น จนเมา			
3. ท่านรับประทานอาหารเกิน 3 มื้อต่อวัน			
4. ในระหว่างการรับประทานอาหารท่านเติม น้ำปลา ซอว์ หรือเกลือแกง ลงในอาหาร			
5. ท่านรับประทานข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวหมูแดง			
6. ท่านรับประทานแกงกะทิ เช่น แกงเผ็ด แกงเขียวหวาน หรือแกงอื่น ๆ ที่ต้องใช้กะทิ			
7. ท่านรับประทานไข่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์			
8. ท่านรับประทานขนมหวาน เช่น ก๋วยจั๊บน้ำข้น เปือก หรือมันแกวขาว ขนปลากริม ฯลฯ			

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
9. ท่าน ทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด			
10. ท่านรับประทานของหมักดอง เช่น มะขามดอง มะม่วงดอง มะยมดอง และฝรั่งดอง ฯลฯ			
11. ท่านใช้น้ำมันพืชทำจากปาล์ม เช่น น้ำมันพืชมรกต หรือน้ำมันอื่น ๆ ปรุงอาหาร			
12. ท่านใช้น้ำมันหมู น้ำมันไก่ ปรุงอาหาร			
13. ท่านใช้น้ำมันพืชทำจากถั่วเหลือง เช่นน้ำมันถั่ว ปรุงอาหาร			
14. ท่านรับประทาน ปลาจืด ปลาส้ม แหนม โดยไม่ทำให้สุกเสียก่อน			
15. ท่านรับประทาน ผักใบเขียว เช่น คื่นช่าย และ ผลไม้ เช่นมะละกอ ผักทอง ส้ม เป็นต้น			
16. ท่านพักผ่อนนอนหลับในเวลากลางคืน ไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมง			
17. ท่านร่วมกิจกรรม พบปะสังสรรค์ในหมู่บ้าน เช่น งานประจำปี งานบุญอื่น ๆ			

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
18. เมื่อเกิดความตึงเครียด ท่านทำกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อคลายความตึงเครียด เช่น ชมภาพยนตร์ อ่าน นวนิยาย เป็นต้น			
19. ท่านไปตรวจเช็คร่างกายประจำปี เพื่อดูว่าเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง			
20. ท่านออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว ๆ วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ หรือเล่นกีฬา อื่น ๆ ตามความสนใจ			
21. ท่านซื้อยากินเอง เมื่อรู้สึกที่ไม่สบาย			
22. ท่านอ่าน ติดตามข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ			
23. ท่านพูดคุยเรื่องสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องโรค หัวใจหลอดเลือด หัวใจความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง กับบุคคลใกล้ชิด			
24. เมื่อมีความกังวลใจ หรือเครียด ไม่สบายใจ ท่านระบายให้เพื่อนฟัง			
25. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีราคาถูกมากกว่า ความอร่อย			

ตอนที่ 4 การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ที่ถูกต้อง

1. ท่านเคยมีอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หรือไม่
 - () เคย
 - () ไม่เคย
2. ถ้าเคยมีอาการตามข้อ 1 ท่านจะรักษาอาการนั้นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () ปล่อยให้หายเอง
 - () ปรึกษาเพื่อน หรือหมอกกลางบ้าน
 - () ไข้สมุนไพร
 - () ไปสถานบริการของรัฐ ระบุ
 - () ไปสถานบริการเอกชน ระบุ
 - () ซื้อยารับประทานเอง
 - () อื่น ๆ ระบุ
3. โดยทั่วไปแล้วเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ท่านรักษาอาการนั้นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () ปล่อยให้หายเอง
 - () ปรึกษาเพื่อน หรือหมอกกลางบ้าน
 - () ไข้สมุนไพร
 - () ไปสถานบริการของรัฐ ระบุ
 - () ไปสถานบริการเอกชน ระบุ
 - () อื่น ๆ ระบุ

ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้าน
สุขภาพและปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ

ลำดับ	ค่าอำนาจจำแนก	ลำดับ	ค่าอำนาจจำแนก
	การรับรู้		การปฏิบัติ
1	2.13	1	4.53
2	4.74	2	3.02
3	6.81	3	2.53
4	4.07	4	4.90
5	4.33	5	4.29
6	3.55	6	4.95
7	4.22	7	4.08
8	6.02	8	4.90
9	7.27	9	4.62
10	5.63	10	3.99
11	5.37	11	3.29
12	3.79	12	4.21
13	4.18	13	2.19
14	4.63	14	2.57
15	5.35	15	2.02
16	6.22	16	3.10
17	4.80	17	4.00
18	4.58	18	4.60

ลำดับ	ค่าอำนาจจำแนก	ลำดับ	ค่าอำนาจจำแนก
	การรับรู้		การปฏิบัติ
19	5.96	49	4.20
20	5.33	20	2.09
21	6.12	21	2.28
22	5.56	22	2.97
23	4.75	23	4.02
24	3.82	24	5.05
25	5.81	25	2.03
ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้		.89	
ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติตน		.80	

ค่าเฉลี่ยและร้อยละของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ ประจำ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ เลย จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$
1. ท่านสูบบุหรี่เกิน 10 มวนขึ้นไปต่อวัน	40 (10)	62 (15.5)	298 (74.5)	2.6
2. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม เช่น เหล้า เบียร์ เป็นต้น จนเมา	23 (5.8)	127 (22.5)	250 (22.5)	2.5
3. ท่านรับประทานอาหารเกิน 3 มื้อต่อวัน	86 (21.5)	221 (55.3)	250 (23.3)	2.0
4. ในระหว่างการรับประทานอาหารท่านเติม น้ำปลา ซอ หรือเกลือแกง ลงในอาหาร	142 (35.5)	205 (51.37)	53 (13.3)	1.7
5. ท่านรับประทานข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวหมูแดง	42 (10.5)	331 (82.8)	27 (6.8)	1.9
6. ท่านรับประทานแกงกะทิ เช่น แกงเผ็ด แกงเขียวหวาน หรือแกงอื่น ๆ ที่ต้องใช้กะทิ	54 (13.5)	332 (80.5)	24 (6.0)	1.9
7. ท่านรับประทานไข่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์	95 (2.38)	247 (61.8)	58 (14.5)	1.9
8. ท่านรับประทานขนมหวาน เช่น กล้วยขวชี่ เผือก หรือมันแกวขวชี่ ขนมปลากริม ฯลฯ	39 (9.8)	327 (81.8)	34 (8.5)	1.9
9. ท่าน ทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด	40 (10)	347 (86.8)	13 (3.3)	2.0

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ ประจำ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ เลย จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$
10. ท่านรับประทานของหมักดอง เช่น มะขามดอง มะม่วงดอง มะยมดอง และฝรั่งดอง ฯลฯ	37 (9.3)	278 (69.5)	85 (21.3)	2.1
11. ท่านใช้น้ำมันพืชทำจากปาล์ม เช่น น้ำมันพืชมรกต หรือน้ำมันอื่น ๆ ปรุงอาหาร	184 (46.0)	157 (39.3)	59 (14.8)	1.6
12. ท่านใช้น้ำมันหมู น้ำมันไก่ ปรุงอาหาร	38 (9.5)	149 (37.3)	213 (53.3)	2.4
13. ท่านใช้น้ำมันพืชทำจากถั่วเหลือง เช่นน้ำมันถั่ว ปรุงอาหาร	184 (46)	183 (45.8)	33 (8.3)	2.3
14. ท่านรับประทาน ปลาจืด ปลาล้าง แหนม โดยไม่ทำให้สุกเสียก่อน	20 (5.0)	141 (35.3)	239 (59.8)	2.5
15. ท่านรับประทาน ผักใบเขียว เช่น คื่นช่าย และ ผลไม้ เช่นมะละกอ ผักทอง ลัม เป็นต้น	279 (69.8)	114 (28.5)	7 (1.8)	2.6
16. ท่านพักผ่อนนอนหลับในเวลากลางคืน ไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมง	248 (62)	131 (32.8)	21 (5.3)	2.5
17. ท่านร่วมกิจกรรม พบปะสังสรรค์ในหมู่บ้าน เช่น งานประจำปี งานบุญอื่น ๆ	105 (26.3)	269 (67.3)	26 (6.5)	2.1

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ ประจำ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ เลย จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$
18. เมื่อเกิดความตึงเครียด ท่านทำกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อคลายความตึงเครียด เช่น ชมภาพยนตร์ อ่านนวนิยาย เป็นต้น	191 (47.8)	194 (48.5)	15 (3.8)	2.1
19. ท่านไปตรวจเช็คร่างกายประจำปี เพื่อดูว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง	65 (16.3)	187 (46.8)	148 (37)	2.4
20. ท่านออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว ๆ วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำบริหาร หรือเล่นกีฬา อื่น ๆ ตามความสนใจ	109 (27.3)	242 (60.5)	49 (12.3)	2.1
21. ท่านซื้อยากินเอง เมื่อรู้สึกว่าจะไม่สบาย	67 (16.8)	241 (60.3)	92 (23.0)	2.0
22. ท่านอ่าน ติดตามข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	133 (33.3)	250 (62.5)	17 (4.3)	2.2
23. ท่านพูดคุยเรื่องสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องโรคหัวใจหลอดเลือด หัวใจความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง กับบุคคลใกล้ชิด	69 (17.3)	269 (67.3)	62 (15.5)	2.0
24. เมื่อมีความกังวลใจ หรือเครียด ไม่สบายใจ ท่านระบายให้เพื่อนฟัง	137 (34.3)	227 (56.8)	36 (9.0)	2.2
25. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีราคาถูกมากกว่าความอร่อย	133 (33.3)	230 (57.5)	37 (9.3)	2.2

ภาคผนวก ข.

- รายนามผู้เชี่ยวชาญ
- หนังสือขอความอนุเคราะห์

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

- | | | |
|---|---|---|
| 1 | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2 | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กาญจนา รุ่งตรานนท์ | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3 | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 4 | นางศุภวรรณ มโนสุนทร | ศูนย์พัฒนาการควบคุมโรคไม่
ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข |
| 5 | น.ส. สมบูรณ์ ขอสกุล | ผู้อำนวยการพิเศษด้านการ
เผยแพร่กองสุศึกษา สำนัก
งานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |

ที่ ทม 1007/0271

ครุฑ

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสานมิตร สุขุมวิท 23

กรุงเทพฯ 10110

15 ธันวาคม 2536

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางเพ็ญศรี เกิดนาค เป็นนิสิตปริญญาโท วิชา
เอกสุขภาพ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความช่วยเหลือในการศึกษาค้นคว้าเพื่อทำ
วิทยานิพนธ์ เรื่อง ลีลาชีวิตในการป้องกันโรคติดต่อของประชาชนเขตเมือง : กรณี
ศึกษาจังหวัดนนทบุรี

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ดร. ชนวรธน์ อัมสมบูรณ์ ประธาน

พ.ญ. ฉายศรี สุนทรศิลป์ชัย กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขออนุญาตให้ประชาชนในเขตพื้นที่ ตอบแบบสอบถาม
ในระหว่างเดือนมกราคม 2537 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และ
ขอขอบคุณในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่บัณฑิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.ศิริภา พูลสุวรรณ)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นางเพ็ญศรี

ชื่อสกุล เกิดนาค

เกิด 2 พฤษภาคม 2493

สถานที่เกิด อำเภอท่าม่วง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สถานที่อยู่ปัจจุบัน 1156 บ้านพักทหารม้า 10 ซอยซ้าย

ถนนสามเสน แขวงตำบลถนนนครไชยศรี

เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

ประวัติการศึกษา

- พ.ศ. 2510 มศ. 3 จากโรงเรียนสตรีประจำจังหวัดสุราษฎร์ธานี
จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- พ.ศ. 2512 ประกาศนียบัตรการศึกษา จากวิทยาลัยครูบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
- พ.ศ. 2514 ป.ก.ศ.สูง จากวิทยาลัยครูเพชรบุรีวิทยาเพชรบุรี
- พ.ศ. 2523 กศ.บ. (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พลศึกษา
- พ.ศ. 2537 กศ.ม. (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

**ลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง
: กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี**

**บทคัดย่อ
ของ
เพ็ญศรี เกิดนาค**

**เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา
เมษายน 2537**

การศึกษาค้นคว้านี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทราบถึงระดับการรับรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพการสมรส สถานภาพทางครอบครัว และแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ชายหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามวัดการรับรู้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ และวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าทดสอบที ค่าทดสอบเอฟ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากผลคูณของคะแนนแบบเพียร์สัน

ผลการศึกษานพบว่า

1. ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อ อยู่ในระดับดี การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคอยู่ในระดับพอใช้
2. ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มี เพศ อายุ สถานภาพทางการสมรส สถานภาพทางครอบครัว และแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ แตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ ไม่แตกต่างกัน
3. ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรีที่มีการศึกษา รายได้ อาชีพ ต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
4. ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีเพศ อายุ การศึกษา รายได้ และสถานภาพทางครอบครัว ต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01
5. ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีอาชีพ สถานภาพทางการสมรส แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน
6. การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรสดังกล่าวของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรีมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .19
7. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการดูแลสุขภาพของประชาชนเขตเมืองได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพทางครอบครัว

LIFESTYLE RELATING TO THE PREVENTION OF
NON COMMUNICABLE DISEASES AMONG URBAN POPULATION
: A CASE STUDY OF CHANGWAT NONTHABURI

AN ABSTRACT

By

PENSRI KIRDNARK

Presented in Partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

April 1994

The objectives of this study are to study level of perception in health belief on non communicable diseases and practices for its prevention among urban population in changwat Nonthaburi. Independent variables are : sex, age, education, income, occupation, marital status, family status, and source of information. The Multistage Randon Sampling was used to obtain over 15 year old 400 males and females. Questionniare was used collecting the data. t-test, F-test and Pearson's Correlation coefficient were used for data analysis.

The results of the study were as follows

1. Most urban population had good level of perception on non communicable diseases and their practice was at fair level.

2. The urban population with differences in their sex, age, marital status, family status and source of information showed no difference in thier perceptions.

3. The urban population with differences in their education, income, and occupation showed their differences in their at .01 level.

4. The urban population with differences in their sex, age, education, income, and family status showed difference in their practices relating to prevention of non communicable diseases at .01 level.

5. The urban population with differences in their occupation, marital status and source of information showed no differece in their practices relating to diseases prevention.

6. There was a significant relationship between health perception on non communicable diseases and practice relating to its prevention at .01 level, and the Correlation Coefficient was .19

7. Sex, age, income, education, occupation and marital status are the factors determining the self-care process among population.