

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบภาพประจำปี
ของพนักงานบริษัทประกันชีวิต

ปริญญาณิพนธ์
ของ
อัจฉรา ว่องไวโรจน์

เสนอตอบบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุศึกษา

ตุลาคม 2548

ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๖๑๗
๑๔๑๑๗
ร ๖

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี
ของพนักงานบริษัทประกันชีวิต

บทคัดย่อ
ของ
อัจฉรา ว่องไวโรจน์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
ตุลาคม 2548

๒ 2836๐๘

10 ส.ค. 2549

อัจฉรา วงไวโรจน์ (2548) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของ พนักงานบริษัทประกันชีวิต ปริญญาณพนธ์ วทม (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณะกรรมการควบคุม รองศาสตราจารย์ จุฑามาต เทพชัยศรี, อาจารย์ ดร ทรงพล ต่อนี้

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ Case Control Study เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทประกันชีวิต กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี การรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปี และปัจจัยชักนำ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายนอกตนเองด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพนักงานบริษัทไทยพาณิชย์วินยอร์คไลฟ์ ประกันชีวิต สำนักงานใหญ่ จำนวน 300 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ตรวจสุขภาพจำนวน 100 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 200 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ การทดสอบไค-สแควร์ (Chi-Square Test) ค่า Odds Ratio ช่วงความเชื่อมั่นของ Odds Ratio (95% confidence interval of OR) และ Multiple Logistic Regression โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการศึกษาพบว่า

1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 ได้แก่ 1) อายุ โดยพบว่า พนักงานที่มีอายุ 30-39 ปีมีการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าพนักงานที่มีอายุ 20-29 ปี เท่ากับ 2.05 เท่า (95% CI(OR) = 1.08-3.90) 2) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปีในระดับสูงมีการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าพนักงานที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปีในระดับปานกลาง เท่ากับ 2.19 เท่า (95% CI(OR) = 1.12-4.88) 3) การรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานที่มีการรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปีในระดับต่ำมีการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่า พนักงานที่มีการรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปีในระดับปานกลาง-สูง เท่ากับ 18.59 เท่า (95% CI(OR) = 9.26-37.33) และ 4) ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว พบว่า พนักงานที่คนในครอบครัวมีประวัติการเจ็บป่วยไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าพนักงานที่คนในครอบครัวไม่มีประวัติการเจ็บป่วย เท่ากับ 2.96 เท่า (95% CI(OR) = 1.55-5.64)

2 ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ

FACTORS RELATED TO ANNUAL HEALTH CHECK UP
OF STAFF IN LIFE INSURANCE COMPANY

AN ABSTRACT
BY
ACHARA WONGWAIROJ

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Science degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
October 2005

Achara Wongwairoj (2005) *Factors Related to Annual Health Check Up of Staff in Life Insurance Company* Master Thesis, M Sc (Health Education) Bangkok Graduate School, Srinakharinwirot University Advisor Committee Assoc Prof Chutamat Tapchaisri, Dr Songpol Tornee

This case control study was designed to investigate the factors related to annual health check up of staffs of life insurance company in Bangkok Metropolis. The studied variables were personal factors, i.e., sex, age, educational level, health perceived factors, i.e., perceived susceptibility of diseases due to their behaviors, perceived severity of diseases due to their behaviors, perceived barrier of annual health check up and perceived benefit of annual health check up, predisposing factors, i.e., underlying diseases of members in the family, health status perception, internal health locus of control and external health locus of control.

The studied samples were 300 staffs of the Siam Commercial New York Life Insurance Company. They were divided into two groups by purposive sampling, i.e., 100 for the annual health check up cases and 200 for the control group. Questionnaires constructed by the researcher were used to collect data. Percentage, Chi-square test, Odds Ratio, 95% confidence interval of Odds Ratio and multiple logistic regression were used to analyze the data by a computer program.

The results were as follows:

- 1) The factors relating to annual health check up (at 0.05 level of significance) were:
 - 1) age, i.e., 30-39 years old staffs had higher rate of annual health check up than 20-29 years old staffs by 2.05 times (95% CI(OR) = 1.08-3.09),
 - 2) Perceived benefits of annual health check up, it was found that the staffs who had high level of perceived benefit of annual health check up had higher rate of annual health check up than those who had moderate level of perceived benefit of annual health check up by 2.19 times (95% CI(OR) = 1.12-4.88),
 - 3) Perceived barrier of annual health check up, it was found that the staffs who had low level of perceived barrier of annual health check up had higher rate of annual health check up than those who had moderate-high level of perceived barrier of annual health check up by 18.59 times (95% CI(OR) = 9.26-37.33) and
 - 4) underlying diseases of members in the family, it was found that the staffs who had members in the family with underlying diseases had higher rate of annual health check up than those who had members in the family with no underlying diseases by 2.96 times (95% CI(OR) = 1.55-5.64).

2 The factors with no significant differences in relation to annual health check up were sex, educational level, perceived susceptibility of diseases due to their behavior, perceived severity of diseases due to their behavior, health status perception, internal health locus of control and external health locus of control

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี
ของพนักงานบริษัทประกันชีวิต

ของ
นางสาวอัจฉรา ว่องไวโรจน์

ได้รับการอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

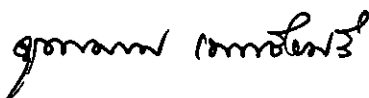


คณะศิลปบัณฑิตวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)

วันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2548

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์



ประธาน

(รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี)



กรรมการ

(อาจารย์ ดร. ทรงพล ดอนี่)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรสุข หุ่นนรินทร์)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพินท์ ชูชม)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ จุฬามาศ เทพชัยศรี อาจารย์ ดร ทรงพล ต่อนี้ ประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร พรสุข หุ่นรินทร์ รองศาสตราจารย์ ดร อรพินทร์ ชูชม กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติมที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆจนผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์นี้ได้สำเร็จ

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวดี ไกรพันธ์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ อาจารย์สุธีรา เมืองนาโพธิ์, อาจารย์ทัศนาก ทอภักดี และนายแพทย์ นพพร วชิรศักดิ์ศิริ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และปรึกษาในการสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณพี่ๆน้องๆชาวบริษัทฟิโน้นซ่าประกันชีวิตทุกคนที่ได้ให้ความร่วมมือในการทดสอบคุณภาพแบบสอบถาม

ขอขอบคุณพี่ๆน้องๆชาวไทยพาณิชย์ นวยอร์คไลฟ์ประกันชีวิต ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

ขอขอบคุณผู้จัดการสวนพิจารณาสินไหม คุณจิรายุ หมีปาน ที่ให้การสนับสนุนด้านการศึกษา และพี่ๆ น้องๆ ชาวแผนกสินไหมทุกท่านที่ช่วยตามเก็บข้อมูล และเป็นกำลังใจตลอดมา

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ซึ่งส่งเสริมและสนับสนุนด้านการศึกษา และเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยมาตลอด

อัจฉรา ว่องไวโรจน์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	3
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	3
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	3
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	3
ตัวแปรที่ศึกษา	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า	9
สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า	10
2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	11
การตรวจสอบสุขภาพ	11
โรคที่เกิดจากพฤติกรรม	16
โรคหัวใจและหลอดเลือด	16
โรคความดันโลหิตสูง	20
โรคเบาหวาน	23
โรคมะเร็ง	28
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	34
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	39
ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	49
งานวิจัยในต่างประเทศ	49
งานวิจัยในประเทศ	50
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	53
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	53
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	55

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
3(ต่อ)	
ลักษณะของเครื่องมือ	55
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	57
เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย	58
การหาคุณภาพเครื่องมือ	60
การเก็บรวบรวมข้อมูล	62
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล	62
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	62
4	67
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	67
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	67
การวิเคราะห์ข้อมูล	67
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	68
5	79
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	79
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	79
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	79
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	79
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	79
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	81
อภิปรายผล	82
ข้อเสนอแนะ	89
บรรณานุกรม	90
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก	99
ภาคผนวก ข	101
ภาคผนวก ค	115
ประวัติย่อผู้วิจัย	121

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน	25
2 แสดงระดับนัยสำคัญ และอำนาจของที่ใช้ทดสอบค่า $(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2$	54
3 แสดงการคำนวณการทดสอบความสัมพันธ์ โดยวิธี Yate's correction	65
4 แสดงการคำนวณการทดสอบความสัมพันธ์ โดยวิธี Fisher's exact test	65
5 แสดงการคำนวณ Odds Ratio	66
6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตรวจสุขภาพ	68
7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล	69
8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ	70
9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยชักนำ	72
10 แสดงการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตรวจสุขภาพประจำปี	74
11 แสดงการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพกับการตรวจสุขภาพประจำปี	75
12 แสดงการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชักนำกับการตรวจสุขภาพประจำปี	76
13 แสดงการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี การรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปี และประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานประกันชีวิต โดยใช้ Multiple logistic regression	77
14 แสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม	116
15 แสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม	116
16 แสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี	117
17 แสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี	118

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
18 แสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม การรับรู้ภาวะสุขภาพ	118
19 แสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านสุขภาพ	119
20 แสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ความเชื่ออำนาจภายนอกตน ด้านสุขภาพ	120

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า	9
2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	38
3 กระบวนการของการรับรู้	41
4 รูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน	46

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ภาวะสุขภาพของไทยในปัจจุบันนับวันมีแต่จะเสื่อมถอยลงอยู่ทุกขณะ เนื่องจากปัจจุบันปัญหาสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงสิ่งแวดล้อมล้วนมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน จะเห็นได้ว่า ประชาชนในสมัยก่อนผู้หญิงจะเป็นแม่บ้านแม่เรือน ส่วนผู้ชายก็จะเป็นผู้ที่ออกไปทำงานนอกบ้าน แต่ปัจจุบันวิถีชีวิตได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม สามีภรรยาต้องออกมาทำงานนอกบ้านเพื่อหาเลี้ยงชีพ มีภาระที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น เช่น ภาระหนี้สินต่างๆ ภาระในการเลี้ยงดูบุตร เป็นต้น จึงต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อให้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ทำให้ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง จึงเกิดปัญหาสุขภาพตามมา จากหลายๆ ปัจจัยทำให้ประชาชนส่วนใหญ่จึงหันมาทำงานในบริษัทเอกชนมากขึ้น เพราะให้ค่าตอบแทนค่อนข้างสูง และมีสวัสดิการใกล้เคียงกับระบบข้าราชการ รวมถึงสวัสดิการด้านสุขภาพ ภาคเอกชนส่วนใหญ่มีสถานที่ตั้งของบริษัทในชุมชนเมืองมากกว่า และจากสภาพสังคมในเมืองนี้เองที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพมาก เนื่องจากสังคมเมืองล้วนแต่มีปัจจัยเสริมให้เกิดโรค ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านพฤติกรรมมีรูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมให้เป็นโรค เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด ซึ่งปัจจุบันปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลก่อให้เกิดโรคมามากที่สุดถึงร้อยละ 53 สิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ เช่น การอาศัยอยู่ในบ้านหรือสถานที่ทำงานในบริเวณที่มีการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคที่สำคัญเช่นเดียวกัน ร้อยละ 3 และปัจจัยชีวภาพ เช่น พันธุกรรม เป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค ร้อยละ 16 (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ 2546 ออนไลน์)

จากสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2545 พบว่าแนวโน้มประชากรที่ป่วยด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรม เช่น โรคหัวใจมีจำนวนร้อยละ 24.6 โรคหลอดเลือดมีจำนวนร้อยละ 21.5 โรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนร้อยละ 5.1 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกว่าที่ผ่านมา และยังพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายในอันดับแรก ร้อยละ 73.3 ตามมาด้วยการตายจากอุบัติเหตุก็เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 53.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 52.2 และโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 21.1 ตามลำดับ ซึ่งหากแบ่งสาเหตุการตายจากโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อ พบว่า แนวโน้มสาเหตุการตายจากโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อของประเทศไทย พ.ศ. 2536 – 2545 นั้น พบว่าตายจากสาเหตุเนื้องอกมีแนวโน้มสูงขึ้น ตามมาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคเหล่านี้ล้วนเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้

ด้วยสาเหตุนี้ รัฐบาลจึงได้ให้ความสนใจเป็นอย่างมากในการส่งเสริมสุขภาพทั้งในภาครัฐและเอกชนตามนโยบายสร้างนาซอม ทำให้เกิดการรณรงค์เกี่ยวกับเรื่องการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ตามนโยบายการพัฒนาแห่งสหสวรรค 2558 ที่เน้นให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองโดยรัฐบาลสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง สิ่งหนึ่งที่ได้ทำคือ การตรวจสุขภาพประจำปี ปัจจุบันสังคมไทยให้ความสำคัญต่อการตรวจสุขภาพเป็นอย่างมาก จัดเป็น

การตอบรับกระแสการส่งเสริมการป้องกันโรคก่อนการรักษาตามทิศทางการปฏิรูปสุขภาพ ตามปกติทั่วไปคนจะรับการตรวจสุขภาพก็ต่อเมื่อเข้าทำงาน เข้ารับการรักษา หรือเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องได้รับการตรวจร่างกาย เพื่อคัดกรองไม่ให้บุคคลที่อาจมีสุขภาพไม่สมบูรณ์เข้าทำงาน เข้าศึกษาหรือเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ อันจะก่อให้เกิดภาระแก่หน่วยงาน แต่ภายหลังที่เข้าทำงาน หรือได้รับการบรรจุแล้วหลายหน่วยงานมีสวัสดิการด้านการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นการตรวจสุขภาพอย่างแท้จริง เพื่อตรวจสุขภาพหรือภาวะของสุขภาพ ว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ การตรวจสุขภาพนั้น แพทย์จะพูดคุย ชักถามประวัติส่วนตัว ครอบครัว เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค สามารถป้องกันก่อนการเกิดโรค หรือหากเป็นโรคแล้วจะได้รับการรักษาแต่เนิ่นๆ

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544 แต่ไม่ได้ใช้หลักเกณฑ์ทางการศึกษาพฤติกรรมทางด้านสังคม เช่น การเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป็นต้น เป็นตัววัดการดูแลสุขภาพของประชากรไทย พบว่ามากกว่าครึ่งของประชากร มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง ประมาณ 1 ใน 3 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูง และมีจำนวนเล็กน้อยที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับต่ำ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2546 ออนไลน์) ซึ่งให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพไม่มากนัก หากปล่อยทิ้งไว้ก็จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่อไป การตรวจสุขภาพทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ ซึ่งหากพบปัญหาจะสามารถป้องกันหรือรักษาได้แต่เบื้องต้น ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ไม่เป็นภาระของครอบครัว และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป และดำรงชีวิตในบั้นปลายได้อย่างมีคุณภาพ และมีศักดิ์ศรี

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงาน ทั้งนี้เพราะบริษัทเอกชนส่วนใหญ่มีสวัสดิการการตรวจสุขภาพ แต่พนักงานยังให้ความสนใจน้อย และมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ลักษณะงานที่ทำเป็นงานที่ทำงานอยู่ในสำนักงาน ไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย และช่วงเวลาทำงานยาวมากกว่า 8 ชั่วโมง ประกอบกับสำนักงานตั้งอยู่ในที่ชุมชน ทำให้มีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารแบบอาหารจานด่วนมากขึ้น เพื่อความรวดเร็วและสะดวก มีกิจกรรมในการออกกำลังกายน้อย จากการศึกษาวิจัยโดยองค์การอนามัยโลก (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ 2546 ออนไลน์) พบว่า การขาดการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นสาเหตุของการตายปีละเกือบสองล้านคนทั่วโลก และการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอเป็นสาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 31 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 11 และยังเป็นสาเหตุของมะเร็งทางเดินอาหารกว่าร้อยละ 19 ซึ่งการศึกษานี้จะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพและไม่ตรวจสุขภาพจะเป็นแนวทางในการจัดแผนงานหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการในปัจจุบัน หรือปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ไม่ถูกต้องได้ และเน้นให้เห็นข้อดีของการตรวจสุขภาพเพื่อเป็น แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของพนักงานต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทประกันชีวิต

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1 นำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีหรือส่งเสริมสวัสดิการด้านการตรวจสอบสุขภาพประจำปีแก่พนักงาน

2 เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนกิจกรรมการส่งเสริมการตรวจสอบสุขภาพประจำปีแก่พนักงาน

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบ Case – control study

ประชากร

พนักงานบริษัทไทยพาณิชย์นิวยอร์กไลฟ์ประกันชีวิต ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานใหญ่ จำนวน 400 คน

กลุ่มตัวอย่าง

พนักงานไทยพาณิชย์นิวยอร์กไลฟ์ประกันชีวิต สาขาสำนักงานใหญ่ ตั้งแต่ระดับพนักงานจนถึงระดับผู้จัดการส่วนที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงาน จำนวน 300 คน แบ่งเป็นกลุ่มตรวจสอบสุขภาพ(Case) 100 คน กลุ่มเปรียบเทียบ(Control) 200 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาโดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่อง(Pilot study) พนักงานในบริษัทไทยพาณิชย์ นิวยอร์กไลฟ์ประกันชีวิต จำนวน 20 คน แล้วนำมาคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ของ Kelsey (Kelsey J L 1996 327) ซึ่งพนักงานที่เข้ารับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 40 ส่วนพนักงานที่ไม่เข้ารับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 20 นำไปแทนค่าในสูตรของ Kelsey พบว่าได้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจสอบสุขภาพ จำนวน 58 คน แต่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาพนักงานที่เข้ารับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี จำนวน 100 คน และพนักงานที่ไม่รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี จำนวน 200 คน (Case control = 1 2)

ตัวแปรที่จะศึกษา

1 ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็น

1 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา

1 2 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี การรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปี

1 3 ปัจจัยชักนำ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ

2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปี

นิยามศัพท์เฉพาะ

1 การตรวจสุขภาพประจำปี

หมายถึง การตรวจสุขภาพทั้งการตรวจร่างกายทั่วไป และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ การตรวจปอดทางรังสีวิทยา การตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่แต่งงานแล้ว รวมถึงการตรวจเพิ่มเติมอื่นๆ ตามความเหมาะสมของเพศ อายุ อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ เป็นต้น ทั้งนี้ไม่ใช่การตรวจเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย หรือการตรวจเนื่องมาจากคำสั่งของแพทย์ โดยบริษัทมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก รวมทั้งการตรวจสุขภาพประจำปีในวงเงินตามตำแหน่งงานต่อปี

2 กลุ่มผู้ที่รับการตรวจสุขภาพประจำปี (Case)

หมายถึง พนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นิวยอร์กไลฟ์ ประกันชีวิต ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ณ สถานบริการทางด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 ครั้งใน 3 ปีที่ผ่านมา

3 กลุ่มเปรียบเทียบ (Control)

หมายถึง พนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นิวยอร์กไลฟ์ ประกันชีวิต ที่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี หรือเคยได้รับการตรวจแต่ว่างเว้นมาอย่างน้อย 3 ปี

4 เพศ

หมายถึง เพศของพนักงาน แบ่งเป็น

4 1 ชาย

4 2 หญิง

5 อายุ

หมายถึง จำนวนเต็มปีตั้งแต่เกิดจนถึงวันเก็บข้อมูล แบ่งเป็น

5 1 20 – 29 ปี

5 2 30 – 39 ปี

5 3 40 – 49 ปี

5 4 50 ปีขึ้นไป

6 ระดับการศึกษา

หมายถึง การศึกษาขั้นสูงสุดของพนักงาน แบ่งเป็น

6 1 ต่ำกว่าปริญญาตรี

6 2 ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

7 ความเชื่อด้านสุขภาพ

หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจตามความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผน ความเชื่อทางสุขภาพ ประกอบด้วย

7 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม

หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โดยประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมในระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

7 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม

หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างว่า โรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง ซึ่งอาจจะมียันตรายต่อสุขภาพ หรือชีวิตตนเอง หรือมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมมากน้อยเพียงใด โดยประเมินระดับการรับรู้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมในระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

7 3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี

หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างว่าการตรวจสุขภาพประจำปีมีประโยชน์ต่อตนเอง ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถค้นพบโรคได้ตั้งแต่เนิ่นๆ ทำการรักษาได้ตั้งแต่ต้นๆ และหากพบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะได้ป้องกันตั้งแต่ก่อนเกิดโรคได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยืนยาวต่อไป โดยประเมินระดับการรับรู้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 3 ระดับ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปีในระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

7 4 การรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี

หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างถึงความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัย หรือกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่มีผลในการขัดขวางการตรวจสุขภาพประจำปี ได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลา ความยุ่งยาก ความไม่สะดวกสบาย โดยการประเมินวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปีในระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

8 ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว

หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ หรือโรคไม่ติดต่อ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แบ่งออกเป็น

8.1 มี ได้แก่

8.1.1 โรคมะเร็ง

8.1.2 โรคหัวใจ

8.1.3 โรคความดันโลหิตสูง

8.1.4 โรคเบาหวาน

8.1.5 วัณโรค

8.1.6 ดับอักเสบบางไวรัส

8.1.7 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

8.1.8 ซัลโมเนลเลีย

8.2 ไม่มี

9 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่

9.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอดีตที่ผ่านมาว่าเป็นคนแข็งแรง หรืออ่อนแอเจ็บป่วยเพียงใด

9.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน

9.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของตนเองเกี่ยวกับความคาดหวัง ต่อภาวะสุขภาพของตนเองในอนาคต

9.4 การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนว่าสามารถต้านทาน หรือเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับความคาดคะเนของตนว่าอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย หรือเคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อนจะทำให้บุคคลนั้นมีความสนใจ เอาใจใส่สุขภาพของตน

9.5 ความวิตกกังวล และความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพ

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนตระหนักถึงภาวะสุขภาพ ซึ่งการให้ความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญ เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี จะทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองหรือแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อภาวะสุขภาพ

9 6 ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของตนเองว่าจะต้องประกอบด้วย ภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วยสลับกันไป การที่ยอมรับและเข้าใจว่ามีความเจ็บป่วย และแสวงหาความรู้ จะทำให้บุคคลนั้นมีการเตรียมพร้อมในการแก้ไขปัญหา และมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีและเหมาะสม

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพตั้งแต่ข้อที่ 9 1 – 9 6 ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception) ของบรูคและคณะ (Brook et al 1979) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพระดับดี ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

10 ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ (Internal-external Health Locus of Control)

หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้ต่อความสามารถของตนเอง ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของตนเอง ประกอบด้วย

10 1 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (Internal Health Locus of Control)

หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจ หรือรับรู้สุขภาพอนามัยของตนเอง เป็นผลมาจากการกระทำของตนไม่ว่าจะเป็นไปในด้านดีหรือไม่ดีก็ตาม

10 2 ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ (External Health Locus of Control)

หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจ หรือรับรู้สุขภาพอนามัยของตนเองไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำ หรือความสามารถของตนเองแต่ขึ้นอยู่กับสาเหตุต่างๆจากภายนอก แบ่งออกเป็น

10 2 1 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ (Power Others Health Locus of Control)

หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้ว่าการที่ตนเองเจ็บป่วยจากโรคต่างๆไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำของตนแต่ขึ้นอยู่กับผู้อื่น ได้แก่ บุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อน

10 2 2 ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ (Chance Health Locus of Control)

หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจ หรือรับรู้การที่ตนเองเจ็บป่วยจากโรค ต่างๆ ไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำของตน แต่ขึ้นอยู่กับสาเหตุต่างๆภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ ความบังเอิญ โชคชะตา เคราะห์กรรม อำนาจเหนือธรรมชาติ

ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ สามารถวัดโดยแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ (The Multidimensional Health Locus of Control Scale) แบ่งเป็น ความเชื่ออำนาจ

ภายในต้นเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากพฤติกรรม และความเชื่อ
อำนาจภายนอกต้นเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากพฤติกรรม

11 โรคที่เกิดจากพฤติกรรม

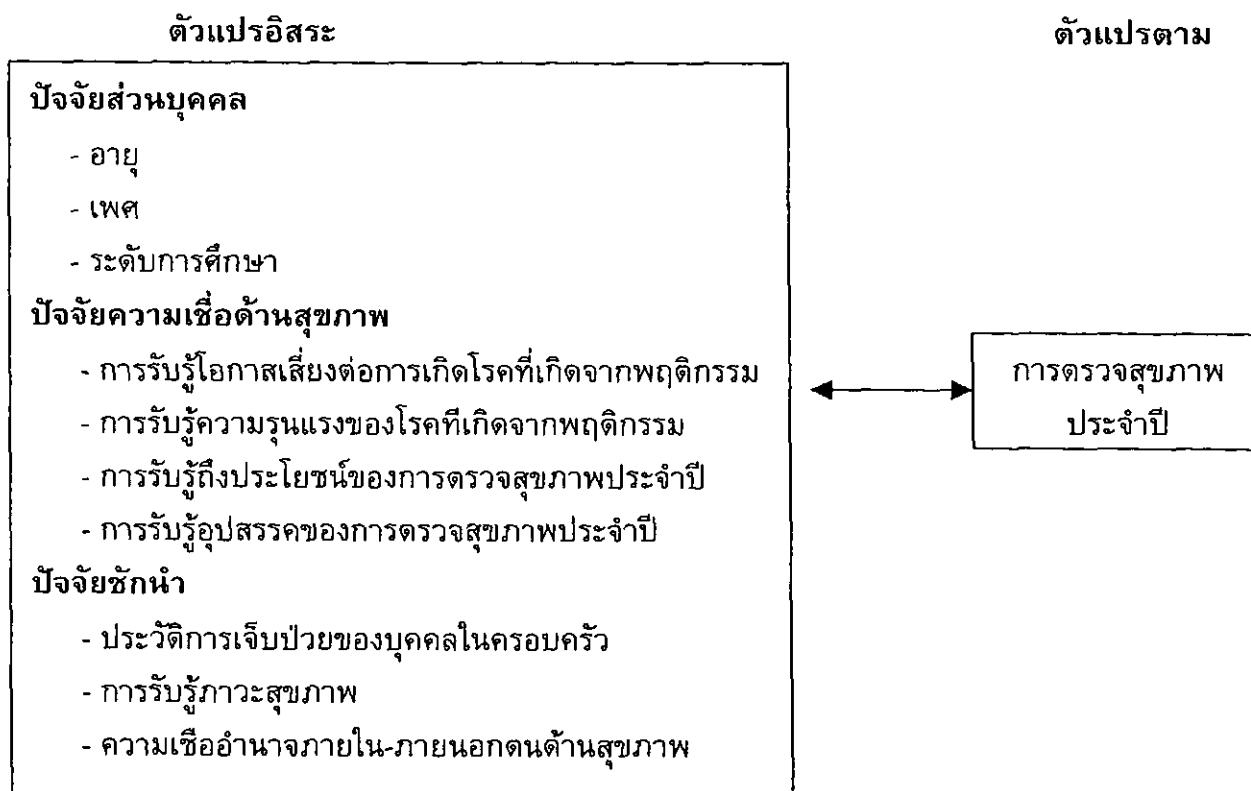
หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นเนื่องจากการประพฤติปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งโรคเหล่านี้ไม่ใช่
โรคติดต่อ และอาจเป็นโรคที่เกี่ยวข้องทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้มีแนวโน้มต่อการเกิด
โรคต่อสามารถป้องกันได้ แต่โดยส่วนใหญ่มีส่วนสัมพันธ์กับสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และ
สิ่งแวดล้อม และโรคในกลุ่มนี้มักเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในการศึกษา
ครั้งนี้หมายถึงเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน
เท่านั้น

12 พนักงานไทยพาณิชย์นิวยอร์กไลฟ์ประกันชีวิต

หมายถึง พนักงานของบริษัทไทยพาณิชย์นิวยอร์กไลฟ์ประกันชีวิตที่ทำงานประจำ
สำนักงานใหญ่ในกรุงเทพมหานคร และไม่ออกปฏิบัติงานนอกสถานที่ตั้งแต่ละระดับพนักงานจนถึง
ระดับผู้จัดการส่วน

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทประกันชีวิต ปรากฏตามกรอบแนวคิดในภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

- 1 เพศ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี
- 2 อายุ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี
- 3 ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี
- 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี
- 5 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี
- 6 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี
- 7 การรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี
- 8 ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี
- 9 การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี
- 10 ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี
- 11 ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

- 1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 1 1 การตรวจสุขภาพ
 - 1 2 โรคที่เกิดจากพฤติกรรม
โรคหัวใจและหลอดเลือด
โรคความดันโลหิตสูง
โรคเบาหวาน
โรคมะเร็ง
 - 1 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 1 4 การรับรู้ภาวะสุขภาพ
 - 1 5 ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ
- 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2 1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2 2 งานวิจัยในประเทศ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การตรวจสุขภาพ

ความหมายและคำจำกัดความของการตรวจสุขภาพ

ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร (2528 : 61) ได้กล่าวว่า การตรวจสุขภาพหรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า การประเมินสุขภาพส่วนบุคคล เป็นการวินิจฉัยภาวะสุขภาพอนามัยหรือภาวะการเป็นโรคหรือความผิดปกติต่างๆ ของบุคคลทั่วไปที่มารับบริการในขณะที่ยังไม่ปรากฏอาการของโรค โดยการถามประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ความสำคัญของการตรวจสุขภาพ

การตรวจสุขภาพเป็นแนวทางการปฏิบัติอย่างหนึ่งในการดูแลตนเอง และเป็นสิ่งที่จะต้องตระหนักให้มากในสังคมปัจจุบัน เพราะแบบแผนของการเจ็บป่วยได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กล่าวคือ จากโรคติดต่อร้ายแรงมาเป็นโรคติดต่อ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้องเหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น แต่ถ้าได้มี

การตรวจสุขภาพเป็นระยะๆ สม่ำเสมอ หรือได้รับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จะทำให้ทราบว่าภาวะสุขภาพของตนเองนั้นเป็นอย่างไร มีสุขภาพดีเพียงใด มีโรคอะไรบ้าง และเป็นการค้นหามโรคก่อนจะปรากฏอาการ (วัลย์ทิพย์ สาขลวิจารณ์, 2536 : 77) ซึ่งโรคหลายโรคเมื่อเริ่มเป็นยังไม่แสดงอาการชัดเจน โรคที่เริ่มเป็นผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ เพราะยังไม่มีอาการผิดปกติ หรือมีเพียงเล็กน้อย โรคที่เริ่มเป็นผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ เพราะยังไม่มีอาการผิดปกติ หรือมีเพียงเล็กน้อย ถ้าไม่ได้สังเกตหรือหมั่นสำรวจตนเองก็ไม่รู้ หรือบางครั้งก็เผลอว่าไม่สำคัญ ไม่เห็นเป็นอะไร คงใช้ชีวิตอย่างเดิมต่อไปไม่ไปปรึกษาแพทย์หรือตรวจรักษาทำให้เป็นมากขึ้น และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ปัจจุบันวิทยาการทางด้านการแพทย์ และเทคโนโลยีต่างๆ ก้าวหน้าไปมาก โอกาสที่จะค้นหา หรือตรวจวินิจฉัยได้ในระยะเริ่มแรกมีมากขึ้น ดังนั้น การตรวจสุขภาพเป็นระยะๆ ตามความเหมาะสมจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับประชากรทุกคน ไม่ว่าจะเป็นวัยใดก็ตาม และพร้อมกันนี้เรายังได้รับประโยชน์ของการตรวจสุขภาพด้วย (ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร 2528 : 67- 68, ชีระ ศิริอาชาวัฒนา 2527 : 43)

ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพ

1 สามารถค้นพบโรคต่างๆ และสิ่งผิดปกติในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการได้ ซึ่งช่วยให้ได้รับการรักษาโรคในระยะเริ่มแรก ลดระยะเวลาการเป็นโรคพร้อมทั้งทำให้มีโอกาสที่จะรักษา ให้หายขาดได้ เช่น การค้นพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกของปอด ตับ เต้านม และปากมดลูก เป็นต้น สามารถทำการผ่าตัดให้หายขาดได้ แต่ถ้าได้รับการตรวจพบในระยะที่มะเร็งได้แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองแล้วการรักษาก็ต้องกระทำโดยวิธีอื่น และผลของการรักษาก็จะไม่ดีเหมือนกับในระยะเริ่มแรก

2 ช่วยในการป้องกันโรค และมีโอกาสที่จะได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพจากแพทย์ หรืออาจส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสมในชีวิตประจำวัน เช่น น้ำหนักตัวมากเกินไปหรืออ้วน มีความดันโลหิตสูง เมื่อได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการลดปริมาณการรับประทานอาหารจำพวกไขมันให้น้อยลง และได้รับการรักษาความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ โอกาสที่จะป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดก็จะน้อยลง

3 ช่วยทำให้ผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพมีความมั่นใจ มีความสบายใจว่าตนเองมีสุขภาพดี และช่วยลดความวิตกกังวลลงได้ หลังจากที่ได้รับผลการตรวจสุขภาพ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องแล้วจากผู้ที่เกี่ยวข้อง

แม้ว่าการตรวจสุขภาพจะให้ประโยชน์หลายประการดังกล่าวข้างต้น แต่ก็พบว่ามีคนเป็นจำนวนมากที่ไม่สนใจเข้ารับการตรวจสุขภาพ โดยเฉพาะบุคคลที่ยังไม่มีอาการแสดงของโรคเกิดขึ้น เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านอาชีพ และกิจวัตรประจำวัน (ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร 2528 : 62) และเห็นว่าเป็นการยุ่งยาก ไม่สะดวกและเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายสูงกลัวตรวจพบโรคร้ายแรงที่แฝงอยู่หรือเกิดความกังวลใจเมื่อเกิดอาการผิดปกติไปเล็กน้อย และประการสุดท้ายเป็นความ

เกียจคร้านของบุคคลนั้น (ธีระ ศิริอาชาวัฒนา 2527 43, วลัยทิพย์ สาชลวิจารณ์ 2538 65, อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์ 2540 95)

การตรวจสุขภาพ

การตรวจสุขภาพ เป็นการค้นหาข้อมูลภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคลทั่วไปซึ่งส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการของโรค โดยการถามประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพว่าสมบูรณ์มากน้อยเพียงใด เช่น การตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน เพื่อคัดบุคคลที่ร่างกายสมบูรณ์เข้าทำงานบุคคลที่มีโรคบางชนิดเมื่อเข้าปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรมบางชนิดอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ เมื่อเข้าทำงานไปได้ระยะหนึ่งก็จะต้องมีการตรวจสุขภาพเป็นระยะๆ บุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การติดยาเสพติด เป็นต้น ควรจะได้มีการตรวจสุขภาพเป็นประจำ การตรวจสุขภาพมีวิธีการเหมือนกับการตรวจโรค

การตรวจสุขภาพโดยทั่วไป ประกอบด้วย

1 การถามประวัติ

การตรวจสุขภาพและการตรวจโรคจำเป็นที่จะต้องได้ประวัติและสาเหตุที่สำคัญของผู้มารับการตรวจโดยรวบรวมข้อมูลที่เป็นประโยชน์และเกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยมากที่สุดมาเป็นเกณฑ์ประกอบในการพิจารณาภาวะสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การถามประวัตินับเป็นขั้นแรกที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยโรคและประเมินภาวะสุขภาพอนามัย ประวัติที่ได้จะต้องกะทัดรัดถูกต้องและเข้าใจง่าย ข้อมูลจากการถามประวัติจะช่วยชี้แนะถึงปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่และเป็นแนวทางในการตรวจต่อไป การถามประวัติที่ดีจะช่วยในการตรวจสุขภาพและตรวจโรคได้มาก ทั้งนี้ต้องอาศัยความสามารถและวาทศิลป์ของผู้ถาม เพราะข้อมูลบางอย่าง ผู้ตอบอาจรู้สึกเป็นความลับและไม่อยากเปิดเผย แนวทางการถามประวัติประกอบด้วย

1 1 รายละเอียดทั่วไปเป็นรายละเอียดที่ต้องบันทึกไว้ก่อนจะเริ่มทำการถามประวัติ ตามปกติรายละเอียดส่วนนี้ จะอยู่ส่วนบนของแผ่นประวัติผู้ป่วยหรือเป็นแผ่นประวัติใบแรก ประกอบด้วยรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับ ชื่อ นามสกุล เพศ อายุ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สถานภาพการสมรส อาชีพ ที่อยู่ และวันที่มารับการตรวจข้อมูลต่างๆ เหล่านี้จะเป็นประโยชน์ช่วยในการวินิจฉัยโรค และรวบรวมวิเคราะห์จัดทำรายงาน

1 2 สาเหตุสำคัญเป็นสาเหตุที่นำผู้ป่วยมาขอรับบริการตรวจรักษา อาจมีอาการเดียวหรือหลายอาการร่วมกัน ใช้คำบอกเล่าสั้นๆ ตามคำพูดเดิมให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และ บันทึกระยะเวลาที่ได้มีอาการเจ็บป่วยมาแล้ว หรือวันเริ่มป่วย

1 3 ประวัติการป่วยปัจจุบัน เป็นประวัติเกี่ยวกับเหตุการณ์และอาการเจ็บป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติหรือมีปัญหาเกิดขึ้นเรื่อยมาจนปัจจุบัน ควรบันทึกเหตุการณ์และอาการตามลำดับก่อนหลัง ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสได้เล่าถึงอาการป่วยของตนเอง สอดแทรกคำถามเกี่ยวกับรายละเอียดของอาการต่างๆ ประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย

ปัจจุบันควรประกอบด้วยระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ ระยะเวลาที่เป็น ลักษณะและตำแหน่งที่มีอาการ การดำเนินของโรคตามอาการ และความรุนแรงของอาการ

14 ประวัติการป่วยในอดีต เป็นประวัติเกี่ยวกับเหตุการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยในอดีตก่อนการเจ็บป่วยในปัจจุบัน เช่น ประวัติโรคต่างๆ ที่เคยเป็น ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันโรค ประวัติอุบัติเหตุที่เคยได้รับ ประวัติการผ่าตัด ประวัติการแพ้ยา ฯลฯ การทราบประวัติการเจ็บป่วยในอดีตช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค เพราะโรคบางโรคเป็นภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต เมื่อเคยเป็นแล้วจะไม่เป็นซ้ำอีก

15 ประวัติส่วนบุคคล เป็นประวัติเกี่ยวกับลักษณะนิสัย ภูมิหลัง วิธีการดำรงชีพ และสภาพสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ช่วยเป็นพื้นฐานให้เข้าถึงอาการป่วยเกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ในการวินิจฉัย รักษาและป้องกัน เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพการสมรส นิสัยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา กาแฟ อาหารและยาที่ใช้เป็นประจำอาชีพ อาชีพ สิ่งแวดล้อมที่บ้านและที่ทำงาน

16 ประวัติครอบครัว เป็นประวัติการเจ็บป่วยของบิดามารดา พี่น้อง บุตรธิดา เครือญาติหรือคนใกล้ชิด ชักประวัติเกี่ยวกับโรคที่เคยเจ็บป่วยของบรรดาญาติพี่น้องของผู้ป่วย บุคคลเหล่านั้นมีอาการหรือเคยมีอาการเช่นเดียวกับผู้ป่วยบ้างหรือไม่ สมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคติดต่ออาจเป็นแหล่งแพร่เชื้อให้กับผู้ป่วยได้ บรรพบุรุษที่ป่วยเป็นโรคบางอย่างอาจเป็นกรรมพันธุ์ได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคหอบหืด ประวัติครอบครัว อาจมีส่วนสัมพันธ์กับอาการป่วยในปัจจุบัน

17 การทบทวนอาการตามระบบอวัยวะ เป็นการจัดรวบรวมอาการผิดปกติต่างๆ ของแต่ละระบบอวัยวะเพื่อช่วยให้ได้ประวัติสมบูรณ์ยิ่งขึ้น การทบทวนอาการตามระบบมักถามอาการทั่วไป ผิวหนัง ศีรษะ ตา หู จมูก ช่องปาก ต่อมไทรอยด์ เต้านม ระบบหายใจ ระบบการไหลเวียนของโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะเพศ ระบบประสาท ระบบโลหิต และระบบต่อมไร้ท่อ การทบทวนอาการตามระบบต่างๆ ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพอนามัยและการวินิจฉัยโรค

2 การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายเป็นวิธีที่จะทำให้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับภาวะของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ช่วยในการวินิจฉัยโรคและประเมินภาวะสุขภาพอนามัยของผู้รับการตรวจสมบูรณ์มากน้อยเพียงใด ผู้มารับการตรวจสุขภาพจะได้รับการตรวจทุกส่วนหรือระบบเพื่อช่วยในการหาร่องรอยของโรคได้แน่ชัดมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีอาการสำคัญของการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาชัดเจน ทำการตรวจทุกส่วนของร่างกายหรือระบบที่สงสัยว่าจะมีพยาธิสภาพให้ละเอียดมากขึ้น การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย

2.1 การดู (Inspection) เป็นการสังเกตสิ่งผิดปกติที่มองเห็นได้ด้วยตา เช่น ความพิการ อ้วนหรือผอม ชีต ตาเหลือง ไอ หอบ นอกจากนี้ยังสังเกตและตรวจดูระบบต่างๆ ของร่างกายได้

22 การคลำ (Palpation) เป็นการตรวจโดยใช้มือคลำส่วนของร่างกายหรือระบบอวัยวะต่างๆ ของร่างกายเพื่อให้ทราบว่ามีสิ่งผิดปกติอะไรเกิดขึ้นที่ไหน มีลักษณะอย่างไร เช่น การคลำตับ และม้ามว่าปกติหรือโตขึ้น การคลำก้อนเนื้อของเต้านม เป็นต้น

23 การเคาะ (Percussion) เป็นการตรวจโดยใช้มือเคาะเพื่อให้ทราบถึงความผิดปกติของอวัยวะภายในบ้างหรือไม่ เช่น การเคาะเพื่อดูบริเวณทึบของหัวใจ ตับ และม้ามว่ามีขนาดโตขึ้นกว่าปกติหรือไม่

24 การฟัง (Auscultation) เป็นการตรวจโดยการฟัง ฟังเสียงหัวใจ เสียงหายใจ และเสียงผิดปกติต่างๆ

3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มักตรวจเป็นประจำ ประกอบด้วย

3.1 การตรวจเลือด เป็นวิธีการที่ช่วยในการค้นหาโรคและวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง การนำเลือดออกจากร่างกายออกมาตรวจเพียงเล็กน้อยจะให้ประโยชน์มากที่สุด เลือดในร่างกายของคนเราโดยเฉลี่ยแล้วมีจำนวนมากถึง 4 – 5 ลิตร การเสียเลือดตรวจเพียงเล็กน้อยไม่มีผลกระทบต่อร่างกาย การตรวจเลือดมีหลายชนิดด้วยกัน บางชนิดต้องการเลือดก่อนอาหารเช้าหรือดอาหารมา บางชนิดก็ตรวจได้ทันที

3.2 การตรวจปัสสาวะ เป็นวิธีการช่วยให้แพทย์สามารถค้นหาโรค และวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง โดยเฉพาะโรคระบบทางเดินปัสสาวะและโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคไต โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ

การตรวจปัสสาวะ มักตรวจจากน้ำปัสสาวะที่ถ่ายทันทีหรือจากปัสสาวะซึ่งเมื่อเวลาตื่นนอนตอนเช้าใหม่ๆ ซึ่งเป็นปัสสาวะซึ่งเกิดขึ้นตลอดทั้งคืนไม่เกี่ยวกับอาหารที่รับประทานเข้าไป การตรวจปัสสาวะหลังรับประทานอาหารเช้า อาจทำให้การตรวจผิดพลาดไปได้บ้าง น้ำปัสสาวะที่นำไปตรวจควรใส่ขวดหรือภาชนะใดๆ ก็ได้ที่ล้างสะอาดดีแล้ว และเขียนชื่อปิดไว้ให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันการสับสน

3.3 การตรวจอุจจาระ การตรวจอุจจาระช่วยในการประเมินสุขภาพส่วนบุคคลและช่วยในการวินิจฉัยโรคบางอย่างได้ ส่วนประกอบของอุจจาระ ได้แก่ อาหารหรือสิ่งที่บริโภคเข้าไปแล้วกระเพาะอาหารและลำไส้ย่อยไม่ได้ มีเชื้อจุลินทรีย์มากมายหลายชนิด และยังมีน้ำเมือกน้ำย่อยและเซลล์ที่ตายแล้วจากผนังทางเดินอาหาร อุจจาระปกติประกอบด้วยน้ำประมาณสองในสามส่วน และกากอาหารหนึ่งในสามส่วน ตามปกติถ่ายอุจจาระประมาณวันละ 1 – 2 ครั้ง อุจจาระมีสีน้ำตาลอ่อนถึงสีน้ำตาลแก มีลักษณะอ่อนนุ่ม ถ้าถ่ายอุจจาระมีสีดำหรือเหมือนกาแฟแสดงว่าอาจมีโรคกระเพาะอาหารเป็นแผลได้ การนำอุจจาระขนาดปลายนิ้วก้อยใส่ตลับเพื่อมาตรวจสิ่งผิดปกติและเพื่อตรวจหาไข่พยาธิต่างๆ เช่น พยาธิปากขอ พยาธิไส้เดือน พยาธิตัวติด หรือเชื้อบิด จะมีประโยชน์ในการค้นหาโรค และรีบให้รักษาก่อนที่จะมีอาการแทรกซ้อนอื่นๆ เกิดขึ้น

3.4 เอกซเรย์ปอด เป็นการตรวจเพื่อดูสภาพปอดและหัวใจทางรังสีวิทยา โดยรังสีแพทย์ (สมเจตน์ มณีपालวิวัฒน์ 2542 51)

35 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นการตรวจดูจังหวะการเต้นของหัวใจ ลักษณะการเหี่ยวหน้าของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ความผิดปกติของการขาดเลือดของผนังกล้ามเนื้อหัวใจ(สมเจตน์ มณีपालวิวัฒน์ 2542 51)

โรคที่เกิดจากพฤติกรรม

เป็นการศึกษาที่เน้นไปที่เรื่องของพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยง ซึ่งพิจารณาเลือกพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงเพื่อศึกษาว่าเป็นสาเหตุของภาวะโรคและการบาดเจ็บของปี 2542 ในสัดส่วนเท่าใด ได้พิจารณาจากภาวะโรคและการบาดเจ็บจากโรคที่ทำให้มีการสูญเสียมากในลำดับต้นๆ ว่ามีเหตุปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกัน อันเป็นเรื่องที่สามารถให้มีการดำเนินการด้านสุขภาพที่จะส่งผลให้ลดการสูญเสียดังกล่าวได้ ซึ่งได้เลือกพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ 14 เรื่อง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง คลอเลสเทอรอล ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การดื่มสุราและแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ผุ่นในอากาศ ความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพ ภาวะทุพโภชนาการ สุขาภิบาลและน้ำ การใช้สารเสพติดและการขับขีจึกรยานยนต์โดยไม่สวมหมวกกันน็อก (กระทรวงสาธารณสุข 2545 266)

จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2545 พบว่าแนวโน้มของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันสูง ได้เพิ่มความรุนแรงและมีแนวโน้มมากขึ้น และสาเหตุการตายจากมะเร็งกำลังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข 2545 113)

ในที่นี้จึงได้กล่าวเฉพาะโรคที่สำคัญๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง

โรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจเป็นคำที่กินความกว้างๆ ครอบคลุมโรค ภาวะ และอาการหลายอย่างเกี่ยวกับหัวใจ รวมทั้งความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจ ลิ้นหัวใจ และตัวคุมจังหวะซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการเต้นของหัวใจให้สม่ำเสมอเป็นปกติด้วย โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายสูงสุดในกลุ่มประชากรทางซีกโลกตะวันตก และอุบัติการณ์สูงขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศไทย คือ โรคท้อเลือดแดง และหลอดเลือดแดงเข้า ซึ่งเกิดจากการมีตะกรันเกาะอยู่ภายในผนังหลอดเลือดหัวใจ ทำให้รูหลอดเลือดแคบลง ตะกรันนี้ประกอบด้วยโคเลสเตอรอล โปรตีน และเศษเนื้อเยื่อที่ตายแล้ว รูหลอดเลือดจะแคบลงทำให้หลอดเลือดแข็งและขาดความยืดหยุ่น ผลที่ตามมาคือ ความดันโลหิตจะสูงขึ้น และเกิดการแตกร้าวที่ผนังหลอดเลือด เมื่อผนังหลอดเลือดมีรอยร้าว ก็อาจทำให้มีลิ่มเลือดมาอุดตัน จนทำให้รูหลอดเลือดทั้งหมดอุดตันได้ในที่สุด (โรคภัยใกล้ตัว 2545 28)

ปัจจัยเสี่ยง อาจจัดกลุ่มสำหรับโรคเรื้อรังได้เป็น 5 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ (ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล 2545 6-7)

- 1 กลุ่มที่แก้ไขไม่ได้ เช่น พันธุกรรม อายุ เพศ
- 2 พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การกิน การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา
- 3 ปัจจัยเสี่ยงทางสรีระ เช่น ความดันเลือดสูง น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง น้ำหนักเกิน
- 4 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม เช่น จราจรที่แออัด มลพิษ ที่อยู่อาศัยที่แออัด เสื่อมโทรม
- 5 นโยบายสาธารณะ เช่น ผังเมืองที่นำไปสู่การจราจรคับคั่ง การกระจายรายได้ที่ไม่สมดุล

พฤติกรรมเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด

พฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญมาก 3 ประการได้แก่

1 การสูบบุหรี่ ผู้ชายไทยทุกวันนี้เกือบครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่ ในขณะที่ผู้หญิงเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่สูบ แนวโน้มของพฤติกรรมสูบบุหรี่ในคนไทยมีทิศทางลดลงอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม เราไม่ควรนิ่งนอนใจเพราะในแต่ละปีการสูบบุหรี่ทำให้คนไทยเสียชีวิตมากถึง 42,000 คน และเยาวชนกำลังถูกชักนำให้สูบบุหรี่ด้วยกลยุทธ์การตลาดที่เล็ดลอดช่องโหว่ของกฎหมายอยู่เสมอ

2 การขาดการออกกำลังกาย สังคมไทยปัจจุบันที่เต็มไปด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และที่สาธารณะ สิ่งบันเทิงที่เข้าถึงบ้านในรูปแบบต่างๆ ได้ชักนำให้วิถีชีวิตที่พึ่งพาการใช้แรงงานนับวันลดน้อยถอยลง การขาดการออกกำลังกายเพิ่มความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดถึง 2.4 เท่า ในประเทศฟินแลนด์มีการวิจัยพบว่าหากอีกร้อยละ 8 ของคนวัยทำงานเลือดที่จะเดินหรือขี่จักรยานเพิ่มขึ้น การเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะลดลงร้อยละ 3-7

3 โภชนาการอันไม่เหมาะสม ทุกวันนี้คนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 35 มีปัญหาน้ำหนักเกินไปจนถึงอ้วน และเกือบครึ่งหนึ่งมีระดับโคเลสเตอรอลสูงเกิน ปัญหาทั้ง 2 ประการ มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือด ความอ้วนและน้ำหนักเกินเป็นดัชนีบ่งชี้ปัญหาโภชนาการไม่เหมาะสมและการขาดการออกกำลังกาย ระดับโคเลสเตอรอลสูงเกินเป็นอีกดัชนีที่บ่งชี้ปัญหาทางโภชนาการ มีการวิจัยเกี่ยวกับการทดลองทางโภชนาการด้วยการให้คนหลายกลุ่มที่มีภูมิหลังแตกต่างกัน เช่น คนที่ไม่มีความดันเลือดสูง กลุ่มที่อ้วนและไม่อ้วน คน สืบเชื้อสายกันที่มีระดับการออกกำลังกายต่างกัน เศรษฐฐานะต่างกัน กินอาหารที่อุดมด้วยผักผลไม้ ผลิตภัณฑ์จากนมวัวที่มีไขมันต่ำ อาหารที่มีไขมันรวมและไขมันอิ่มตัวน้อย ลดการบริโภคเนื้อแดง ของหวานและน้ำหวาน พบว่าภายในเวลาเพียง 4 สัปดาห์ ความดันเลือด โคเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL) และกรดอะมิโนโฮโมซิสเตอีนเริ่มลดลง ถ้าจำกัดการบริโภคเกลือโซเดียมด้วยจะยิ่งช่วยลดความดันเลือดได้มากขึ้น

การวิจัยทางระบาดวิทยาในประเทศไทย พบว่า ภาวะความดันเลือดสูงและเบาหวานเพิ่มโอกาสเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 2.16 เท่า และ 4.29 เท่าตามลำดับ หากโคเลสเตอรอล

รวมในเลือดสูงเกิน 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โอกาสเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดจะเพิ่มขึ้น 1.27 เท่าหลักฐานเหล่านี้จะมาจากประชากรกลุ่มเดียว แต่ก็สอดคล้องกับองค์ความรู้ในระดับสากลที่มีมาก่อนหน้านี้ ปัจจัยเสี่ยงทางสรีรเป็นผลจากพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งปรับเปลี่ยนได้ หากสามารถจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมได้เหมาะสม

ประเทศไทยนับเป็นประเทศหนึ่งที่มีกฎหมายควบคุมพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ที่ก้าวหน้าที่สุดในโลก นี่คือนิยามสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ส่งเสริมค่านิยมไม่สูบบุหรี่ ทำให้อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง

อาการของโรคหัวใจและหลอดเลือด

อาการของโรคหัวใจและหลอดเลือด(บัญญัติ สุนทรสินชัย 2514 6) มีอาการปวดรัดและแน่นอึดอัดในหน้าอก และร้าวไปตามแขนซ้าย เหงื่อไหลท่วมตัว แล้วอาการปวดนี้หายไปเอง หรือมีฉะนั้นหัวใจวายไป

ในรายที่การปวดรัดและการแน่นอึดอัด หายใจไม่สะดวกแล้วหายไปเอง กล้ามเนื้อหัวใจหย่อมที่ขาดเลือดไปเลี้ยงจะตายและกลายเป็นแผลเป็น โรคนี้มีชื่อในภาษาอังกฤษว่า Myocardial Infarction เรียกว่า โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ

การปวดในหน้าอก อาจเนื่องมาจากสาเหตุอื่นๆ ก็ได้ เช่น เกิดจากหินปูนจับเกาะระหว่างซี่โครง เป็นต้น หรือการเจ็บและระบมที่กล้ามเนื้อหน้าอก อันเกิดจากการทำงาน หรือการออกกำลังกายที่อาศัยกล้ามเนื้ออกร่วมกับกล้ามเนื้อแขน หรือในการบริหารหน้าอก แต่ในคนที่วัยเกิน 40 ปีไปแล้ว ไม่ควรจะนอนใจ ควรจะปรึกษาแพทย์เพื่อความปลอดภัยไว้ก่อน สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งก็คือสามารถพรรณนาถึงอาการปวดให้แพทย์ได้ทราบได้อย่างถืถ้วน เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง

อาการปวดในหน้าอกที่เกี่ยวกับโรคหัวใจนั้น จะขยายจากหน้าอกไปยังแขนซ้าย บางคราวก็ไปถึงแขนขวา คอ และส่วนอื่นๆ ของร่างกาย อาการปวดนี้ไม่จำกัดบริเวณอยู่ ณ ที่ใดที่หนึ่ง จะแผ่เต็มบริเวณหน้าอก ส่วนใหญ่จะปวดอยู่ไม่เกิน 10 นาที หรืออาจนานกว่าครึ่งชั่วโมงก็ได้ อาการปวดของโรคหัวใจผิดกับอาการปวดของอวัยวะส่วนอื่น เช่น ถ้าทำมีเลือดไปเลี้ยงไม่พอก็จะปวดเฉพาะที่เท่านั้น แต่สำหรับโรคหัวใจนั้น จะปวดร้าวไปเป็นบริเวณกว้าง

การวินิจฉัย

1 ตรวจสอบว่ามีปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้างที่เพิ่มโอกาสเกิดหัวใจขาดเลือด แล้วหนทางปรับพฤติกรรม เช่น อ้วน สูบบุหรี่ เครียด ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น

2 ทำการตรวจหรือทดสอบสมรรถภาพของหัวใจ เช่น ตรวจคลื่นไฟฟ้าของหัวใจ (EKG) การขึ้นเดินในสายพาน(Stress Test) การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การตรวจด้วยสารรังสี การตรวจด้วยคอมพิวเตอร์เอกซเรย์ การฉีดสีเข้าเส้นเลือดแดงเพื่อถ่ายภาพปรับสี

การรักษาโรคหัวใจ

การรักษาโรคหัวใจหลอดเลือดแดงหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนั้น มีความก้าวหน้าอย่างมาก การศึกษาวิจัยเพื่อให้ทราบถึงการเข้าใจโรค และผลการรักษาจึงเป็นไปได้ง่าย และรวดเร็ว

1 การรักษาด้วยการให้ยา อาทิ Betablocker ยาละลายลิ่มเลือด และ aspirin ในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นที่ยอมรับและใช้กันโดยทั่วไป นอกจากนี้การให้ยา Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) ในภาวะหัวใจล้มเหลว และการให้ยาลดระดับไขมันประเภท statin หลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2 การผ่าตัด การรักษาโดยการสวนหัวใจ (Therapeutic intervention) เช่น การขยายหลอดเลือดโดยลูกบอลลูน การใส่ขดลวด ได้มีบทบาทเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 20 ปีหลัง ต่อมาได้มีการพัฒนาเครื่องมือ เช่น การใช้เลเซอร์ หรือการใช้หัวกรอสามารถใช้การรักษาแนวนี้รักษาผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบได้เกือบทุกประเภท นอกจากนี้การรักษาด้วยการสวนหัวใจได้ขยายไปถึงการขยายลิ้นหัวใจและการใช้อุปกรณ์ต่างๆ เพื่อปิดผนังหัวใจรั่วหรือรักษาความผิดปกติแต่กำเนิดของหัวใจได้ รวมถึงการรักษาหลอดเลือดส่วนปลายต่างๆ นอกจากนี้หัวใจรวมทั้งในสมอง

มาตรการลดความเสี่ยง

มาตรการลดความเสี่ยง (ซุมศักดิ์ พงกษาพงษ์ 2546 24) เมื่อทราบปัจจัยเสี่ยงแล้วก็มาพิจารณาดูว่า เป็นปัจจัยที่เสี่ยงที่เราแก้ไขเองได้หรือไม่ได้ โดยทบทวนวิถีการดำเนินชีวิตและอาหารการกิน ไปรับการเจาะเลือดตรวจโคเลสเตอรอล แล้วดำเนินการ

- ควบคุมระดับโคเลสเตอรอลในเลือด
- ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง
- เลิกสูบบุหรี่
- ลดน้ำหนักถ้าจำเป็น
- ออกกำลังกายหรือใช้กำลังอยู่เสมอ
- ควบคุมความเครียด

การรักษาโรคหัวใจขาดเลือดต้องเริ่มต้นกันตั้งแต่การป้องกัน โดยอาจต้องเริ่มต้นตั้งแต่วัยเด็กด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งหากทำได้ก็จะส่งผลให้ปลอดจากหลายๆ โรค เมื่อเป็นผู้ใหญ่ แต่มาตรการดังกล่าวก็ทำได้ยากในคนส่วนใหญ่ เพราะสิ่งแวดล้อมไม่อำนวยโดยเฉพาะอย่างยิ่งสภาพโลกไร้พรมแดน ที่มีการพัฒนาธุรกิจด้วยการโฆษณาบ้าเลือด (คณะแพทย์ใกล้หมอ 2546 26)

ในส่วนของการป้องกันยังมี 2 แนวคือ

การป้องกันปฐมภูมิ คือป้องกันตั้งแต่ยังไม่เกิดโรค เช่น มาตรการลดไขมันในเลือด การรักษาภาวะความดันโลหิตสูง

การป้องกันทุติยภูมิ คือ เป็นโรคแล้วป้องกันไม่ให้เลวลงหรือเป็นซ้ำ เช่น ลดไขมันในเลือดอย่างมุ่งมั่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอยู่ รับประทานแอสไพรินขนาดต่ำๆ ทุกวัน

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบบ่อย มีบุคคลเป็นจำนวนมากที่ต้องทุกข์ทรมานไปตลอดชีวิต หรือมีชีวิตไม่ยืนยาวเท่าที่ควรเพราะโรคนี้ โดยทั่วไปแล้วอาจจะกล่าวได้ว่ามีบุคคลเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่รู้ตัวว่าเป็นโรคนี้ โดยที่บุคคลที่อีกจำนวนหนึ่งเป็นโรคนี้แล้ว แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย เพราะไม่เคยไปหาแพทย์ เนื่องจากยังไม่ปรากฏอาการออกมาชัดเจน บุคคลกลุ่มนี้จึงนึกว่าตนเองแข็งแรงดี

ความดันโลหิตสูง

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ว่าผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตเท่ากับ 160/95 มม.ปรอท หรือมากกว่านี้ ผู้นั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ถ้าหากความดันโลหิตเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท หรือน้อยกว่า ไม่ว่าจะอายุเท่าใดก็ตาม ความดันโลหิตนั้นถือว่าปกติ หากมีความดันโลหิต 150/92 มม.ปรอท ก็อาจมีความโลหิตอยู่ในเกณฑ์กำกวม

ตัวเลขค่าความดันโลหิตค่าแรกนั้นทางการแพทย์เรียกว่า **ความดันซิสโตลิก** ซึ่งจะเป็นความดันโลหิตขณะที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว ส่วนตัวเลขความดันค่าหลังเรียกว่า **ความดันไดแอสโตลิก** เป็นความดันโลหิตขณะที่หัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัว

ความดันโลหิตนั้นเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยต่างๆ ต่อไปนี้

1 อายุ ยิ่งเรามีอายุมากขึ้น ความดันโลหิตก็จะยิ่งสูงขึ้นไปตามอายุ เด็กโตจะมีความดันโลหิตสูงกว่าเด็กเล็กๆ ผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่จะมีความดันสูงกว่าในตอนที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว ตัวอย่างเช่น ขณะอายุ 20 ปี ความดันโลหิตเท่ากับ 120/74 มม.ปรอท แต่พออายุ 55 ปี ความดันโลหิตเท่ากับ 140/84 มม.ปรอท และความดันโลหิตสูงขึ้นเป็น 160/90 เมื่ออายุ 65 ปี เป็นต้น

2 เวลา ความดันโลหิตจะไม่เท่ากันตลอดทั้งวัน มีการขึ้นๆลงๆตลอดเวลาในระยะ 24 ชม ของวัยเวลานอนหลับความดันซิสโตลิก มักจะลดลงต่ำสุดจนเหลือเพียง 60–70 มม.ปรอท แต่พอตื่นขึ้นความดันนี้จะสูงขึ้นเป็น 130 มม.ปรอท เป็นต้น จนกระทั่งมีผู้กล่าวว่า ความดันโลหิตขึ้นพร้อมกับพระอาทิตย์

3 ภูมิศาสตร์ ผู้ที่อยู่ในแหล่งที่มีความเจริญความดันโลหิตมักจะขึ้นสูงไปตามอายุดังกล่าวมาแล้ว แต่ผู้ที่อยู่ในอาณาบริเวณที่ห่างไกลจากความเจริญ เช่น ชาวป่าในหมู่เกาะนิวกินีซึ่งยังคงนั่งห่มใบไม้ และอยู่ในกระท่อมดินนั้น จากการสำรวจพบว่าไม่ค่อยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และความดันโลหิตไม่ขึ้นตามอายุด้วย

4 จิตใจและอารมณ์ ทำให้ความดันโลหิตเปลี่ยนได้เร็วและอาจจะเปลี่ยนไปได้นานๆ ตัวอย่างเช่น บุคคลผู้หนึ่งได้โต้เถียงอย่างเผ็ดร้อนในการประชุม เมื่อเวลา 14 00 น ความดันโลหิตขึ้นไปสูงกว่าเดิม 30 มม.ปรอท และคงอยู่เช่นนั้นจน 20 00 น ซึ่งบุคคลผู้นั้นได้กลับไปบ้านและนั่งพักผ่อนเงียบๆ ตั้งแต่ 18 00 น แล้ว ความเจ็บปวดก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตขึ้นสูงได้มากและขึ้นโดยเร็วด้วย

5 เพศ โดยสาเหตุที่ยังอธิบายไม่ได้ เราพบว่าเพศชายจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้บ่อยกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หญิงในวัยที่ยังมีประจำเดือนอยู่

6 กรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม มีส่วนช่วยทำให้เป็นความดันโลหิตสูงได้ กล่าวคือ ผู้มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะมีแนวโน้มที่จะเป็นมากกว่าบุคคลที่ไม่มีประวัติโรคนี้ทางครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่เคร่งเครียดก็ทำให้มีแนวโน้มของการเป็นโรคนี้สูงมากขึ้นเช่นกัน

7 เชื้อชาติ เป็นที่ทราบกันดีมานานแล้วว่าอุบัติการณ์ของความดันโลหิตสูงในพหุนิโกรอเมริกันนั้นสูงและรุนแรงกว่าอเมริกันผิวขาวมาก

8 ปริมาณเกลือที่รับประทาน มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคนี้ด้วย กล่าวคือ ผู้ที่รับประทานเกลือมาก ซึ่งได้แก่พวกจีน ญี่ปุ่นและเกาหลี อุบัติการณ์ของโรคนี้จะสูงมากกว่าพวกทางซีกโลกตะวันตก ซึ่งรับประทานเกลือน้อยกว่า ประชาชนญี่ปุ่นทางตอนเหนือรับประทานเกลือปริมาณสูงมาก ถึงวันละ 27 กรัม มีโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 39 ส่วนญี่ปุ่นทางตอนใต้รับประทานเกลือ วันละ 17 กรัม เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 21

การศึกษาในสหรัฐอเมริกาและอังกฤษก็ได้ผลเช่นเดียวกัน กล่าวคือ ในกลุ่มที่ผู้รับประทานเกลือมากจะมีอุบัติการณ์ของความดันโลหิตสูงมาก ส่วนกลุ่มผู้รับประทานเกลือน้อยมีอุบัติการณ์ของโรคต่ำมาก

อาการของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยไม่มีอาการอย่างใดทั้งสิ้น รู้สึกสบายดีเป็นปกติ แต่ไปหาแพทย์ด้วยโรคอื่น เมื่อแพทย์ตรวจร่างกายโดยละเอียดจึงพบว่ามีความดันโลหิตสูง

ในกรณีที่มีอาการ สิ่งที่พบบ่อยก็คือ ปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ เหนื่อยมากกว่าปกติ เวลาออกกำลังกาย ปวดแน่นหน้าอก ตาพร่า หรือนอนไม่หลับ ซึ่งอาการเหล่านี้อาจจะเป็นอาการของโรคอื่นๆ ก็ได้ แต่อย่างไรก็ตามแพทย์ผู้ตรวจร่างกายเท่านั้นที่จะเป็นผู้วินิจฉัยได้ว่ามีความดันโลหิตสูงหรือไม่

ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง

หากโรคนี้ไม่ได้รับการรักษาทันที่ มักจะทำให้หลอดเลือดแดงตีบและแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปยังอวัยวะต่างๆ ไม่เพียงพอ ผลที่ตามมาก็คืออวัยวะที่สำคัญต่อชีวิตอาจเสียไปได้ ได้แก่ หัวใจ สมอง และไต ความจริงการตีบและแข็งตัวของหลอดเลือดแดงนั้นเกิดขึ้นทั่วร่างกาย แต่ที่มีผลร้ายแรงคือส่วนที่เกิดกับหลอดเลือดของทั้งสามอวัยวะที่กล่าวมา

ความดันโลหิตสูงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้เป็น 2 กรณีด้วยกัน คือ

1 ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงโดยตรง เช่น หัวใจวาย หลอดเลือดในสมองแตก ไตวาย หลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ เป็นต้น

2 ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ - ตัน ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ การตายอย่างปัจจุบันทันด่วน สำหรับสมองเกิดหลอดเลือดที่เลี้ยงสมองตีบ - ตัน ทำให้เกิดอัมพาต

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและไม่ได้รับการรักษานั้น พบว่า จะตายจากหัวใจวายร้อยละ 60-75 ตายจากอัมพาต ร้อยละ 20-30 และตายจากไตวายร้อยละ 5-10

การเกิดหัวใจวายนั้นก็เพราะหัวใจไม่สามารถทนต่อแรงดันโลหิตที่สูงๆ ได้อีกต่อไป ความดันโลหิตที่สูงนี้จะมีความสัมพันธ์เป็นสัดส่วนโดยตรงกับการเกิดภาวะหัวใจวาย ผู้ที่ยังมีความดันโลหิตสูงมากๆ ก็ยังมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจวายได้มาก

การเกิดอัมพาตนั้น สิ่งที่พบบ่อยที่สุด คือ เนื้อสมองตาย ซึ่งในคนที่มีความดันโลหิตสูงจะพบเป็น 5 - 30 เท่า ของคนที่มีความดันโลหิตปกติ ที่พบบ่อยๆ คือ การเกิดหลอดเลือดในสมองตีบ-ตัน หลอดเลือดในสมองแตกนั้นเกิดได้น้อยกว่า แต่เมื่อเป็นแล้วจะมีอัตราตายสูงกว่า บางทีอาจพบว่าการทำงานของสมองโดยทั่วๆ ไปจะลดลง จากการมีความดันโลหิตสูงโดยไม่มีอัมพาตก็ได้ หรือสมองเกิดการขาดเลือดเป็นพักๆ ก็พบได้บ่อย

ในบรรดาอวัยวะที่สำคัญแก่ชีวิตทั้ง 3 อวัยวะนั้น ไตเป็นอวัยวะที่ทนต่อความดันโลหิตสูงจะทำให้ไตเสื่อมสมรรถภาพอย่างช้าๆ และจะดำเนินไปเรื่อยๆ หากไม่ได้รับการรักษา คนที่มีความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสตายจากไตวายได้มาก โดยเฉพาะผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอย่างรวดเร็ว

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ-ตันนั้นเป็นภาวะที่เกิดได้บ่อยมากหลังความดันโลหิตสูงเพราะการมีความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดโรคนี้ เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ เพราะทำให้มีหลอดเลือดแดงของหัวใจตีบและแข็งก่อนถึงเวลาอันควร ในคนที่มีความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อย คือ สูง 160/95 มม.ปรอทนั้นจะมีโอกาสเป็นหลอดเลือดหัวใจตีบตัน 2.5 เท่าของคนที่มีความดันโลหิตปกติ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงก่อนเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตันนั้น จะมีอัตราตายสูงกว่าพวกมีความดันโลหิตแล้วเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบ-ตัน

ผู้ที่เป็นและไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องอายุจะสั้นและตายก่อนหรือเวลาอันสมควร ดังตัวอย่าง เช่นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อยคือเท่ากับ 100 มม.ปรอท หากไม่ได้รับการรักษาภายใน 7 ปี จะเหลือมีชีวิตรอดอยู่เพียงร้อยละ 50 ยิ่งความดันโลหิตสูงมากๆ ก็จะทำให้เสียชีวิตเร็วมากขึ้น เช่น ในกรณีที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่า 140 มม.ปรอท ภายใน 1 ปี จะมีชีวิตรอดอยู่เพียงร้อยละ 28 เท่านั้น และภายใน 7 ปี จะเหลืออยู่ไม่ถึงร้อยละ 10 นั่นคือ ก็คือจะเสียชีวิตไปประมาณร้อยละ 92 เมื่อไม่ได้รับการรักษา

การมีความดันโลหิตสูงบั่นทอนชีวิตให้สั้นลงอย่างแน่นอน แม้จะสูงกว่าปกติเพียงเล็กน้อยก็ตาม แต่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดได้มาก นอกจากนี้ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอย่างอ่อน อาจกลายเป็นชนิดรุนแรงได้และมีความพิการอย่างรุนแรงของหลอดเลือดตามมาด้วย

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งเป็นอันตรายต่ออวัยวะต่างๆ เป็นอย่างมากดังที่กล่าวมาแล้ว หลักการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีดังนี้

- การควบคุมอาหาร
- ลดน้ำหนักลงให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรเป็น
- ออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ
- ทำสมาธิหรือมีการพักผ่อนหย่อนใจเพื่อไม่ให้เกิดความเครียด
- รับประทานยาควบคุม

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน คือ โรคเรื้อรังชนิดหนึ่งเกิดจากความผิดปกติของอินซูลิน ทำให้ร่างกาย มีเมตาบอลิซึมผิดปกติ ทั้งคาร์โบไฮเดรต, ไขมันและโปรตีน มีลักษณะเด่นชัด คือ มีระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูง เมตาบอลิซึมที่ผิดปกติมากที่สุดในโรคเบาหวาน คือ คาร์โบไฮเดรต ฮอร์โมนสำคัญที่ควบคุมเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต คือ อินซูลิน ซึ่งหลังจากเซลล์เบต้าของ islets ในตับอ่อน

อาหารคาร์โบไฮเดรตที่กินเข้าไป จะมีการดูดซึมและเปลี่ยนแปลงจนเป็นกลูโคสในเลือด น้ำตาลกลูโคสเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญที่สุดทำให้เซลล์เบต้าหลังอินซูลินออกมา อินซูลินเป็นฮอร์โมนประกอบด้วยกรดอะมิโนเชื่อมโยงเป็นสายโซ่เปปไทด์ เมื่อหลั่งออกมาจากตับอ่อนจะเข้าสู่กระแสเลือดและมีอายุครึ่งชีวิต (half life) ในเลือดเพียง 3 – 5 นาที โดยส่วนใหญ่จะถูกทำลายที่ตับและไตด้วยเอนไซม์ ฤทธิ์ของอินซูลินนอกจากควบคุมการใช้กลูโคสในเลือดแล้ว ยังยับยั้งการสร้างกลูโคสและการสลายกลัยโคเจนซึ่งเป็นอาหารแบ่งที่สะสมในตับ ไม่ให้เปลี่ยนแปลงเป็นกลูโคสและออกจากตับเข้ามาเพิ่มปริมาณในกระแสเลือด นอกจากนี้ อินซูลินยังมีฤทธิ์กระตุ้นให้มีการเสริมสร้างโปรตีนและสร้างเนื้อเยื่อไขมันเพิ่มขึ้นเป็นการสะสมไขมันในร่างกาย ดังนั้น ถ้าขาดอินซูลินร่างกายจะผอมลงเพราะมีการทำลายโปรตีนมากขึ้น กล้ามเนื้อจะฝ่อลีบลงและไขมันในร่างกายจะลดน้อยลง

ในขณะอดอาหารหรือก่อนกินอาหาร (เช่น ตอนเช้า) ร่างกายนำกลูโคสจากตับออกมาใช้ ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานบางคนเมื่อไม่สบาย มีอาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ไม่ได้กินอาหารเป็นเวลาหลายชั่วโมงหรือเป็นวัน แต่ยังมีน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงอยู่ได้ เพราะเป็นกลูโคสที่ได้มาจากตับ การนำกลูโคสจากตับสู่กระแสเลือดเป็นไปได้ชั่วคราวจนกว่ากลัยโคเจนที่สะสมไว้ที่ตับจะหมดไป

อาการของโรคเบาหวานเกิดขึ้นจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงจนเกินการกักกันของไต ซึ่งไตจะมีความสามารถกักกันน้ำตาลไว้ได้ไม่เกิน 180 – 200 มก./ดล ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่านี้ ก็จะมีการกรองของกลูโคสจากเลือดออกมาในปัสสาวะ น้ำตาลกลูโคสที่ออกมาจะดึงดูดน้ำออก

มาด้วย (เรียก osmotic diuresis) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการถ่ายปัสสาวะมาก (polyuria) เกิดอาการคอแห้ง กระหายน้ำและดื่มน้ำมากกว่าปกติ (polydipsia) เนื่องจากร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลกลูโคสเป็นพลังงานได้ จึงหันไปเผาผลาญเนื้อเยื่อโปรตีนและไขมันเป็นพลังงานแทน ทำให้มีอาการอ่อนเพลียและกล้ามเนื้อฝ่อลีบลง ผู้ป่วยจะผอมลงทั้งๆ ที่ยังกินจุหรือกินอาหารได้เป็นปกติ นอกจากนั้น ผลจากการที่มีน้ำตาลในเลือดสูงอยู่เป็นเวลานาน จึงทำให้น้ำตาลกลูโคสเข้าไปสะสมตามเนื้อเยื่อบางชนิดซึ่งไม่ต้องอาศัยอินซูลินในการนำกลูโคสเข้าไปในเซลล์นั้น ทำให้เกิดอาการและผลแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ เช่น ตามผิวหนัง ทำให้คันและติดเชื้อง่าย ที่ตา ทำให้เป็นต้อกระจกหรือต้อลม และที่ระบบประสาททำให้การทำงานบกพร่อง เช่น ปลายประสาทอักเสบหรือเสื่อมหน้าที่ เป็นต้น

ชนิดของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานมีอยู่หลายชนิด แต่ที่พบบ่อยและมีความสำคัญมีอยู่ 2 ชนิด คือ

1 โรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin – dependent diabetes mellitus) คือ โรคเบาหวานที่ต้องการอินซูลินรักษาเพื่อให้มีชีวิตอยู่ได้ หรือเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจากคีโตสิส (Diabetic ketoacidosis) ผู้ป่วยมักเกิดคีโตสิสได้ง่ายมาก (Ketotic – prone) ถ้าหยุดฉีดอินซูลิน

ส่วนใหญ่โรคเบาหวานชนิดนี้พบในเด็กหรือวัยรุ่น สาเหตุเกิดจากพันธุกรรมของเบาหวานร่วมกับภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายผิดปกติ (Autoimmune disorder) กล่าวคือ มีความแปรปรวนของระบบภูมิคุ้มกันทำให้ร่างกายสร้างแอนติบอดีขึ้น มาต่อต้านกับเซลล์ตับอ่อนซึ่งสร้างอินซูลิน (Islet cell) ของตัวเอง (เรียก Islet cell antibodies) ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการสร้างแอนติบอดีนี้ ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่อาจเกิดจากเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น Coxsackie – B หรือไวรัสคางทูม (Mump) ผลที่เกิดขึ้นทำให้มีอาการอักเสบของเซลล์ islet ของตับอ่อนและสุดท้ายมีการทำลายเซลล์เหล่านี้ไป จนหมดสิ้น ทำให้ร่างกายขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิง (Insulin deficiency) จึงเกิดโรคเบาหวานขึ้น

2 โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non – insulin – dependent diabetes mellitus) ได้แก่ โรคเบาหวานซึ่งไม่จำเป็นต้องพึ่งอินซูลินเสมอไป แต่อาจจำเป็นต้องใช้อินซูลิน รักษาเบาหวาน ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดคีโตสิสได้ยากมาก (Ketosis – resistance หรือ Non – ketotic prone) แม้จะหยุดฉีดอินซูลิน จนระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นมากก็ตาม

โรคเบาหวานชนิดหลังนี้ ส่วนใหญ่เกิดในผู้ใหญ่อายุมากกว่า 40 ปี สาเหตุเกิดจากพันธุกรรมของเบาหวานร่วมกับปัจจัยอื่นเสริมกัน ที่สำคัญคือความอ้วนระดับอินซูลินน้อยกว่าปกติ แต่ไม่ถึงกับขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิงเหมือนกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ในผู้ป่วยที่อ้วนมากมักจะมีระดับอินซูลินมากเกินปกติ กลไกที่เกิดเบาหวานในผู้ป่วยที่มีระดับอินซูลินปกติหรือมากกว่าปกตินี้ เป็นเพราะร่างกายหรือเนื้อเยื่อต่อต้านอินซูลิน (Insulin resistance) ทำให้อินซูลินไม่สามารถออกฤทธิ์ได้ โดยเฉพาะที่เซลล์ของกล้ามเนื้อ ตับ และไขมัน

เนื่องจากโรคเบาหวานทั้งชนิดฟิ่งและไม่ฟิ่งอินซูลินเป็นโรคทางพันธุกรรมอย่างหนึ่ง จึงควรทราบโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานในครอบครัว ซึ่งพอจะประมาณได้คร่าวๆ ดังนี้ คือ

ตาราง 1 แสดงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน

โอกาสเสี่ยง ของ	พ่อหรือแม่ เป็นเบาหวาน	พ่อและแม่เป็น เบาหวานทั้งคู่	พี่น้อง* 1 คน เป็นเบาหวาน	พี่น้องมากกว่า 1 คนเป็นเบา หวาน	โอกาสเสี่ยง (ร้อยละ)
ลูก	+	-	-	-	5
ลูก	-	+	-	-	10 – 15
ลูก	+	-	+	-	10
พี่น้อง	-	-	+	-	5
พี่น้อง	+	-	+	-	10
พี่น้อง	-	+	-	-	20
พี่น้อง	-	-	-	+	10

+ มี, - ไม่มี

* พี่น้องพ่อแม่เดียวกัน

สาเหตุของโรคเบาหวาน

1 กรรมพันธุ์ เชื่อว่ากรรมพันธุ์เป็นสาเหตุของโรคเบาหวานชนิดไม่จำเป็นต้องใช้อินซูลินจากหลักฐานการศึกษาในฝาแฝดซึ่งเกิดจากไข่ใบเดียวกัน(identical twins)

พบว่า เมื่อฝาแฝดคนหนึ่งเป็นโรคเบาหวาน หลังอายุ 40 ปี ในไม่ช้าคู่แฝดอีกคนหนึ่งก็มักจะเป็นโรคเบาหวานด้วยเกือบทุกคู่ จึงเป็นเครื่องบ่งชี้ว่าโรคเบาหวานชนิดนี้มีสาเหตุมาจากพันธุกรรม

นอกจากนี้ได้ทำการศึกษากรรมพันธุ์ของโรคชนิดนี้ในสามีภรรยาที่เป็นโรคเบาหวานพบว่า มีลูกหลานเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่จำเป็นต้องใช้อินซูลินประมาณร้อยละ 25 แต่เมื่อการตรวจหาความทนทานต่อกลูโคสในเลือด พบว่า มีความผิดปกติถึงร้อยละ 50-60 บุคคลเหล่านี้ถึงแม้จะไม่เป็นโรคเบาหวาน แต่ก็เสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานชนิดนี้ได้เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น

สำหรับโรคเบาหวานชนิดจำเป็นต้องใช้อินซูลินนั้น กรรมพันธุ์มีส่วนสัมพันธ์กับโรคเบาหวานชนิดนี้น้อยกว่าโรคเบาหวานชนิดไม่จำเป็นต้องใช้อินซูลิน

2 อาหารและยา

2.1 โรคอ้วนเป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคเบาหวานชนิดไม่จำเป็นต้องใช้อินซูลิน พบ

วาร์ยละ 80 ของโรคเบาหวานชนิดนี้ มีสาเหตุจากความอ้วน ทั้งนี้เนื่องจากเซลล์ไขมันของคนอ้วน มีตัวรับอินซูลิน (Insulin receptor) ลดลง ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ไม่ได้ ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงขึ้น และมีอาการของโรคเบาหวานปรากฏออกมาเมื่อน้ำหนักลดลงพบว่า ตัวรับอินซูลินจะกลับเพิ่มขึ้น ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น ระดับน้ำตาลจึงลดลงอาการของโรคเบาหวานอาจหายไป แต่หากผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวมากหรืออ้วนเป็นเวลาหลายปี ถึงแม้ว่าน้ำหนักตัวจะลดลงแล้วน้ำตาลในเลือดก็อาจไม่ลดลงถึงระดับปกติ ทั้งนี้เพราะเบต้าเซลล์ต้องทำงานหนักเพื่อผลิตอินซูลินเพิ่มขึ้นเป็นเวลานานจนเบต้าเซลล์เสื่อมสมรรถภาพลงไม่สามารถผลิตอินซูลินให้เพียงพอได้ อาการของโรคเบาหวานจึงปรากฏขึ้นเป็นการถาวร โดยเฉพาะผู้ที่มีการม้วนตัวของโรคเบาหวานอยู่แล้ว ทำให้อาการของโรคเบาหวานปรากฏออกมาได้เร็วขึ้น ทั้งนี้เพราะตับอ่อนมีความบกพร่องทางกรรมพันธุ์อยู่แล้ว โรคอ้วนจึงเป็นสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่สำคัญที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวานได้

2 2 การดื่มสุราเป็นประจำ อาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคขาดโปรตีนและแคลอรี ทำให้ตับอ่อนอักเสบ เบต้าเซลล์ทำงานผิดปกติ มีการหลั่งอินซูลินลดลง

2 3 การขาดโปรตีนและแคลอรีอย่างรุนแรง จะทำให้ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังเป็นผลให้จำนวนเบต้าเซลล์ลดลง หรือทำงานผิดปกติมีการหลั่งอินซูลินน้อยลง

2 4 ยาและสารเคมีบางอย่าง ยาบางชนิดจะทำงานต้านต่อฤทธิ์ของอินซูลิน และทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ ยาจำพวกนี้ได้แก่ เพรดนิโซโลน ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะบางชนิด เป็นต้น

2 5 โรคติดเชื้อจากไวรัส เป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคทางทรวง หัวใจ ซึ่งอาจทำให้ตับอ่อนอักเสบ และเบต้าเซลล์ถูกทำลาย

3 ความผิดปกติในการผลิตฮอร์โมน โรคเบาหวานอาจเกิดจากการที่ฮอร์โมนบางชนิดที่มีฤทธิ์ต่อต้านอินซูลินถูกหลั่งออกมามากเกินไป ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ฮอร์โมนเหล่านี้ ได้แก่ ฮอร์โมนเจริญเติบโต (Growth hormone) คอร์ติโคสเตรอยด์ (Corticosteroid) แคทีโคลามีน (Catecholamine) กลูคากอน (Glucagon) และไธรอกซิน (Thyroxine)

4 เบต้าเซลล์ทำงานน้อยลง เมื่อมีอายุมากขึ้นสมรรถภาพการทำงานของเบต้าเซลล์จะลดลง เนื่องมาจากเสื่อมตามวัยเป็นผลให้เบต้าเซลล์หลั่งอินซูลินได้น้อยลง ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงขึ้นคนสูงอายุจึงมีแนวโน้มเป็นเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

ที่ใช้กันทางคลินิก คือ การเจาะเลือดวัดระดับกลูโคส ซึ่งมีเกณฑ์วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานดังต่อไปนี้

1 ระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากอดอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting blood sugar) ในเลือด (Whole blood) มากกว่า 120 มก./ดล หรือในพลาสมามากกว่า 140 มก./ดล 2 ครั้งติดกัน หรือ

2 เจาะน้ำตาลในเลือดตรวจตอนใดก็ได้เพียงครั้งเดียว (Random blood sugar) ได้ผลเกิน 180 มก / ดล ในเลือด (Whole blood) หรือเกิน 200 มก / ดล ในพลาสมา

ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการ แต่ยังสงสัยว่าจะเป็นเบาหวานจำเป็นต้องทำการทดสอบความทนต่อกลูโคส (Oral glucose tolerance test) ต่อไป

การรักษาโรคเบาหวาน

การรักษาเบาหวานมีจุดประสงค์ คือ

1 ให้ผู้ป่วยหายจากอาการที่เกิดจากน้ำตาลในเลือดสูง เช่น อ่อนเพลีย ปัสสาวะมาก และกระหายน้ำบ่อย

2 ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่อาจป้องกันได้ เช่น คีโตนัส, แผลที่เท้า, ตาบอด และไตวาย เป็นต้น

3 ไม่ให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น แพ้ยา หรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำผิดปกติ

4 ให้มีชีวิตที่ปรกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การรักษาเพื่อบรรลุจุดประสงค์ดังกล่าวมีหลักในการปฏิบัติ 4 อย่าง คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการเรียนรู้เพื่อดูแลตนเอง

1 การควบคุมอาหารหรือโภชนาบำบัด เป็นหัวใจสำคัญในการรักษาเบาหวานต้องทำประกอบไปกับการใช้ยาและการออกกำลังกายเสมอ นอกจากรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติแล้วยังมีความมุ่งหมายในการควบคุมอาหารนี้ เพื่อรักษาระดับไขมันในเลือดให้ปกติและควบคุมน้ำหนักตัวผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรเป็น (ideal body weight)

การควบคุมอาหาร เหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วนมากหรือผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีอาการรุนแรง อาจเริ่มการรักษาด้วยวิธีนี้ก่อน เมื่อทำเต็มที่แล้วยังไม่ได้ผลภายในเวลาประมาณ 3 เดือน จึงพิจารณาให้ยารักษาต่อไป

2 การออกกำลังกาย นอกจากจะช่วยลดระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อ้วนแล้ว ยังทำให้ร่างกายแข็งแรง ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะทางด้านหลอดเลือดใหญ่ เช่น ที่หัวใจ ช่วยลดระดับไขมันเลือดและลดน้ำหนักตัวได้อีกด้วย

3 การใช้ยา

3.1 ยากิน ได้แก่ ยาซัลโฟนิลยูเรียและไบกัวไนด์ ซึ่งควรใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

ไม่ควรใช้ยาเหล่านี้ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับหรือไตบกพร่อง หรือจะผ่าตัด หรือมีครรภ์ เป็นต้น

3.2 ยาฉีด ได้แก่ อินซูลิน ควรใช้ไปจนตลอดชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานที่พึ่งอินซูลิน หรือผู้ป่วยเบาหวานที่ตับอ่อนเสีย หรือถูกทำลายหมดแล้ว

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อาจต้องใช้อินซูลินฉีดรักษาเบาหวานชั่วคราว เช่น ระหว่างมีครรภ์หรือผ่าตัดใหญ่ หรือมีภาวะเครียดรุนแรง เช่น ติดเชื้อ หรือมีภาวะ

คีโตสิส หรือหมดสติเนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูงมาก เมื่อภาวะเครียดหรือภาวะดังกล่าวข้างต้นหมดไปแล้ว อาจกลับมาใช้ยาได้

4 การเรียนรู้เพื่อดูแลตนเอง หมายถึง ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจโรคเบาหวานในด้านๆ อย่างเพียงพอที่จะนำไปประยุกต์ใช้กับการรักษาประจำวันได้ เพื่อทำให้ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติที่สุด

โรคมะเร็ง

มะเร็ง คือ มะเร็งเป็นคำสามัญ มีความหมายว่า เนื้องอกชนิดร้ายซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า Cancer

เนื้องอก หมายความว่า เซลล์ของอวัยวะที่งอกเจริญเกินปกติและมีขนาดเล็กหรือใหญ่เท่าใดก็ได้ แต่ไม่รุนแรงหรือเป็นอันตรายต่อชีวิตมากนัก เรียกว่า เนื้องอกธรรมดา

แต่มะเร็งหรือเนื้องอกชนิดร้าย หมายความว่า เซลล์ของอวัยวะที่งอกและเจริญรวดเร็วจนสามารถทำลายอวัยวะที่มันเกิดและทำลายอวัยวะใกล้เคียงด้วย

สาเหตุของมะเร็ง

ยังไม่มีใครทราบสาเหตุหรือกลไกอันแท้จริงที่ทำให้เกิดมะเร็งของอวัยวะต่างๆ แต่มีปัจจัยหลายอย่างที่จะช่วยส่งเสริมหรือกระตุ้นให้เกิดมะเร็งได้ง่ายในอวัยวะต่างๆ ของร่างกายดังต่อไปนี้

1) สารเคมีจากบุหรี่ สารเคมีเหล่านี้คือ นิโคติน, คาร์บอนมอนนอกไซด์, คาร์บอน – ไดออกไซด์ และสารพิษอีกหลายสิบชนิดที่อยู่ในควันของบุหรี่ สารเหล่านี้จะเข้าไปแทรกในเยื่อบุของกล่องเสียง หลอดลมใหญ่ หลอดลมเล็ก และถุงลมของปอด และละลายเข้าไปในเซลล์ของเยื่อบุทางหายใจตลอดตั้งแต่หลอดลมส่วนต้นกล่องเสียง และหลอดลมเล็ก ถุงลม และทำลายเซลล์ของเยื่อบุเหล่านี้ และในขณะเดียวกันก็ไปกระตุ้นการเกิดของมะเร็งในเซลล์ต่างๆ เหล่านี้หลังจากสูบบุหรี่ได้ 20 ถึง 30 ปี หรือกว่า

2) แอลกอฮอล์จากสุรา แอลกอฮอล์เป็นสารพิษสำคัญในสุราเมื่อดื่มสุราวันละ 200 – 400 ซีซี แอลกอฮอล์จะไปผ่านเซลล์ของตับ และทำลายเซลล์ของตับโดยตรง เพราะหลังจากแอลกอฮอล์ซึมเข้ากระแสเลือดแล้วก็จะผ่านเซลล์ของตับทุกเซลล์ และแอลกอฮอล์ก็จะทำลายเซลล์ของตับทุกครั้งที่ได้ดื่มสุรา แล้วแต่จำนวนมากหรือน้อย เซลล์ของตับถูกแอลกอฮอล์ทุกวันก็จะตายไปและมีพังผืดเข้ามาแทนที่แบบเดียวกับแผลเป็นที่ผิวหนัง เมื่อเซลล์ผิวหนังถูกทำลายหลังจากดื่มสุรานาน 20 – 30 ปี ก็กลายเป็นตับแข็ง ในขณะเดียวกันเซลล์ของตับก็จะงอกงาม แทนที่และนานเข้าก็กลายเป็นมะเร็งของตับด้วย

3) สารพิษจากหมาก การเคี้ยวหมากและพลูในปากตลอดวันสารพิษต่างๆ จากหมากจะทำลายเซลล์ของเยื่อบุช่องปากทั้งหมด และหลังจากกินหมากมาประมาณ 20 ถึง 30 ปี ก็จะทำให้เกิดมะเร็งของช่องปาก เช่น ที่ริมฝีปาก เหงือก เพดาน และลิ้น เป็นต้น ในผู้ป่วยบางราย

อาจเกิดเป็นแผลหนาๆ ในเยื่อช่องปากหรือที่ริมฝีปาก เป็นเวลาป๊ๆ แล้วต่อไปก็กลายเป็นมะเร็งได้

4) สารพิษอะฟลาท็อกซิน (Aflatoxin) อะฟลาท็อกซินเป็นเป็นสารพิษเกิดจากเชื้อราในตระกูลแอสเพอร์จิลลัส (Aspergillus) ซึ่งพบได้ทั่วไปตามต้นไม้ผุๆ บ้านที่ชื้นอับ เมล็ดพืชที่ตากไม่แห้งหรือเก็บไว้ในที่ชื้น ทำให้ราพวกนี้แพร่พันธุ์ได้เร็วมาก สารอะฟลาท็อกซิน จึงเกิดขึ้นในอาหารหรือพืชที่มีโปรตีน และแป้ง เช่น ถั่วลิสง

การวิเคราะห์อาหารของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พบว่า สารอะฟลาท็อกซินอยู่ในถั่วลิสงดิบ ร้อยละ 56.9 และในถั่วลิสงสุกร้อยละ 54.5 และจากการทดลองของแพทย์ไทยและแพทย์ต่างประเทศ พบว่าสารแอฟลาท็อกซิน ทำให้เกิดมะเร็งของตับ และมะเร็งของหลอดน้ำดี ในสัตว์ทดลอง คือ เป็ด ไก่ ปลา วัว แพะ แกะ และหมูที่กินอาหารที่มีสารพิษนี้นานๆ จะพบสารนี้ในเนื้อสัตว์ดังกล่าวแล้วด้วย

5) น้ำมันดิบ (Tar) น้ำมันดิบมีสารเคมีที่สามารถกระตุ้นให้เซลล์ต่างๆ เป็นมะเร็งได้ นักวิจัยใช้หนังสดๆ ของหนูขาวโดยโกนขนของหนูขาว จนเห็นหนังสะอาดเรียบดีแล้วใช้น้ำมันดินทาเลงทุก 7 วัน บนผิวหนังของหนูพอครบ 6 เดือน บริเวณผิวหนังที่ถูกทาด้วยน้ำมันดิน จะกลายเป็นมะเร็งงอกงามอย่างดี ฉะนั้นคนงานที่ทำงานเกี่ยวกับน้ำมันดินต้องระวังอย่าให้ผิวหนังถูกน้ำมันดินบ่อยๆ เพราะจะเกิดมะเร็งได้เช่นกัน

6) กาแฟและชาแก่ๆ สารต่างๆ ในกาแฟและชา คือ Caffeine and theobromine และมีสารอื่นๆ อีกหลายอย่างที่เป็นพิษต่ออวัยวะของร่างกายมนุษย์ จากการวิจัยของนักวิจัยชาวอเมริกันเมื่อไม่กี่ปีมานี้ ปรากฏว่าการดื่มกาแฟและชาแก่ๆ ทุกๆ วันวันละ 5 – 6 แก้วหรือกว่า สารต่างๆ ในกาแฟและชาจะไปกระตุ้นเซลล์ของตับอ่อนให้เป็นมะเร็งได้ เครื่องดื่มต่างๆ ที่ใส่กาแฟมากก็มีสารเหล่านี้มาก และมีการอันตรายถ้าดื่มมากทุกๆ วัน

7) ฮอโมนจากต่อมอัณฑะและรังไข่ ฮอโมนจากต่อมอัณฑะช่วยการเจริญของเพศชายให้แสดงเป็นเพศชาย เช่น มีหนวดเครา ร่างกาย แข็งแรงและมีพลังทางเพศ และการสร้างน้ำอสุจิสำหรับสืบพันธุ์ แต่ก็มีส่วนช่วยให้ต่อมลูกหมากเจริญเกินความต้องการไปจนมีอาการปัสสาวะลำบาก หรือช่วยให้เกิดมะเร็งได้ ถ้ากินหรือฉีดฮอโมนชายบ่อยๆ เพื่อเพิ่มพลังทางเพศสัมพันธ์ ฮอโมนจากรังไข่ ช่วยให้หญิงมีประจำเดือน ช่วยให้สร้างไข่ให้สุกทุกๆ เดือน สำหรับรับการผสมพันธุ์ และทำให้ต่อมน้ำนมคัดทุกเดือนเมื่อมีประจำเดือน ถ้าให้ฮอโมนจากรังไข่มากเกินไปก็ทำให้เกิดมะเร็งของนม มดลูกและรังไข่ได้

8) รังสีจากแสงแดด, เอ็กซเรย์และเรเดียม รังสีจากแสงแดด คือ อัลตราไวโอเลต และรังสีเอ็กซ์ และรังสีจากแร่เรเดียม มีส่วนกระตุ้นให้เกิดมะเร็งของอวัยวะต่างๆ ได้ เช่น คนที่ทำงานกลางแจ้งโดยแสงแดดทุกๆ วัน รังสีอัลตราไวโอเลตจะไปกระตุ้นเซลล์ของผิวหนังบริเวณหน้า และส่วนที่ถูกแดดทุกวันเป็นมะเร็งได้ เจ้าหน้าที่และแพทย์ที่ทำงานอยู่กับการบริการผู้ป่วยด้วยเอ็กซเรย์จึงต้องมีแผนจะกั๊กกันรังสีมาถูกอวัยวะของผู้บริการได้ แม้ในการใช้รังสีเอ็กซ์รักษามะเร็งของปอด ถ้าฉายรังสีบ่อยๆ ผิวหนังที่โดนรังสีบ่อยๆ ก็เป็นมะเร็งได้

ในสหรัฐอเมริกากำลังวิจัยว่า สตรีที่มีพันธุกรรมของมะเร็งของเต้านมอยู่แล้ว ถ้ามีการถ่ายภาพรังสีของปอดบ่อยๆ รังสีเอ็กซเรย์จะกระตุ้นให้เกิดมะเร็งของนมเร็วขึ้นได้

9) การกระทบกระแทกแรงๆ อวัยวะต่างๆ ของร่างกายที่ถูกกระทบกระเทือน ถูกเสียดสี ถูกบีบ ถูกกระแทกแรงๆ หรือถูกตีแรงๆ เช่น เต้านม ที่ให้เด็กดูดนม ถูกกัด และถูกบีบจนชอกช้ำบ่อยๆ ปากมดลูกที่ชอกช้ำจากการคลอดลูก และการกระทบกระแทกจากการร่วมเพศ และการอักเสบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงโสเภณี กระดูกที่ถูกของแข็งเพียงครั้งเดียวหรือหกล้ม กระดูกกระแทกของแข็งอย่างแรงเพียงครั้งเดียว ก็เป็นสาเหตุทำให้เกิดมะเร็งกระดูกนั้นๆ ได้

10) การอักเสบเรื้อรัง เช่น ผลอักเสบที่ริมฝีปาก เหงือก ช่องปาก ลิ้น ปากมดลูก แผลที่เท้า แผลในกระเพาะอาหารจะมีเชื้อจุลินทรีย์ เข้าไปช่วยทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังเป็นเวลานานหลายเดือน หลายปี หรือ 10 ปี ก็เป็นสาเหตุให้เกิดมะเร็งได้ทั้งสิ้น

11) การแปรปรวนของการวิวัฒนาการของเซลล์ ความผิดพลาดหรือการแปรปรวนในการเจริญของเซลล์หลังจากการผสมพันธุ์ของตัวสุจิและไข่แล้ว ทำให้เซลล์บางเซลล์ไปงอกงามอยู่ในอวัยวะอื่นหรือเซลล์อ่อนๆ ที่งอกผิดธรรมชาติไป ก็ช่วยให้เกิดมะเร็งได้ และโดยมากจะเป็นมาแต่กำเนิด

12) พยาธิใบไม้ในตับ (*Opisthorchis viverrini*) พยาธิใบไม้ในตับเป็นพยาธิแบนๆ คล้ายใบไม้ยาวประมาณ 10 – 15 มม อาศัยอยู่ในท่อน้ำดีของตับงูน้ำดี ตัวอ่อนของพยาธิอาศัยอยู่ในปลาน้ำจืด พบมากในจังหวัดทางอีสาน ประชาชนชาวอีสานชอบกินปลาดิบ จึงเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมาก บางตำบลจะพบคนเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับถึงร้อยละ 96 การตรวจศพของ ผู้ป่วยโรคนี้ จะพบว่า ผู้ป่วยบางคนมีพยาธิใบไม้ตับในหลอดน้ำดีและถุงน้ำดีรวม 700 – 800 ตัว ส่วนกลไกที่ทำให้เกิดมะเร็งของตับยังไม่ทราบแน่นอน แต่เชื่อว่าตัวพยาธิเองก่อให้เกิดความระคายเคืองต่อเยื่อบุหลอดน้ำดี หรือตัวพยาธิเองมีสารพิษบางชนิดที่ไปกระตุ้นเซลล์ที่บุท่อน้ำดี จนสามารถกลายเป็นมะเร็งได้ ในโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น ปรากฏว่า มะเร็งของตับสูงอันดับหนึ่งในจำนวนมะเร็งทั้งหมดของร่างกาย

13) เชื้อไวรัส เชื้อไวรัสที่สำคัญ คือ Hepatitis B Virus ซึ่งติดต่อกันได้โดยการให้เลือด การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การมีเพศสัมพันธ์ และเด็กแรกคลอดได้รับเชื้อจากแม่ เมื่อเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายแล้วจะทำให้ตับอักเสบ ผู้ป่วยจะมีตาเหลืองตัวเหลือง และปัสสาวะเหลือง หรือดีซ่าน แบบตับอักเสบทั่วๆ ไป เมื่อหายจากดีซ่านแล้วโรคที่เกิดตามมาภายหลัง คือ โรคตับแข็ง หรือมะเร็งของตับหรือทั้งสองอย่าง

14) พันธุกรรม พันธุกรรมของโรคมะเร็งมีอิทธิพลรุนแรงพอๆ กับโรคอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคจิต โรคหืด และความพิการของอวัยวะต่างๆ ในตระกูลที่มีบรรพบุรุษเป็นโรคมะเร็ง ลูกหลานมีโอกาสได้รับพันธุกรรมของมะเร็งได้มาก เช่น มะเร็งของตับ ปอด เต้านม มดลูก และลูกตา ดังจะเห็นได้จากการเป็นมะเร็งชนิดเดียวกันในพ่อ แม่ ลูก พี่น้องท้องเดียวกันหลายๆ คน และในลูกฝาแฝด

อาการของมะเร็งในอวัยวะต่าง ๆ

1) มะเร็งของปากมดลูกและตัวมดลูก อาการของมะเร็งปากมดลูก และตัวมดลูกในระยะแรกๆ อาจจะไม่มียะโรมาหนัก ผู้ป่วยมักจะไม่ค่อยสนใจและทำให้มะเร็งลุกลามมากขึ้นไปอีก บางทีก็นึกว่าเป็นเพียงมดลูกอักเสบธรรมดา อาการเริ่มแรกอาจมีการผิดปกติของเลือดระดู เช่น ตกเลือดมากหรือน้อยก็ได้ หรือเลือดออกกะปริดกะปรอยภายหลังมีระดู ฉะนั้น ถ้ามีอาการผิดปกติของเลือดระดูเพียงเล็กน้อย ก็ขอให้รีบปรึกษาแพทย์ทันที บางคนอาจจะไม่มีการผิดปกติของระดูก็ได้ จนกระทั่งอาการเจ็บบริเวณมดลูกหรือท้องน้อย หรือตกเลือดมากมาเรื่อยๆ ก็ได้ ที่เป็นดังนั้นก็ เพราะว่ามะเร็งต้องใช้เวลาของกามมาระยะหนึ่งก่อนที่จะทำให้ตกเลือดได้ ด้วยเหตุนี้เองเมื่อผู้ป่วยบางรายไปหาหมอให้ตรวจภายในก็พบว่าเป็นมะเร็งในระยะที่ 2 หรือที่ 3 แล้ว

2) มะเร็งของเต้านม มะเร็งของเต้านมอาจจะตั้งต้นเป็นมะเร็งเลยก็ได้ หรือเริ่มเป็นเนื้องอกธรรมดาแล้วกลายเป็นมะเร็งก็ได้ บางทีมีต่อมน้ำนมอักเสบเรื้อรัง แล้วกลายเป็นมะเร็งภายหลัง เนื้องอกธรรมดาเริ่มเป็นไตกลมเล็กๆ ขนาด 1 – 2 ซม และมักจะเคลื่อนไปมาได้เวลาจับดู การตรวจเนื้องอกหรือมะเร็งของเต้านมโดยวิธีง่ายๆ ก็คือ ก่อนจะอาบน้ำใช้นิ้วมือบีบเต้านมเบาๆ เพื่อหาก้อนเนื้อที่เป็นไตแข็งผิดปกติไปจากต่อมน้ำนมธรรมดา มักจะมีขนาด 1 – 2 ซม และเคลื่อนไปมาได้ง่ายโดยไม่ยึดติดกับกล้ามเนื้อหรือผิวหนังที่คลุมอยู่ ถ้าเป็นมะเร็งก้อนเนื้อจะติดกับกล้ามเนื้อของหน้าอก และไม่สามารถเคลื่อนไปมาได้ ถ้าเป็นนานๆ ผิวหนังบริเวณก้อนมะเร็งจะยุบเป็นรอยบุ๋มลงไปบนเต้านม

3) มะเร็งของลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยจะถ่ายอุจจาระมีเลือดสดๆ หรือเล้าเก่าๆ สีดำแดงหรือสีคล้ายโคลน ท้องมักผูก ถ่ายอุจจาระไม่สะดวก ปวดท้องเรื้อรัง ถ้าก้อนมะเร็งโตขึ้นก็สามารถคลำพบได้ทางหน้าท้องบริเวณที่ปวด

4) มะเร็งของกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ เบื่ออาหาร อาเจียนเป็นเลือดสดๆ หรือเลือดเก่าๆ มะเร็งของกระเพาะอาหารอาจเกิดเป็นมะเร็งตั้งแต่เริ่มแรกเลยก็ได้ หรืออาจเกิดขึ้นภายหลังที่เป็นแผลเรื้อรังที่กระเพาะอาหารมาหลายๆ ปีแล้วก็ได้

5) มะเร็งของปอด ผู้ป่วยมีอาการไอแห้งๆ หรือมีเสมหะ บางทีมีเลือดสดๆ ปนออกมา กับเสมหะ บางครั้งมีเศษเนื้อเน่าเก่าๆ หลุดมากับเสมหะก็ได้ หายใจหอบถ้ามีน้ำหรือมีเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด ผู้ป่วยจะมีอาการแน่นหน้าอก หายใจหอบมาก บางครั้งจะมีอาการเจ็บและแน่นพร้อมๆ กัน ในขั้นสุดท้ายผู้ป่วยจะหอบมากจะหายใจไม่สะดวก จนผู้ป่วยเหนื่อยมากและอยากให้แพทย์ฉีดยาให้ตายเร็วๆ เพื่อไม่ให้ทรมาน

6) มะเร็งของสมอง ผู้ป่วยมีอาการปวดหัวข้างเดียวหรือสองข้าง อาการปวดค่อยๆ มากขึ้น ต่อมาจะมีอาการอาเจียน คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ตาเริ่มมัว และมัวมากขึ้นจนถึงตาบอด ถ้ามะเร็งเกิดใกล้ๆ ประสาทตา และต่อไปจะเป็นอัมพาต

7) มะเร็งของริมฝีปาก เหงือก ลิ้น และเพดานของช่องปาก จะเริ่มต้นโดยมีแผล เล็กๆ และเป็นเรื้อรัง เจ็บและแสบและรักษาโดยทายาป้ายยา กินยาแก้อักเสบที่ไม่หาย แผลค่อยๆ ลุกลามออกไป และมีขอบหนาขึ้น เวลาถูกกระทบหรือเคี้ยวอาหารแข็งๆ จะมีเลือดออกง่าย

8) มะเร็งของตับ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการแน่นและจุกบริเวณหน้าท้อง โดยไม่เกี่ยวกับการ กินอาหาร การรักษาโดยการกินยาธาตุ ยากระเพาะอาหารจะไม่ดีขึ้นเลย อาการแน่นจะมากขึ้นจน รู้สึกเบื่ออาหาร ขึ้นสุดท้ายจะมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง และปัสสาวะสีเหลืองเข้ม เนื่องจาก มะเร็งได้อุดทางเดินของท่อน้ำดี ในผู้ป่วยที่มีอายุมากตับจะมีขนาดโตขึ้นจนผู้ป่วยคลำได้เอง อาการ จุกและแน่นอาจมีบ้าง แต่ไม่รุนแรงมากนัก

9) มะเร็งของต่อมลูกหมาก ผู้ป่วยจะถ่ายปัสสาวะลำบาก ถ่ายบ่อย และครั้งละน้อยๆ บางครั้งก็ถ่ายไม่ออกต้องเบ่งอยู่นาน อาการเป็นแบบเดียวกับต่อมลูกหมากโตธรรมดา การวินิจฉัย จึงต้องอาศัยตัดเอาต่อมลูกหมากออก แล้วมาย้อมสีดู เพื่อหาเซลล์ของมะเร็ง

10) มะเร็งของหลอดอาหาร ผู้ป่วยจะเริ่มกลืนอาหารลำบาก หรือกลืนอาหารคำใดๆ ไม่ได้ ต้องกินอาหารเหลวๆ อาจมีอาการเจ็บเวลากลืนบ้าง การวินิจฉัยก็ต้องอาศัยการตรวจโดยการ ใช้กล้องหรือถ่ายภาพรังสีและตัดเนื้อออกมาตรวจหาเซลล์ของมะเร็ง

การป้องกันโรคมะเร็ง

การเกิดโรคมะเร็งมีหลายสาเหตุและหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งภาวะภายในและภายนอก ร่าง กาย มะเร็งซึ่งทราบสาเหตุที่แท้จริงจากภายนอก ร่างกายก็สามารถป้องกันได้ แต่ยังมีมะเร็งอีก หลายชนิดๆ ที่ยังไม่สาเหตุที่แท้จริงหรือเกี่ยวกับภาวะภายในร่างกาย ซึ่งไม่สามารถป้องกันได้ อย่างไรก็ดีตาม ในทางปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็ง หรือการที่จะรู้ตัวว่าเป็นมะเร็งตั้งแต่ในระยะที่ เพิ่งเริ่มสามารถรักษาให้หายขาดได้ อาศัยมาตรการที่สำคัญ 2 ประการ คือ

มาตรการแรก คือ การรักษาสุขภาพและพลานามัยให้แข็งแรงอยู่เสมอ สุขภาพและ พลานามัยที่แข็งแรงจะเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันโรคมะเร็ง

- การบริโภคอาหารที่ดีและมีประโยชน์ต่อร่างกาย ทั้งเนื้อสัตว์และพืชผักผลไม้ ใน ปริมาณที่เพียงพอ ไม่มากหรือน้อยเกินไป

- หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นเครื่องบั่นทอนสุขภาพ เช่น บุหรี่ สุรา ควรจะงดหรือลดให้น้อยที่สุด
- ควรมีการพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ
- ควรออกกำลังกายแต่พอสมควร เพื่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ
- รักษาความสะอาดของร่างกายทุกๆ ส่วน โดยเฉพาะภายในช่องปากและบริเวณอวัยวะ เพศ ในเพศชายที่หนังหุ้มปลายอวัยวะเพศไม่เปิด ควรทำการผ่าตัดหนังหุ้มปลายออกเสีย

มาตรการที่สอง ได้แก่ การให้ความสนใจ, ศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งบ้างพอสมควร เมื่อมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักโดยทั่วๆ ไปของมะเร็งแล้ว ก็ย่อมจะเกิดแนวทางทั้งในด้าน การป้องกันและสามารถรู้ได้ว่าเป็นมะเร็งตั้งแต่ในระยะที่เพิ่งเริ่มเป็น โดยมีข้อควรปฏิบัติดังนี้

1 การหลีกเลี่ยงสาเหตุหรือสารที่ทำให้เกิดมะเร็ง

ก อาหาร ไม่ควรบริโภคอาหารหรือเครื่องดื่มที่ร้อนจัด อาหารหรือขนมที่ใส่สีย้อมซึ่งจะสังเกตได้ง่าย คือ มีสีฉูดฉาดและเมื่อรับประทานแล้ว สีจะออกมากับปัสสาวะ อาหารโปรตีนหมัก เช่น ปลาร้า แหนม ปลาสาม ควรทำให้สุกเสียก่อน อาหารที่ขึ้นราควรงดโดยเด็ดขาด เพราะสารอะฟลาท็อกซินจะไม่ถูกทำลายโดยการทำให้เดือดหรือสุกโดยวิธีใดก็ตามอาหารที่ขึ้นราง่ายควรเก็บในภาชนะที่แห้งสนิท และมิดชิด

ข สิ่งเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ หมากพลู ควรจะงดเสีย

ค ยารักษาโรค ไม่ควรรับประทานยาที่เข้าสารหนู กำมะถัน ในปริมาณมากๆ ยาที่เป็นฮอร์โมนควรรับประทานเมื่อแพทย์สั่งเท่านั้น ไม่ซื้อรับประทานเอง

ง การระคายเคืองรัง ฟันแกที่ครูดลิ้นหรือกระพุ้งแก้มอยู่เสมอ ควรถอดเสียไม่ควรใส่หรือเสริมการแปลงปลอมเพื่อการเสริมสวย

จ สาเหตุอื่นๆ ควรหลีกเลี่ยงเคมีวัตถุประเภทน้ำมันดินรังสี

2 การสนใจในสุขภาพของตนเองและบุตรหลาน

มีความสำคัญต่อการที่แพทย์จะสามารถค้นหาและวินิจฉัยมะเร็งหรือวินิจฉัยมะเร็งในขณะที่เพิ่งเริ่มเป็นได้ ซึ่งจะกล่าวต่อไป

ข้อควรปฏิบัติเพื่อการตรวจค้นหาและวินิจฉัยมะเร็ง

การที่จะค้นหาและวินิจฉัยมะเร็งได้ในระยะที่ยังไม่มีอาการ หรือวินิจฉัยมะเร็งได้ในระยะที่เพิ่งเริ่มเป็น มีความสำคัญมากและจะต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชน และผู้ป่วยเป็นอย่างมาก นอกเหนือไปจากความสามารถของแพทย์ และการพัฒนาก้าวหน้าในด้านเครื่องมือตรวจ

ก การตรวจเพื่อค้นหาและวินิจฉัยมะเร็งในระยะที่เพิ่งเริ่มเป็น การเอาใจใส่และสนใจสุขภาพของตนเองโดยมีการเช็คร่างกายประจำปี โดยการไปตรวจที่คลินิกมะเร็งแรกเริ่มตามโรงพยาบาล หรือสถาบันต่างๆ เช่น ในผู้ชายอายุเกิน 30 ปี ขึ้นไปควรจะไปถ่ายภาพรังสีของปอดปีละครั้ง หรือในสตรีอายุเกิน 25 ปีขึ้นไปควรจะได้รับ การตรวจเต้านม และตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีแป็บสเมียร์ (PAP Smear) ปีละครั้ง เพราะถ้าเป็นวัยที่มีโอกาสเป็นมะเร็งได้ง่าย ควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และไปพบตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง

ข การตรวจเพื่อวินิจฉัยมะเร็งเมื่อเริ่มมีอาการแล้ว โดยเฉพาะเมื่อมีอาการของสัญญาณอันตราย 7 ประการ ของโรคมะเร็ง หรือมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกาย ควรรีบปรึกษาแพทย์โดยเร็ว การตอบคำถามของแพทย์โดยละเอียด และตามความจริงจะช่วยให้อาการโรคริดเร็วยิ่งขึ้น

ในกรณีที่แพทย์สงสัยว่าจะเป็นมะเร็ง ควรมอบความไว้วางใจและให้ความร่วมมือกับแพทย์ การที่แพทย์จะตัดสินใจกระทำวิธีการตรวจใดๆ เพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็งอย่างแน่นอนและแม่นยำ การกระทำนั้นๆ ย่อมจะไม่มีอันตรายต่อผู้ป่วย แต่กลับจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเองเสมอ

จากการศึกษาโรคที่เกิดจากพฤติกรรมส่วนใหญ่ แล้วเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ และกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษาโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง เนื่องจากพนักงานบริษัททำงานในแหล่งชุมชน มีปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ไม่ค่อยออกกำลังกาย ลักษณะงานที่ทำเป็นงานที่อยู่ในสำนักงานไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงคิดว่าการตรวจสุขภาพประจำปีสามารถตรวจคัดกรองโรค หากพบโรคก็จะสามารถรักษาได้ตั้งแต่เนิ่นๆ มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model)

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้ เริ่มพัฒนาขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1950 โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) ได้เน้นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ และการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Rosenstock 1974)

โรเซนสต็อก (Rosenstock 1974) และ เบกเกอร์ (Becker 1974) ได้พัฒนาแบบจำลองที่ศึกษาปัจจัยทางสังคมวิทยาของการใช้บริการสุขภาพขึ้นเรียกว่า Health Belief Model (HBM) เพื่อใช้สำหรับการศึกษาว่า บุคคลที่มีสุขภาพปกติปฏิบัติอย่างไร เพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย

โรเซนสต็อก ฮอคบาวม เคเจเลส และลีเวนทอล (Rosenstock, Hochbaum, Kegeles and Leventhal) เป็นบุคคลกลุ่มแรกที่ได้ทำการศึกษาและนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายปัญหาทางสาธารณสุข ซึ่งแนวคิดเรื่องแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพนี้ได้รับอิทธิพลมาจาก ทฤษฎีสถานะของเลวิน (Lewin) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาผู้มีความเชื่อว่า “คนเราอาศัยอยู่ในอวกาศของชีวิต” ที่ประกอบด้วยเขตที่มีทั้งแรงผลักและแรงดูด (Positive and negative valence) เช่น ความเจ็บป่วยเป็นแรงที่มีผลผลักดันบุคคลออกจากเขตหนึ่ง และจะถูกดึงดูดโดยอีกเขตหนึ่ง คือ ความต้องการหายป่วยเป็นปกติ ซึ่งเป็นแรงดึงดูด (Positive valence) จากโครงสร้างนี้ พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพมนุษย์ จึงขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ

1. คุณค่า (Values) ที่บุคคลให้แก่ผลลัพธ์ใดๆ
2. ความเชื่อที่บุคคลมีต่อการกระทำบางอย่างว่า เมื่อทำแล้วจะเกิดผลอย่างไร

แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ได้รับการพัฒนาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง โรเซนสต็อก (Rosenstock 1974 330) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของเขา และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย เป็นต้น

ต่อมา เบคเกอร์ และคณะ (Becker, et al 1975 12) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเพิ่มปัจจัยร่วม นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน

งานวิจัยจำนวนมาก พิสูจน์ให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรู้สึกของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค กับความเจ็บป่วย และระหว่างพฤติกรรมป้องกันโรคกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับการตรวจโรคบางชนิด เช่น โรคมะเร็งเต้านม (Fink, Shapiro & Rosteer, 1972) มะเร็งปากมดลูก (Kegeles 1969, Flach 1960) ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค มีความสัมพันธ์กับการรับรู้มึลุ่มกัน (Glasser 1958, Leventhal Hockbaum & Rosenstock, 1960)

การศึกษาด้านในลักษณะที่ติดตามพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในอนาคต (Prospective study) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาลในอนาคต

2 การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived severity)

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมและบุคคล การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้น แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไป อาจทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้

ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อไปนี้

- 1 การไปรับบริการด้านทันตสุขภาพ (Kegeles 1963, Tash O'Shea & Cohen 1969)
- 2 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ (Suchman 1967)
- 3 การไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาเมื่อมีอาการเจ็บป่วย (Battistella 1971)

4 การพาบุตรไปคลินิกสุขภาพเด็กดี และคลินิกเพื่อป้องกันโรคอื่นๆ (Becker, et al, 1977)

แจนซ์และเบคเกอร์ (Janz & Becker 1984 44) ได้สรุปผลการศึกษาระบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคสามารถอธิบาย หรือทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ร้อยละ 36

3 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits)

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นจะต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้น การตัดสินใจปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

แจนซ์และเบคเกอร์ (Janz & Becker 1984 44) ได้สรุปผลการศึกษาระบบความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วย และพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยได้

4 การรับรู้อุปสรรค (Perceived barrier)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือตรวจพิเศษที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยหรือไม่สะดวกสุขสบาย ฉะนั้น บุคคลจึงมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้

เฮนส์ (รุ่งลาวัลย์ เจษฎาจิตกุล 2546 13, อ้างอิงจาก Hayness 1979) กล่าวว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาจะลดน้อยลง ถ้าความยุ่งยากซับซ้อน และค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งค่าใช้จ่ายนี้ถูกประเมินโดยผู้ป่วย โดยนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่ตนมีอยู่หรือที่จะหามาได้

5 แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก สมองสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำด้านสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวและ

เพื่อนบ้าน เป็นต้น แรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจทั่วไปจะวัดในรูประดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

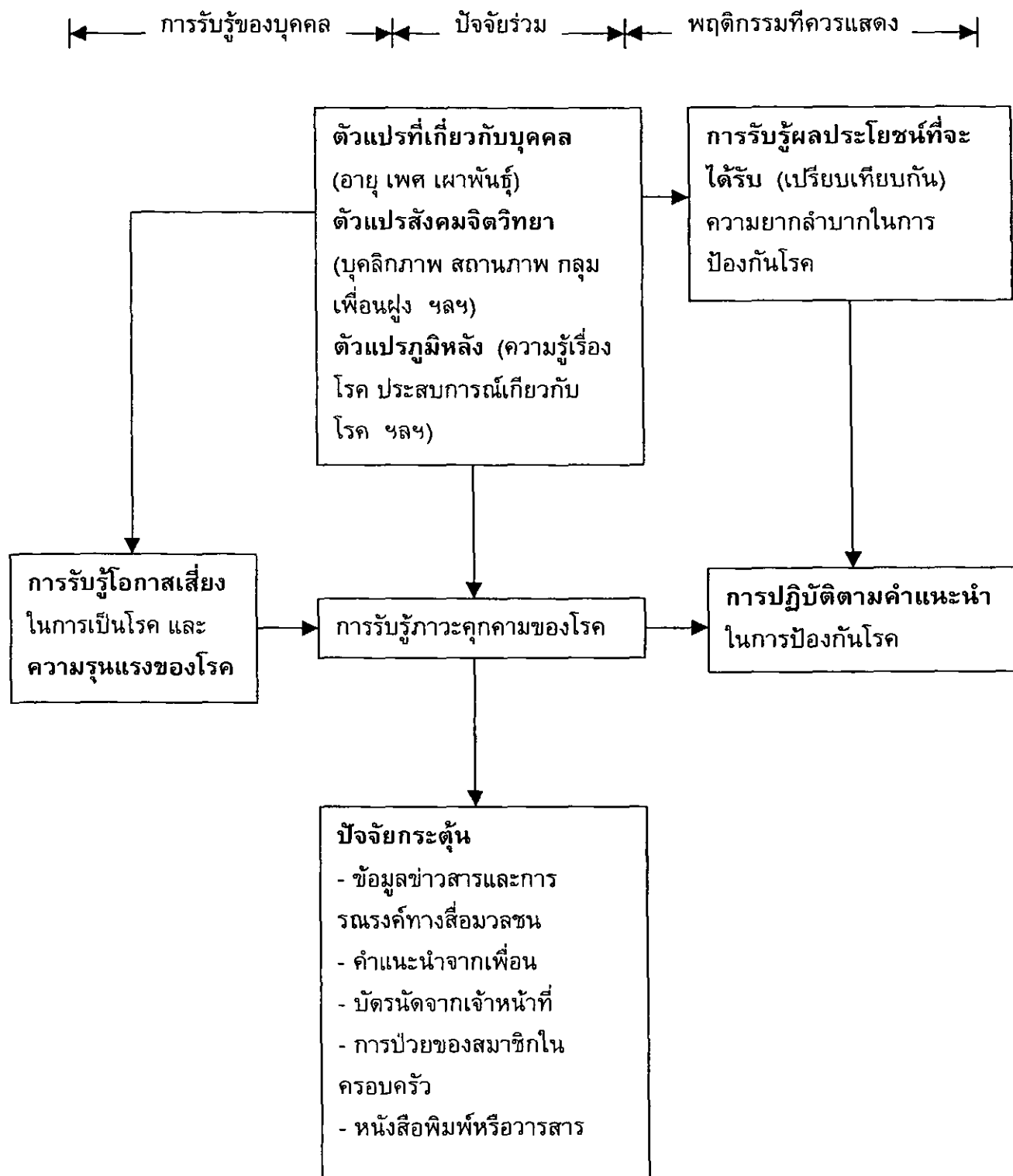
6 ปัจจัยร่วม (Modifying factor)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ทักษะคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางสังคม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและการรักษาสุขภาพด้วยเช่นเดียวกัน

จุดเด่นของแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ คือ

- 1 ช่วยวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรมและการค้นหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล
- 2 เป็นกรอบแนวคิดที่มีประโยชน์ในการออกแบบยุทธวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะการพัฒนาข้อมูลข่าวสารที่จูงใจให้บุคคลตัดสินใจกระทำอย่างถูกต้องเรื่องสุขภาพ

เบคเกอร์และไมแมน ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาอธิบายอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ดังรายละเอียดตาม ภาพประกอบ 2 (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2542)



ภาพประกอบ 2 “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

จากการศึกษาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ สามารถนำมาอธิบายและทำนาย พฤติกรรมได้ ผู้วิจัยคิดว่าปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรค น่าจะมีความสัมพันธ์กับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นพฤติกรรมป้องกันโรคเช่นเดียวกัน

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

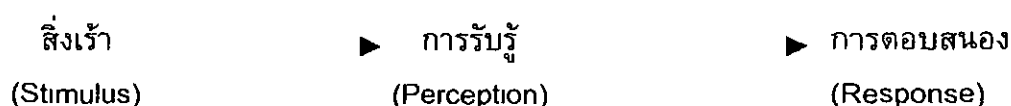
การรับรู้ (Perception) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน (Latin) คือ "Perceipere" ซึ่ง per หมายถึง "ผ่าน" (through) และ cipere หมายถึง "การนำ" (to take) (cited in Blunting 1988 168) ในพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (New Webster's Dictionary 1975 1100) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า คือ การแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นใน จิตใจของตนเอง

แกริสัน และมากูน (Garrison and Magoon 1972 673) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการซึ่งสมองตีความหรือแปลความหมายของข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม ทำให้ทราบว่าสิ่งเร้าที่มาสัมผัสได้นั้นจะต้องอาศัยประสบการณ์ของเราเป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความ

แซพลิน (Bunting 1988 168-169 , citing Chaplin 1981) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า "เป็นกระบวนการภายในของบุคคลที่สามารถตระหนักได้ เป็นการรับรู้ลึกและให้ความหมายโดยประมวลเข้ากับเหตุการณ์ในอดีตซึ่งต้องอาศัยการวินิจฉัย เป็นความสามารถของมนุษย์ในการพิจารณาพิเคราะห์สิ่งต่างๆ ที่เข้ามากระทบ และเป็นการรู้แจ้งโดยสัญชาตญาณหรือความเชื่อในสิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นทันทีทันใดมาประเมนร่วมกัน"

คิง (กอบกุล พันธุ์เจริญกุล 2528 377 , อ้างอิงจาก King 1984 2-24) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่าหมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจมนุษย์ เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมาย และแรงผลักดันการรับรู้ของแต่ละบุคคล เป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่างๆ ของบุคคลนั้น โดยกระบวนการรับรู้จะทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากภายนอกทางประสาทสัมผัสและความจำ

สุชา จันท์นเอ็ม (2533 119) กล่าวว่า การรับรู้ คือ การตีความหมายจากการรับสัมผัส (Sensation) และในแง่ของพฤติกรรม การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ดังแผนภูมิข้างล่าง



นอกจากนี้ คิยังได้สรุปลักษณะสำคัญของการรับรู้ไว้ดังนี้ คือ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2528 378, สังวาล แก้วประเสริฐ 2533 17, อ้างอิงจาก King 1984 23-24)

1) การรับรู้เป็นเอกภาพ (Universal) คิกล่าววามมนุษย์ทุกคนสามารถรับรู้ต่อบุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เกิดจนตาย โดยจัดเรียงลำดับจากรูปธรรม และให้ความหมายต่อสิ่งเร้า หลังจากนั้นก็จะเก็บเข้าไปในความทรงจำของแต่ละบุคคล เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าเดิมอีกครั้ง มนุษย์ก็จะดึงประสบการณ์ในอดีตมาช่วยพิจารณา และให้ความหมายต่อสิ่งเร้า เช่นเดียวกับที่ผ่านมาซึ่งก็คือ การรับรู้ของบุคคลนั่นเอง

2) การรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกเฉพาะสำหรับตนเอง (Elective and Subjective) ถึงแม้ว่าจะเป็นกรรับรู้ในเหตุการณ์เดียวกัน แต่เราไม่สามารถจะสรุปได้ว่า แต่ละบุคคลจะรับรู้ในเหตุการณ์นั้นเหมือนกัน เนื่องจากบุคคลย่อมมีภูมิหลัง และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน

3) การรับรู้เป็นสิ่งที่แสดงออกในภาวะปัจจุบัน (Action Oriented in the present) เนื่องจากข้อมูลที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ทำให้บุคคลต้องมีการรับรู้ในสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น และทำให้เกิดการเรียนรู้ควบคู่กันไปด้วยเสมอ

4) การรับรู้เป็นปฏิบัตินสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายแน่นอน (Transaction) เราสามารถสังเกตถึงการรับรู้ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีการแสดงออกระหว่างบุคคลหลายๆ คนหรือภายในกลุ่ม จึงจะทำให้มองเห็นได้ชัดว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ในสถานการณ์นั้นอย่างไร

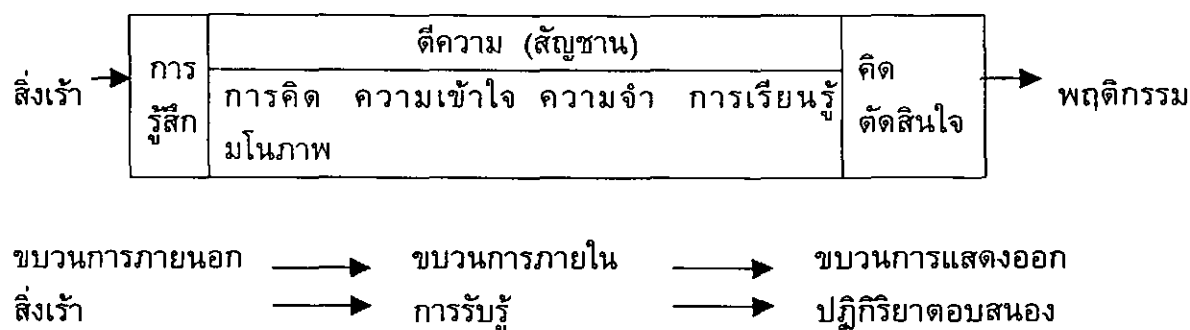
กระบวนการของการรับรู้

การรับรู้ของบุคคล เป็นสภาพทางจิตวิทยา เป็นความสนใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม เป็นพื้นฐานในการที่จะนำข้อมูลต่างๆ ของสิ่งเร้านั้นเข้าสู่กระบวนการรับรู้ โดยผ่านทางประสาทสัมผัสของร่างกาย (Sensation) เมื่อข้อมูลต่างๆ ถูกป้อนเข้าสู่ระบบความคิดแล้ว บุคคลจะเลือกจัดระบบของข้อมูล แล้วกระบวนการจดจำและแปลความหมายของข้อมูลจะเกิดขึ้นโดยอาศัยคุณสมบัติภายในตัวเองของบุคคล เป็นตัวกลางในการกลั่นกรองการแปลความหมายนั้น ทำให้บุคคลตัดสินใจและประเมินคุณค่าของ ผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดังกล่าว จึงสรุปได้ว่ากระบวนการรับรู้ นั้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การเลือก (Selection) การจัดระบบ (Organization) และการแปลความ (Interpretation) (สิทธิโชค วรานุสันติกุล 2524 59-65) ซึ่งต่อจากนั้นก็จะมีพฤติกรรมแสดงออกตามคุณค่าที่ตนตัดสินใจ และผลจากการแสดงออกก็จะเป็นข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) สู่กระบวนการรับรู้ อีก ดังนั้นความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องของกาลเวลาและเหตุการณ์ต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล (Space - time continuum) (McGhie 1986 216, Petteault 1985 29) ด้วยเหตุนี้การรับรู้ของแต่ละบุคคลจึงเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่างๆ ซึ่งสามารถวัดได้จากการให้บุคคลเลือกลักษณะที่คิดว่าจริง หรือสอดคล้องกับสิ่งที่ถูกรับรู้ ตามความคิดของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่งๆ

ส่วนคิง (Bunting 1988 17 , citing King 1981) ได้กล่าวว่า กระบวนการของการรับรู้ จะเกิดขึ้นได้ต้องประกอบด้วย

- 1) การนำเข้าของข้อมูลข่าวสารต่างๆ
- 2) การส่งต่อของข้อมูล
- 3) ขบวนการแปลความหมายของข้อมูลที่ได้รับ
- 4) การเก็บและจดจำข้อมูลข่าวสารต่างๆ
- 5) การแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมา โดยอาศัยข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่

นอกจากนั้น กันยา สุวรรณแสง (2532 128) ยังกล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการ ที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความเข้าใจ การคิด การรู้สึก (Sensing) ความจำ (Memory) การเรียนรู้ (Learning) การตัดสินใจ (Decision making) การแสดงพฤติกรรม ซึ่งเขียนเป็นแผนภูมิ (กันยา สุวรรณแสง 2532 129) แสดงดังภาพประกอบ 3

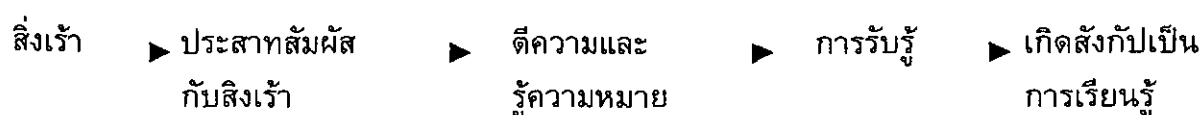


ภาพประกอบ 3 กระบวนการของการรับรู้ (Process of perception)

ความสำคัญของการรับรู้

กันยา สุวรรณแสง (2532 150) ได้กล่าวถึง ความสำคัญของการรับรู้ ดังนี้ คือ

- 1) การรับรู้ความสำคัญต่อการเรียนรู้ การรับรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าไม่มีการรับรู้ การเรียนรู้ก็เกิดขึ้นไม่ได้ สังเกตได้จากขบวนการดังนี้



ในทำนองเดียวกัน การเรียนรู้ก็มีผลต่อการรับรู้ครั้งใหม่ เนื่องจากความรู้ความจำเดิมจะช่วยแปลความหมายให้ทราบว่าเป็นอะไร

2) การรับรู้ มีความสำคัญต่อเจตคติ อารมณ์ และแนวโน้มของพฤติกรรม เมื่อรับรู้แล้วย่อมเกิดความรู้สึก และมีอารมณ์ พัฒนามาเป็นเจตคติ แล้วพฤติกรรมก็ตามมาในที่สุด

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

เนื่องจากภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น ประกอบด้วยภาวะที่มีสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกันหรือต่อเนื่องกันไป และเป็นประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ทุกคนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (สุธิดา นิรพิพนธ์ 2543 34, อ้างอิงจาก Brunners & Suddarth 1988 6) ซึ่งการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนนั้นจะดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยเช่นกัน แต่การรับรู้ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บางคนอาจมีการรับรู้ว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของเขา ดังนั้น การรับรู้ของบุคคลเหล่านี้จึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการ และความเจริญเติบโตของมนุษย์ ในขณะที่บางคนรู้สึกว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ทำให้เขาเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาก็คือ ความกลัว ความท้อแท้ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันนี้ จะมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2528 374)

ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกันไป ก็คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความหมายของภาวะสุขภาพดี ตามทัศนะของแต่ละบุคคล ซึ่งซอนยาและคณะ (สุธิดา นิรพิพนธ์ 2543 35, อ้างอิงจาก Sonja, et al 1981 223) กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้สุขภาพของตนดีนั้นไม่ได้หมายความว่า ไม่มีโรค หรืออาการจากความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับเขา ดังนั้น แม้ขณะที่บุคคลมีความเจ็บป่วยเขาก็อาจประเมินภาวะสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ดีได้ หากเขารับรู้เช่นนั้น ซึ่งความหมายของภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของคนส่วนใหญ่ นั้นมักจะหมายถึง ความสามารถทางร่างกายในการกระทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่างๆ เช่น ความสามารถในการประกอบ กิจกรรมประจำวัน การดูแลตนเอง การเดิน หรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย รวมทั้งการมีกิจกรรมร่วมกับสังคมของตนตามปกติเมื่อบุคคลถูกคุกคาม หรือรับรู้ว่าคุณภาพ หรือเมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้น ก็จะเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ความเครียด และบุคคลนั้นจะประเมินถึงภาวะ สุขภาพของตนบ่อยครั้ง เพื่อให้คำจำกัดความของสุขภาพใหม่ และมีปฏิริยาโต้ตอบหรือกระทำต่อสภาวะปัญหาทางสุขภาพแตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลประการหนึ่ง โดยการรับรู้จะเป็นตัวกลั่นกรอง หรือเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นๆ ต่อ ตนเอง และบุคคลจะมองภาวะเจ็บป่วยว่า รุนแรงของเหตุการณ์นั้นๆ ต่อตนเอง และบุคคลจะมองภาวะเจ็บป่วยว่ารุนแรงมากแค่ไหนขึ้นกับปัจจัยด้านประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา ภาวะการเจริญเติบโตและพัฒนาการ อิทธิพลทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อ ทัศนคติ การได้รับข้อมูลข่าวสารสำคัญจากแพทย์ พยาบาล ความคาดหวังในตนเอง ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ สามารถประเมินตัดสินภาวะสุขภาพของตนให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงได้

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ทั้งนี้เนื่องจากความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจของตนเองต่อภาวะสุขภาพของตนดังรายละเอียด ในการประเมินถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพ พอสรุปประเด็นสำคัญๆ ได้ดังนี้ คือ ในอดีตการวัดการรับรู้ ภาวะสุขภาพ สามารถประเมินได้ด้วยคำถามเพียงประโยคเดียว ซึ่งเป็นการถามถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในปัจจุบัน และส่วนใหญ่จะมีคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ดีมาก, ดี, พอใช้ หรือแย่มาก เป็นต้น แต่จากการขยายขอบเขตของโครงการศึกษาเพื่อการพัฒนาการประกัน ภาวะสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก The National Center for Health Services Research ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้ภาวะ สุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) ขึ้นมา ดำเนินการโดย บรูค และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถามถึงการ รับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การรับรู้ ความต้านทานโรค / การเสี่ยงต่อ ความเจ็บป่วย ซึ่งพอสรุปรายละเอียดได้ดังนี้ (Brook, et al 1979 9 – 27)

1 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต (Prior Health)

เป็นการประเมินความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละบุคคล ซึ่ง จะมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความเชื่อ ทศนคติ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บ ป่วยในอดีตที่ผ่านมา เช่น บุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดมา แล้วครั้งหนึ่ง หรือความเจ็บป่วยในอดีตที่ยาวนานซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี เกิดการรับรู้ ภาวะ สุขภาพในอดีตทางลบเมื่อประมวลเข้ากับประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบัน อาจทำให้บุคคลนั้นเกิด ความเครียด วิตกกังวลมากจนส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันรุนแรงหรือบิดเบือนไปจาก ความจริงได้ แต่ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตทางบวกมีประสบการณ์ เจ็บป่วยที่ดี เคยสมหวังในอดีต เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์เจ็บป่วยในปัจจุบัน ก็จะทำให้บุคคลนั้น มีความเครียด ในระดับที่เหมาะสม มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหาในปัจจุบันได้ดี

2 การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current Health)

บุคคลจะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในแต่ละวัน หรืออาจบ่อยครั้งกว่านั้นก็ขึ้นอยู่กับ ความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย ซึ่งการประเมินของแต่ละบุคคลเป็นความคิดในการ ให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” นั้นเอง (Orem 1985 173) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับสุขภาพของตนจากแพทย์ พยาบาลหรือบุคคลอื่นๆ อาการทางร่างกายที่ปรากฏ เป็นต้น ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมได้ ถ้าภาวะเจ็บป่วยของบุคคลนั้น ส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมเพียงเล็กน้อย เช่น ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการแสดงที่เกิด ขึ้นหรือมีอาการแสดงของความเจ็บป่วยเกิดขึ้น แต่บุคคลนั้นก็ประเมินสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ ดีได้ หากบุคคลมีการรับรู้เช่นนั้น แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับและการประเมินภาวะ

สุขภาพในปัจจุบันอาจขัดกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอดีตได้ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการรับรู้นั้นเอง

3 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต (Health outlook)

เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นย่อมจะส่งผลเสียต่อโครงสร้างและการทำงานของร่างกายอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการได้ในอนาคต บุคคลสามารถรับรู้ถึงภาวะสุขภาพในอนาคตจากการคาดเดาได้ด้วยตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบันและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากผู้อื่น จะส่งผลถึงความคาดหวังหรือความหมดหวังของบุคคลนั้นได้ กล่าวคือ ถ้าบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุน การช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างจะทำให้มีความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอนาคตอย่างมีความหวัง มีกำลังใจและเกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อจะดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้น ขาดการสนับสนุนทางสังคม มีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เลวร้ายทั้งในอดีตและปัจจุบัน ก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกหมดหวัง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตทางลบ

4 การรับรู้ความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Resistance or Susceptibility to Illness)

เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่า ร่างกายสามารถต้านทาน หรือเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเกิดโรคซ้ำได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และสามารถปรับเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรคการรักษา กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยไม่เชื่อการวินิจฉัยและแนวทางการรักษาของแพทย์ หรือขาดความมั่นใจในแพทย์ หรือมีความเชื่อทัศนคติ เกี่ยวกับสุขภาพไม่ถูกต้อง จะทำให้ทัศนคติเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความ เจ็บป่วยผิดไป นอกจากนี้ ยังขึ้นอยู่กับความคาดคะเนของบุคคลนั้นว่าตนอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย หรือมีโอกาที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำได้หรือไม่ด้วย ถ้าบุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยมาก่อน การคาดคะเนก็就会有ความถูกต้องสูง ซึ่งการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความ เจ็บป่วยที่ถูกต้อง จะทำให้บุคคลนั้นมีความสนใจ เอาใจใส่สุขภาพของตนเองดีตามมา

5 ความวิตกกังวล หรือความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพ (Health worry/Concern)

การที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ว่าอาจทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย หรือทำให้กระทบกระเทือนต่อฐานะและบทบาทของตนเอง จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความกลัววิตกกังวลได้ อาการวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มากเกินไปนี้ ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้ อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดกลไกทางจิตโดยการปรับอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดให้ดีขึ้น และมีการประเมินภาวะสุขภาพใหม่ว่าอาจไม่มีความผิดปกติใดๆ เบี่ยงเบนความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพไปแสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่นแทน ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรมีการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะสุขภาพเสียใหม่ รู้จักมองและประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง

เป็นจริง สร้างความรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมชีวิตของคุณได้ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี เกิดกำลังใจและให้ความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งการให้ความสนใจตระหนักถึงความสำคัญ เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดีนั้น จะทำให้มีพฤติกรรม การดูแลตนเองในการควบคุมความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

6 ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Sickness – Orientation)

เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล ว่าจะต้องประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ดีและภาวะเจ็บป่วย สลับกันไปเป็นประสบการณ์ตลอดช่วงชีวิตมนุษย์และการที่บุคคลยอมรับว่าตนเองมีความเจ็บป่วยและเรียนรู้ทำความเข้าใจถึงขั้นตอนการดำเนินโรค แนวโน้มการเกิดผล กระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้บุคคลนั้นมีการเตรียมความพร้อมในการปรับตัว และแก้ไขปัญหา มีการแสวงหาความช่วยเหลือการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง

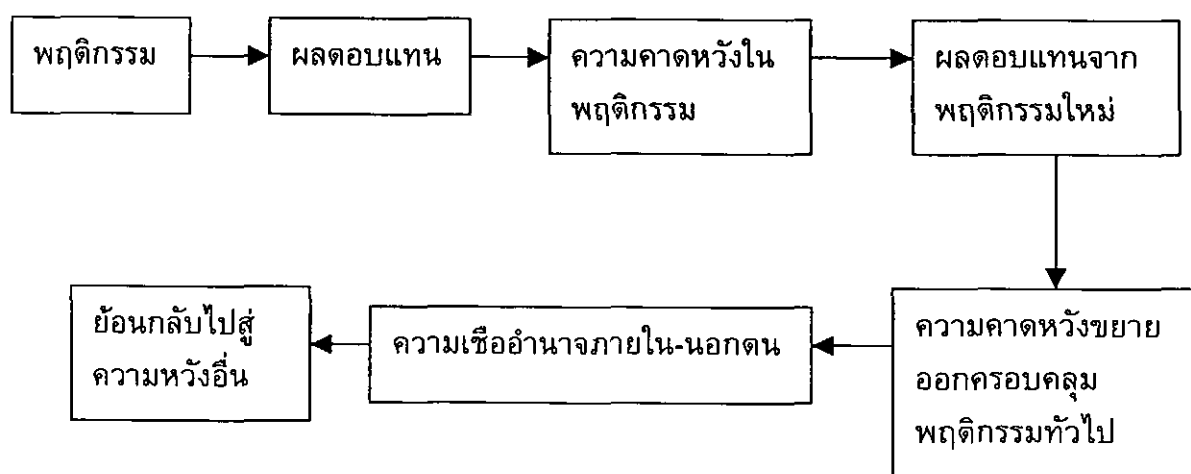
จากการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ ทำให้บุคคลเกิดความคิด ความเข้าใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตน และนำไปสู่การทำให้บุคคลตระหนักและเห็นความสำคัญของสิ่งที่ตนได้รับรู้ จูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมไปตามที่รับรู้ ผู้วิจัยจึงได้สนใจการรับรู้ภาวะสุขภาพ มาเป็นตัวแปร เนื่องจาก จากการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพแล้วพบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งการตรวจสุขภาพประจำปี นับเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน ดังนั้นหากพนักงานบริษัท ประกันมีการรับรู้สุขภาพดีน่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว

ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ (Internal – External Health Locus of Control)

ความเชื่อมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยแม้ว่าบุคคลจะประสบเหตุการณ์ในชีวิตเหมือนกัน เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด หรือการเจ็บป่วย แต่การยอมรับเหตุการณ์หรือการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ จะแตกต่างกันออกไปตามความคิด ประสบการณ์และความเชื่อของแต่ละบุคคล ผู้ที่เชื่อว่าเหตุการณ์นั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเองและตนเองสามารถเป็นผู้ควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ได้ จะมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยไปในลักษณะหนึ่ง ขณะที่ผู้เชื่อในโชคชะตา เคราะห์กรรมหรืออำนาจของผู้อื่นจะคิดว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากอำนาจภายนอกตนเอง ไม่สามารถบังคับควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ จะมีพฤติกรรมทางด้านอนามัยเป็นอีกลักษณะหนึ่งซึ่งแตกต่างกันไปตามความเชื่อที่เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา 2542 31, อ้างอิงจาก กรรณิการ์ กันธะรักษา 2527 19)

รอตเตอร์ (Rotter) ได้อธิบายลักษณะทั่วไปของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน โดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ที่ว่าเป็นผลตอบแทนอย่างหนึ่งที่

ได้จากพฤติกรรมของบุคคล ย่อมก่อให้เกิดความคาดหวัง (Expectancy) ว่าจะต้องได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกับพฤติกรรมอันใหม่ ความคาดหวังเหล่านี้ก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมหรือ เหตุการณ์เฉพาะอันใดอันหนึ่งก่อนแล้วจึงขยาย (Generalize) ไปครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่นๆ จนกลายเป็นบุคลิกภาพสำคัญในตัวบุคคลนั้น ซึ่งก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน นอกจากนี้ผลตอบแทนในแต่ละครั้งยังอาจทำให้ความคาดหวังครั้งต่อไปสูงขึ้นหรือต่ำลงด้วย ถ้าเป็นไปตามที่หวัง ความคาดหวังครั้งต่อไปก็จะเพิ่มขึ้น แต่ถ้าผิดหวัง ความคาดหวังก็จะลดลง ดังปรากฏตามภาพประกอบ 4 (กรรณิการ์ กันรักษา 2527 18)



ภาพประกอบ 4 แสดงรูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน

รอตเตอร์ ได้สรุปความเชื่ออำนาจภายใน – นอกตนในเชิงการรับรู้ต่อผลตอบแทนของการกระทำของบุคคลไว้ 2 ลักษณะ คือ

1 บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้สาเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้น เป็นผลจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง

2 บุคคลที่มีความเชื่อภายนอกตน (External Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้สาเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้น ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกตนที่ควบคุมไม่ได้ เช่น โชคชะตา เคราะห์กรรม ความบังเอิญ หรืออำนาจผู้อื่น

การพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน จะเริ่มพัฒนาดังแต่วัยเด็กและมีการเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ ตามวัยที่เจริญเติบโต นอกจากการเจริญเติบโตและพัฒนาการแล้วยังมีปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ สภาพสิ่งแวดล้อม ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ประสบการณ์ตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งเป็นประสบการณ์ครั้งหนึ่งในชีวิต และประสบการณ์ที่สะสมในอดีตที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากบิดา-

มารดา ดังนั้น บิดา-มารดาจึงเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนของบุตร (ทรรคณีย์ วงศ์บา 2537 : 22 , อ้างอิงจาก Robinson & Sahver 1980 unpagged) นอกจากนี้ สตรีกแลนด์ (Strickland 1978 : 353 – 358) ได้กล่าวถึงความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนนั้นจะเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น เมื่อบุคคลมีความทุกข์ และรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ก็อาจจะเชื่ออำนาจภายนอกตนมากขึ้น แต่ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตเป็นไปด้วยดี บุคคลรับรู้ว่าการเกิดเหตุการณ์ต่างๆ เกิดจากการกระทำของตนเอง ความเชื่ออำนาจภายในตนจะเพิ่มขึ้น

ตามแนวคิดของ สตรีกแลนด์ (Strickland 1982 : 1192 – 1211) เชื่อว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน มีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตน ดังนั้น การแสดงออกของพฤติกรรมทางสุขภาพจะเป็นไปในทิศทางบวก คือ จะเป็นผู้สนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพ แสวงหาความรู้เพื่ออนามัยที่ดีของตนเองอยู่เสมอ ส่วนผู้ที่มีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นนั้นจะมีความเชื่อว่าสุขภาพของตนดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการดูแลของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ จึงมักมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีความเชื่อความบังเอิญจะมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับดวง โชคชะตาและมักจะเป็นบุคคลที่เฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้นหรือสนใจในการแสวงหาความรู้ในการป้องกันโรคและการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ

การวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน

จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ได้มีผู้สร้างเครื่องมือขึ้นมาวิเคราะห์ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนของบุคคลเพื่อกำหนดทำนายพฤติกรรมของบุคคล โดยพัฒนาแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนมาตั้งแต่ปี 1957 โดยเจมส์และแฟร์ (James and Phare 1957) ต่อมา รอตเตอร์ ได้สร้างแบบวัดซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดของเจมส์และแฟร์ (James and Phare) เรียกว่า Internal – External Locus of Control Scale (I – E Scale) โดยแบ่งความเชื่อ ออกเป็น 2 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน มีจำนวน 29 ข้อ ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย ปรัชญา นโยบายการเมือง การปกครองและสังคม ต่อมาได้มีการปรับปรุงและนำไปใช้ในประชากรหลายประเภท จนกระทั่ง ลีเวนสัน (Levenson) ได้แสดงความคิดเห็นว่าความเชื่ออำนาจภายนอกตนสามารถจะแยกออกได้เป็น ความเชื่ออำนาจผู้อื่นและความเชื่ออำนาจความบังเอิญ นอกจากนี้ บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตนไม่ว่าจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวก็จะมีความคิดแตกต่างไปจากบุคคลที่เชื่อในโชคเคราะห์ ความบังเอิญที่เชื่ออำนาจผู้อื่น ด้วยเหตุนี้ ลีเวนสันจึงได้พัฒนาและดัดแปลงแบบวัดของรอตเตอร์ขึ้นใหม่ โดยแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้าน คือ ความเชื่อด้านอำนาจในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ มีจำนวน 24 ข้อ แต่เครื่องมือดังกล่าวไม่สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ดีนัก วอลสตัน วอลสตันแคปแลน และเมดส์ (Wallston, Wallston , Kaplan and Maides 1976) จึงดัดแปลงเครื่องมือนี้ให้เหมาะสมเพื่อใช้ทางด้านสุขภาพของบุคคล

ต่อมา วอลสตันและวอลสตัน (Wallston & Wallston 1982 115–20) ได้รายงานถึงความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกว่า สามารถทำนายและอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ทั้งในยามปกติและเมื่อยามเจ็บป่วยได้ พฤติกรรมที่สามารถใช้ความเชื่อนี้มาทำนาย ได้แก่ การแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ การใช้ยา การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ การไปพบแพทย์หรือทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพเป็นระยะ การควบคุมอาหารและการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกายอย่างเพียงพอ การวางแผนครอบครัว ตลอดจนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคและการใช้เข็มขัดนิรภัย พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีพฤติกรรมทางบวกต่อสิ่งเหล่านี้ นอกจากนี้ยังมีบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอทั้งร่างกายและจิตใจ อีกทั้งจะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค มีงานวิจัยหลายเรื่องแสดงให้เห็นว่าความเชื่ออำนาจภายในตนจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้น วอลสตันจึงได้เสนอแนวคิดและปรับปรุงแบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมที่เป็นพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิดของ ลีเวนสัน (Levenson) ที่ได้พัฒนาและดัดแปลง แบบวัดของรอตเตอร์มาสร้างขึ้นใหม่ว่าแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ (The Multidimensional Health Locus of Control) (MHLC Scale) โดยที่ วอลสตัน และวอลสตัน (Wallston & Wallston 1982 115–120) โดยแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้าน คือ

- 1 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (Internal Health Locus of Control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่า ตนเองสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง
- 2 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ (Powerful Others Health Locus of Control) เป็นความเชื่อที่ว่าบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขจะเป็นผู้ควบคุมภาวะสุขภาพ ทำให้บุคคลมีสุขภาพดี
- 3 ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ (Chance Health Locus of Control) เป็นความเชื่อว่าการมีสุขภาพดี หรือการเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเนื่องจากโชคชะตาหรือตามโอกาส โดยที่บุคคลไม่สามารถควบคุมหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้

จากการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมมนุษย์ แต่การยอมรับเหตุการณ์หรือการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพจะแตกต่างกันออกไปตามความคิด ประสบการณ์ และความเชื่อของแต่ละบุคคล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคิดว่า หากพนักงานบริษัทประกันมีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ น่าจะมีอิทธิพลต่อการตรวจสุขภาพเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากพฤติกรรม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

แลงกลี (Langlie 1977 244) ได้ศึกษาเกี่ยวกับเครือข่ายของสังคมความเชื่อสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคในกลุ่มตัวอย่างของสังคมเมือง จำนวน 383 คน โดยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยโดยตรง ได้แก่ การขับรถ การเดินเท้า การสูบบุหรี่ และสุขวิทยาส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงทางอ้อม ได้แก่ การใช้เข็มขัดนิรภัย การออกกำลังกาย โภชนาการ การรับประทานยา การตรวจสุขภาพฟัน และการรับภูมิคุ้มกันโรค ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคกับการมีพฤติกรรมป้องกันทางสุขภาพ ทั้งปัจจัยทางตรงและทางอ้อม แต่การรับรู้ประโยชน์และความรุนแรงของการป้องกันสุขภาพ ไม่พบความสัมพันธ์ และพบว่ามีอายุมากขึ้น เพศหญิงจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงโดยตรงอย่างมีนัยสำคัญ

วัลคอล์ส และวิลเลอร์ (วิริตญา บางศรี 2546 54, อ้างอิงจาก Rundall and Wheeler 1970) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการการป้องกันโรค โดยกำหนดการวัดเป็นจำนวนครั้งของการมาพบแพทย์ในการดูแลป้องกันสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคดี จะมีจำนวนครั้งของการตรวจเช็คร่างกายเพื่อป้องกันโรคดี และ ผู้ที่มีการรับรู้ต่ออุปสรรคในการพบแพทย์สูง จะมีจำนวนครั้งของการตรวจเช็คร่างกายเพื่อป้องกันโรคน้อย

เคลลี (Kelley 1994 1371) ศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี จำนวน 92 คน โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแรงสนับสนุนของสามี หรือเพื่อนผู้ชาย มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก ส่วนมารดา เพื่อนสนิท พี่สาว น้องสาว เป็นตัวช่วยสนับสนุนการตรวจเซลล์ปากมดลูก แพทย์และการได้รับข่าวสารเป็นตัวทำนายการตรวจเซลล์มะเร็งมดลูกที่ดีที่สุด

เพรียโต (Prieto 1994 623) ศึกษาการสำรวจภาวะสุขภาพของชุมชนโดยเฉลี่ยของประชาชน พบว่า การมีสุขภาพดี และไม่ดี จากการรับรู้ภาวะสุขภาพ การทำกิจกรรม การใช้ประโยชน์จากศูนย์สุขภาพ พฤติกรรมป้องกัน และความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชน พบว่า ประชาชนที่มีการศึกษาน้อยจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 36 ของผู้หญิงที่อายุมากกว่า 44 ปี เคยตรวจ mammography ครั้งสุดท้ายเมื่อ 3 ปีก่อน ร้อยละ 68 เคยตรวจทางนรีเวช และ 1 ใน 4 ของประชากร เคยพบทันตแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อ 12 เดือนก่อน

เจอร์แมน และคณะ (German PS, et al 1995 379-386) ศึกษากลุ่มที่ได้รับการบริการจากโครงการป้องกันด้านสุขภาพในอเมริกาของผู้สูงอายุและกลุ่มควบคุม (Control) พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบริการการป้องกันด้านสุขภาพ มีอัตราตายต่ำกว่า คือ 8.3% โดยที่กลุ่มควบคุมมีอัตราตายถึง 11.1%

คิม (Kim 1996 Online) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกขั้นทุติยภูมิ ในเกาหลี โดยใช้การตรวจ Pap smear พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมในการป้องกันทุติยภูมิของมะเร็งปากมดลูกได้ คือ ประสบการณ์ตรวจ Pap smear อายุ สถานภาพสมรส และ

การตรวจสุขภาพ และการตรวจสุขภาพเป็นตัวเดียวที่ใช้ทำนายความสม่ำเสมอในการตรวจ Pap smear สำหรับปัจจัยชักนำด้านการรับรู้ประโยชน์ในการตรวจ Pap smear แพทย์ และนโยบาย เป็นปัจจัยชักนำที่ทำให้ตรวจ ขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยชักนำที่ทำให้ไม่สม่ำเสมอในการตรวจ Pap smear

งานวิจัยภายในประเทศ

ดวงพร รัตนอมรชัย และคณะ (2535 21) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอ่างทอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจความบังเอิญอยู่ในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา รายได้ของผู้สูงอายุ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจผู้อื่น การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจความบังเอิญ สามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ โดยรวมได้ร้อยละ 38.2

สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539 บทคัดย่อ) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อายุ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกและความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและจำนวนครั้งของการคลอดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ประสพการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกและเชื่ออำนาจบุคคลอื่น ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็ง

สุกัญญา ไผทโสภณ (2540 118) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมส่งเสริมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเพศหญิงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.30) ในขณะที่เพศชายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 54.90)

คณิศร เต็งรัง (2541 220) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการสตรีโสดสังกัดส่วนกลางกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี พบว่า ปัจจัยทางด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่โดยเฉลี่ยมีความรู้เกี่ยวกับการ

ส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยเฉลี่ยในระดับปานกลาง โดยมี การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพในเรื่องการตรวจสุขภาพประจำปี

เพชรรัตน์ อมรชิวิน (2541 บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้าน สุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของ การปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05

ศิวาณี แสนทวี (2541 บทคัดย่อ) ศึกษาจากโปรแกรมการตรวจสุขภาพในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ โดยกำหนดโรคเรื้อรังที่สำคัญ 3 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรค หัวใจขาดเลือด พบว่าต้นทุนในการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุต่อครั้ง เท่ากับ 796 61 บาท ต้นทุนในการ ตรวจโรคเรื้อรังที่สำคัญ คือ โรคความดันโลหิตสูง 220 34 บาท โรคเบาหวาน 212 26 บาท และโรค หัวใจขาดเลือด 341 29 บาท ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการควบคุมและกำหนดค่า บริการในการตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุต่อครั้งอย่างเหมาะสมหรือไม่ เพื่อป้องกันการเกิดโรค รวม ทั้งโรคเรื้อรัง และเป็นการลดค่ารักษาพยาบาลในโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ

สายสุนีย์ ทับทิมเทศ และคณะ (2541 24) ศึกษาวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและความคุ้มค่าใน การตรวจสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ ครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการ ตรวจสุขภาพเฉลี่ย 515 58 บาทต่อคน และพบว่ามีคามผิดปกติในทุกกลุ่มอายุ (64 64%) อายุ ยิ่งมากขึ้นจะพบความผิดปกติมากขึ้นดังนี้ กลุ่มอายุ 15 – 18 ปี พบความผิดปกติ 23 52%, 40 – 64 ปี พบความผิดปกติ 60 59% และ 65 ปีขึ้นไป พบความผิดปกติ 81 25% และ ปัญหาสุขภาพที่ตรวจสอบพบว่า ส่วนใหญ่เป็นความผิดปกติที่เกิดจากปัญหาโภชนาการและพฤติ กรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ไขมันในเลือดสูง, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ภาวะซีด และวัณโรค เป็นต้น

ยุพา ชัยเพชร (2542 บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมตรวจสุขภาพของบุคลากรทาง การแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า บุคลากรทางการ แพทย์และสาธารณสุขมีพฤติกรรมตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 53 4 (ค่า Grand Mean เท่า กับ 0 534) และตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมตรวจสุขภาพ ประจำปีของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0 05 ได้แก่ อายุ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปี และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ต่างๆ และเมื่อนำตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นมาพิจารณารวมกัน พบว่ามีความ สามารถในการอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรทางการ แพทย์และสาธารณสุขได้ร้อยละ 7 8 โดยที่ตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยโน้มนำ มีความสามารถในการ อธิบายการผันแปรของพฤติกรรมตรวจสุขภาพประจำปี ของบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุขได้สูงสุด คือ ร้อยละ 5 4 รองลงไปคือตัวแปรอิสระ ภายใต้ปัจจัยสนับสนุนร้อยละ 2 6 และตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยความจำเป็นทางสุขภาพร้อยละ 0 6 ตามลำดับ

อรพินท์ มุกดาติลก และคณะ (2543 : 76) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพ เป็นระยะของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า เหตุสำคัญที่ประชาชนไม่มาตรวจสุขภาพ คือ ไม่มีเวลา และคิดว่าร่างกายยังแข็งแรงดี ถึงแม้จะสะดวกในการเดินทางมารับบริการ หรือมีความรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีก็ตาม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญ ($p - value < 0.05$) กับการตัดสินใจมาตรวจสุขภาพ ได้แก่ การมีเจ้าหน้าที่ต้อนรับดี บริการเสร็จสิ้นในจุดเดียว แพทย์มีความเชี่ยวชาญ เครื่องมือทันสมัย และสถานที่ตรวจสะอาด กว้างขวาง

โสภิตา คำทอง (2544 : 640) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว พบว่า ปัจจัยทางด้านชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี ได้แก่ การศึกษา รายได้ การมีบุตร ส่วนปัจจัยนำ คือ การรับรู้ ประโยชน์ และอุปสรรคการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

วิศญา บางศรี (2546 : บทคัดย่อ) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งงานวิจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ รวมถึงงานวิจัยด้านชีวสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรค ซึ่งการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากพฤติกรรมในการป้องกันโรคเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆเหล่านี้กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทประกันชีวิต

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบ Case-Control Study เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทประกันชีวิตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังต่อไปนี้

- 1 การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
- 2 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 2 1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2 2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - 2 3 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย
 - 2 4 การหาคุณภาพเครื่องมือ
- 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 4 การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
- 5 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นพนักงานบริษัทไทยพาณิชย์นิวยอร์กไลฟ์ประกันชีวิต สำนักงานใหญ่ กรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นพนักงานบริษัทนิวยอร์กไลฟ์ประกันชีวิต ตั้งแต่ระดับพนักงานจนถึงระดับผู้จัดการส่วน และไม่ปฏิบัติงานนอกสถานที่ ประจำสาขาส่งงานใหญ่ กรุงเทพมหานคร จำนวน 300 คน แบ่งเป็นกลุ่มตรวจสุขภาพ (Case) 100 คน กลุ่มเปรียบเทียบ (Control) 200 คน โดยมีขั้นตอนในการเลือกตัวอย่างดังนี้

- 1 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ โดยใช้สูตร (Kelsey J L 1996 227)

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \bar{p}(1-\bar{p})(r+1)}{(d^*)^2 r}$$

เมื่อ $(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2$ แทน ค่าโดยการเปิดตาราง 2 ในงานวิจัยนี้กำหนดค่า $\alpha = 0.05$ และ $\beta = 0.20$

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{p}$	แทน	$\frac{p_1 + rp_0}{1 + r}$
p_1	แทน	สัดส่วนของการมีปัจจัยในกลุ่ม case
p_0	แทน	สัดส่วนของการมีปัจจัยในกลุ่ม control
r	แทน	อัตราส่วนจำนวน case ต่อ control
d^*	แทน	$p_1 - p_0$

ตาราง 2 แสดงระดับนัยสำคัญ และอำนาจที่ใช้ทดสอบค่าของ $(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2$

Significance Level (a)	Power (1 - β)	$(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2$
0.01	0.80	11.679
	0.90	14.879
	0.95	17.814
	0.99	24.031
0.05	0.80	7.849
	0.90	10.507
	0.95	12.995
	0.99	18.372
0.10	0.80	6.183
	0.90	8.564
	0.95	10.822
	0.99	15.770

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาโดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) พนักงานในบริษัท จำนวน 20 คน แล้วนำมาคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Kelsey (Kelsey J.L. 1996: 327) ซึ่งพนักงานที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 40 ส่วนพนักงานที่ไม่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 20 นำไปแทนค่าในสูตรของ Kelsey พบว่าได้กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ จำนวน 58 คน แต่ในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาพนักงานที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 100 คน และพนักงานที่ไม่รับการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 200 คน (Case control = 1 : 2)

2 เลือกกลุ่มตัวอย่างจากพนักงานบริษัท ไทยพาณิชย์นิวยอร์กไลฟ์ประกันชีวิต สำนักงานใหญ่ กรุงเทพมหานครแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มศึกษา (Case) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Control)

กลุ่มผู้ที่รับการตรวจสุขภาพประจำปี (Case) หมายถึง พนักงานบริษัทไทยพาณิชย์นิวยอร์กไลฟ์ ประกันชีวิต ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ณ สถานบริการทางด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 ครั้งใน 3 ปีที่ผ่านมา

กลุ่มเปรียบเทียบ (Control) หมายถึง พนักงานบริษัทไทยพาณิชย์นิวยอร์กไลฟ์ ประกันชีวิต ที่ไม่ไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี หรือเคยได้รับการตรวจแต่ว่างเว้นมาอย่างน้อย 3 ปี

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพนักงานของพนักงานบริษัทตามตัวแปรประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

- 1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง
- 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคมะเร็ง
- 3 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคมะเร็ง
- 4 การรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง

ทั้ง 4 ส่วนมีลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งข้อความที่สร้างขึ้นมีทั้งข้อความทางบวกและทางลบให้เลือก โดย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบอย่างยิ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบ

ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แน่ใจกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อ
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบอย่างยิ่ง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception) ของ บรูค และคณะ (Brook, et al 1979 9-16) ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาดังนี้

- การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต
- การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน
- การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต
- การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย
- ความวิตกกังวลหรือความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ
- ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ ซึ่งเป็นข้อความที่ให้ผู้ตอบประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตามความคิดเห็นของผู้ตอบว่าตรงกับข้อความในแบบสอบถามมากน้อยเพียงใด ทั้งในด้านนอก และด้านลบ ให้เลือกโดย

จริงทั้งหมด	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทุกประการ
จริงเป็นส่วนใหญ่	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง
ไม่จริงเป็นส่วนใหญ่	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตน เพียงเล็กน้อย
ไม่จริงทั้งหมด	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเลย

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกด้านสุขภาพของวอลสตันและคนอื่นๆ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527 : 158 – 161) ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ โดยลักษณะของแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คือ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบเลย
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงปานกลาง
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย
เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงปานกลาง
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบมากที่สุด

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

- 1 ศึกษา รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพ และทฤษฎีแนวคิดที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ
- 2 ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำราต่างๆ
- 3 สร้างแบบสอบถามและแบบทดสอบ โดยศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 4 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เสนอต่อประธานและกรรมการผู้ควบคุมปริญญาโทเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

5 นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาและตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา และตรวจสอบการใช้ภาษา

6 ดำเนินการแก้ไขแบบสอบถามตามคำแนะนำให้ถูกต้องและเหมาะสม และนำเสนอคณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรอีกครั้ง

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย ในการตอบแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทประกัน กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย ดังนี้

1 เป็นการสอบถามข้อมูลทั่วไป และปัจจัยชักนำ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว แบ่งออกเป็น มี และไม่มี โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มี	เท่ากับ	1	คะแนน
ไม่มี	เท่ากับ	0	คะแนน

2 เป็นแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพโดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ มีข้อความทั้งทางบวกและทางลบ ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสอบสุขภาพประจำปี มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การรับรู้อุปสรรคของการตรวจสอบสุขภาพประจำปี มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5
เห็นด้วย	2	4
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	4	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้ เพื่อจัดระดับการรับรู้แต่ละด้านของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2538 9) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	3.67 – 5.00	หมายถึง	มีการรับรู้ระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.66	หมายถึง	มีการรับรู้ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 2.33	หมายถึง	มีการรับรู้ระดับต่ำ

3 เป็นแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยมีลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับข้อความ ทั้งทางบวกและทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
จริงทั้งหมด	5	1
จริงเป็นส่วนมาก	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่จริงเป็นส่วนมาก	2	4
ไม่จริงทั้งหมด	1	5

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพื่อจัดระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2538 9) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	3.67 – 5.00	หมายถึง	มีการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับดี
คะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.66	หมายถึง	มีการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 2.33	หมายถึง	มีการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับต่ำ

4 เป็นแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกด้านสุขภาพ โดยมีลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	2
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	3
เห็นด้วยเล็กน้อย	4
เห็นด้วยปานกลาง	5
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	6

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพื่อจัดระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2538 9) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	4 43 – 6 00	หมายถึง	มีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน ด้านสุขภาพระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย	2 67 – 4 33	หมายถึง	มีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน ด้านสุขภาพระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1 00 – 2 66	หมายถึง	มีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน ระดับต่ำ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1 การหาความเที่ยงตรง

1 1 นำแบบสอบถามแบบสอบถามและแบบทดสอบที่สร้างขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโทเพื่อขอคำแนะนำ และหลังจากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน

1 2 นำแบบสอบถามดังกล่าว ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยใช้ดุลยพินิจ(Face Validity)เป็นรายข้อว่าแต่ละข้อคำถามทางแบบสอบถามนั้นมีความสอดคล้องหรือไม่ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- +1 เมื่อแน่ใจว่าแบบสอบถามนั้น มีความสอดคล้องกับจุดประสงค์
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าแบบสอบถามนั้น มีความสอดคล้องกับจุดประสงค์
- 1 เมื่อแน่ใจว่าแบบสอบถามนั้น ไม่มีความสอดคล้องกับจุดประสงค์

บันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ แล้วนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับจุดประสงค์ (Item – objective congruence) เพื่อหาค่าดัชนีความเที่ยงตรง (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ 2540 117) โดยแบบสอบถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0 5 หรือมากกว่า ถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ได้

2 วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก และหาความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับพนักงานบริษัทฟิ้นันซ่าประกันชีวิต จำนวน 50 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 14-28 มีนาคม 2548 และนำมาตรวจให้คะแนนแล้วทำการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ

2 1 การหาความอำนาจจำแนก(Discrimination) นำแบบสอบถามที่ลองใช้ไปหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0 20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์ 2539 119) ซึ่งค่าอำนาจจำแนกในแต่ละด้านดังนี้

2 1 1 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น

- แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.22 – 0.55
- แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.34 – 0.61
- แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.21 – 0.55
- แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.57 – 0.76

2 1 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.24 – 0.74

2 1 3 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ แบ่งเป็น

- แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.27 – 0.69
- แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.19 – 0.44

2.2 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพที่มีค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์มาหาค่าเชื่อมั่น โดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (ล้วน และอังคณา สายยศ 2538 : 200) ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกในแต่ละด้านดังนี้

2 2 1 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น

- แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.7146
- แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.8166
- แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.7506
- แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.8806

2 2 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.8685

2 2 3 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ แบ่งเป็น

– แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.7604

– แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.6223

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงกรรมการผู้จัดการใหญ่ บริษัทไทยพาณิชย์นวิยอร์คไลฟ์ประกันชีวิต เพื่อขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่บริษัทไทยพาณิชย์นวิยอร์คไลฟ์ประกันชีวิต สาขาสำนักงานใหญ่ ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 1 สัปดาห์

3 นำแบบสอบถามที่ได้ข้อมูลครบถ้วนไปจัดกระทำและทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และการทดสอบสมมติฐานยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1 ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม คัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้

2 ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3 คำนวณหาค่าสถิติโดย

3.1 นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยด้านสุขภาพมาแจกความถี่หาค่าร้อยละตามตัวแปร

3.2 นำแบบสอบถามตามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน มาวิเคราะห์หาค่าร้อยละ

3.3 หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยใช้การทดสอบไค – สแควร์ (Chi – square test) Odds Ratio และ 95% Confidence Interval ของ Odds Ratio

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยใช้สถิติ ดังต่อไปนี้

1 สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ประคอง / กรณสุด 2525 : 73)

$$P = \frac{\sum x}{n} \times 100$$

เมื่อ	P	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ค่าความถี่ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

2 สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและวิเคราะห์เชิงปริมาณหรือตัวเลข โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ 2540 : 117)

$$IC = \frac{\sum R}{n}$$

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ที่ต้องการ
	$\sum R$	แทน	ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
	n	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การหาค่าอำนาจจำแนกแบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกด้านสุขภาพ โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์ 2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนทั้งฉบับ
	$\sum x$	แทน	ผลรวมรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum y$	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum xy$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนน x และคะแนน y
	n	แทน	จำนวนคนของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกด้านสุขภาพ โดยการหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ 2540 : 125)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right]$$

เมื่อ	α	แทน	สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
	n	แทน	จำนวนข้อ
	S_i^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนในแต่ละข้อ
	S^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

3 สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 การทดสอบไค – สแควร์ (Chi – square test) เป็นการทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว โดยใช้สูตรทั่วไป (ชูศรี วงศ์รัตน์ 2537 : 219)

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}, df = (r-1)(c-1)$$

เมื่อ	χ^2	แทน	ค่า chi – square
	O_{ij}	แทน	จำนวนความถี่ที่อยู่ในเซลล์ ij
	E_{ij}	แทน	ค่า expected frequencies ที่คำนวณได้จาก $\frac{R_i C_j}{n}$
	n	แทน	จำนวนตัวอย่างทั้งหมด
	R_i	แทน	ผลรวมของ row นั้น
	C_j	แทน	ผลรวมของ column นั้น

3.2 การทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ correction χ^2 (Yate's correction) Correction χ^2 เป็นค่าสถิติทดสอบที่มีการปรับความต่อเนื่องสำหรับตาราง 2×2 ใช้เมื่อต้องการปรับข้อมูลให้มีความต่อเนื่องดังสูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์ 2537 : 235)

$$\chi^2 = \frac{n (|ad - bc| - \frac{n}{2})^2}{R_1 R_2 C_1 C_2}, df = 1$$

ตาราง 3 แสดงการคำนวณการทดสอบความสัมพันธ์โดยวิธี Yate's correction

กลุ่มที่ศึกษา	ปัจจัย		รวม
	มีปัจจัย	ไม่มีปัจจัย	
กลุ่มศึกษา	a	b	R ₁
กลุ่มควบคุม	c	d	R ₂
รวม	C ₁	C ₂	n

3.3 การทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Fisher's exact test ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร เมื่อ expected frequency (E_{ij}) มีค่าต่ำกว่า 5 ในกรณีตาราง 2 x 2 โดยที่ตัวแปรนั้นเป็นตัวแปรที่เป็น dichotomus (วีรพันธ์ พงศาภักดี 2544 : 36)

$$P = \frac{R_1!R_2!C_1!C_2!}{n!a!b!c!d!}$$

ตาราง 4 แสดงการคำนวณการทดสอบความสัมพันธ์โดยวิธี Fisher's exact test

กลุ่มที่ศึกษา	ปัจจัย		รวม
	มีปัจจัย	ไม่มีปัจจัย	
กลุ่มศึกษา	a	b	R ₁
กลุ่มควบคุม	c	d	R ₂
รวม	C ₁	C ₂	n

3.4 การคำนวณหาค่า Odds Ratio (OR) ได้จากสูตร (กัลยา วาณิชยบัญชา 2543 : 354)

$$\text{Odds Ratio} = \frac{AD}{BC}$$

ตาราง 5 แสดงการคำนวณ Odds Ratio

กลุ่มที่ศึกษา	ปัจจัย		รวม
	มีปัจจัย	ไม่มีปัจจัย	
กลุ่มศึกษา	A	B	A + B
กลุ่มควบคุม	C	D	C + D
รวม	A + C	B + D	N

3.5 การคำนวณช่วงความเชื่อมั่นของ Odds Ratio (95% confidence interval of OR) สูตรที่คำนวณคือ (กัลยา วาณิชยปัญญา 2543 : 357)

$$95\% \text{ confidence interval of OR} = \text{OR} \times \exp \left(\pm 1.96 \sqrt{\frac{1}{A} + \frac{1}{B} + \frac{1}{C} + \frac{1}{D}} \right)$$

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมาย ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆ แทนความหมายดังต่อไปนี้

n	แทน	กลุ่มตัวอย่าง
χ^2	แทน	ค่า chi-square
OR	แทน	ค่า Odds Ratio
95% CI of OR	แทน	ค่าช่วงความเชื่อมั่น 95% ของ Odds Ratio
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
p	แทน	ความน่าจะเป็นหรือโอกาส (Probability) ที่จะเกิด ความคลาดเคลื่อนแบบ 1 (Type I error) ในการปฏิเสธสมมติฐานเป็นกลาง (H_0) จากการทดสอบค่าไค-สแควร์ (Chi-square)
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดำเนินการวิเคราะห์ แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี การรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปีและปัจจัยชักนำ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพของพนักงานบริษัทไทยพาณิชย์นิวยอร์กไลฟ์ ประกันชีวิต โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี การรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพ ความเชื่ออำนาจ

ภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพของพนักงานบริษัทไทยพาณิชย์นิวยอร์กไลฟ์ ประกันชีวิต โดยการแจกแจงความถี่ การทดสอบหาค่าความสัมพันธ์ χ^2 และค่า 95% CI of OR แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของอายุ ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี และการรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปีกับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทไทยพาณิชย์นิวยอร์กไลฟ์ประกันชีวิต โดยการแจกแจงความถี่ การทดสอบหาค่าความสัมพันธ์ Multiple Logistic Regression

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตรวจสุขภาพ

การตรวจสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ตรวจสุขภาพ	200	66 67
ตรวจสุขภาพ	100	33 33
ผลปกติ	80	80 00
ผิดปกติ	20	20 00
ความดันโลหิตสูง	2	10 00
โคเลสเตอรอลสูง	13	65 00
เบาหวาน	1	5 00
ไวรัสตับอักเสบ	1	5 00
โลหิตจาง	2	10 00
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	1	5 00

จากตาราง 6 แสดงว่า พนักงานบริษัทไทยพาณิชย์นิวยอร์กไลฟ์ประกันชีวิต ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 300 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีจำนวน 200 คน คิดเป็นร้อยละ 66 67 และกลุ่มที่เคยตรวจสุขภาพประจำปี 100 คน คิดเป็นร้อยละ 33 33 โดยกลุ่มที่ได้รับการตรวจสุขภาพมีผลการตรวจปกติ ร้อยละ 80 และผิดปกติร้อยละ 20 พบว่ามีโคเลสเตอรอลสูงมากที่สุดร้อยละ 65 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงและโลหิตจาง มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 10 จำนวนน้อยที่สุดคือเบาหวาน ไวรัสตับอักเสบ และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 5

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปร ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยชักนำ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล

ตัวแปร	เคยตรวจสุขภาพ		ไม่เคยตรวจสุขภาพ		รวม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
1 เพศ						
ชาย	28	28 00	77	38 50	105	35 00
หญิง	72	72 00	123	61 50	195	65 00
รวม	100	100 00	200	100 00	300	100 00
2 อายุ						
20-29 ปี	41	41 00	112	56 00	153	51 00
30-39 ปี	51	50 00	74	37 00	124	41 33
40-49 ปี	8	8 00	12	6 00	20	6 67
50 ปีขึ้นไป	1	1 00	20	1 00	3	1 00
รวม	100	100 00	200	100 00	300	100 00
3 ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	11 00	37	18 50	48	16 00
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	89	89 00	163	81 50	252	84 00
รวม	100	100 00	200	100 00	300	100 00

เพศ พบว่า พนักงานบริษัทไทยพาณิชย์นิวยอร์กไลฟ์ ประกันชีวิต ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65 00 รองลงมาเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 35 00

ในกลุ่มที่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานเป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72 00 รองลงมาเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 28 00

ในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61 50 รองลงมาเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 38 50

อายุ พบว่า พนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นิวยอร์กไลฟ์ ประกันชีวิต ส่วนใหญ่ มีอายุ 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 51 00 รองลงมามีอายุ 30-39 ปี อายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 41 33 และ 6 67 ตามลำดับ จำนวนน้อยที่สุด มีอายุ 50 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 1 00

ในกลุ่มที่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานมีอายุ 30-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 00 รองลงมามีอายุ 20-29 ปี อายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 41 00 และ 8 00 ตามลำดับ จำนวนน้อยที่สุด มีอายุ 50 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 1 00

ในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานมีอายุ 20-29 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 00 รองลงมา มีอายุ 30-39 ปี อายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 37 00 และ 6 00 ตามลำดับ จำนวนน้อยที่สุด มีอายุ 50 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 1 00

ระดับการศึกษา พบว่า พนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นิวยอร์คไลฟ์ ประกันชีวิต ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 84 00 รองลงมา มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 16 00

ในกลุ่มที่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานมีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 89 00 รองลงมา มีระดับต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 11 00

ในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานมีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81 50 รองลงมา มีระดับต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 18 50

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ

ตัวแปร	เคยตรวจสุขภาพ		ไม่เคยตรวจสุขภาพ		รวม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม						
ระดับปานกลาง	7	7 00	25	12 50	32	10 67
ระดับสูง	93	93 00	175	87 50	268	89 33
รวม	100	100 00	200	100 00	300	100 00
2 การรับรู้ตามรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม						
ระดับปานกลาง	20	20 00	39	19 50	59	19 67
ระดับสูง	80	80 00	161	80 50	241	80 33
รวม	100	100 00	200	100 00	300	100 00
3 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี						
ระดับปานกลาง	20	80 00	84	42 00	104	34 67
ระดับสูง	80	80 00	116	58 00	196	65 33
รวม	100	100 00	200	100 00	300	100 00
4 การรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี						
ระดับต่ำ	63	63 00	21	10 50	84	28 00
ระดับปานกลาง-สูง	37	37 00	179	89 50	216	72 00
รวม	100	100 00	200	100 00	300	100 00

จากตาราง 8 พบว่า พนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นิวยอร์คไลฟ์ประกันชีวิต มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 89.33 รองลงมา ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 10.67

ในกลุ่มที่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.00 รองลงมา ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 7.00

ในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87.50 รองลงมาคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 12.50

การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมของพนักงาน บริษัทไทยพาณิชย์ นิวยอร์คไลฟ์ ประกันชีวิต พบว่า มีการรับรู้อยู่ในระดับสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.33 รองลงมา ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 19.67

ในกลุ่มที่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมา ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 20.00

ในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.50 รองลงมา ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 19.50

การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นิวยอร์คไลฟ์ ประกันชีวิต พบว่ามีการรับรู้ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.33 รองลงมา ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 34.67

ในกลุ่มที่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานมีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี อยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.00 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20.00

ในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานมีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี อยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.00 รองลงมา ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.00

การรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นิวยอร์คไลฟ์ ประกันชีวิต พบว่ามีการรับรู้ในระดับปานกลาง-สูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72.00 รองลงมา ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 28.00

ในกลุ่มที่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานมีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปีในระดับต่ำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.00 รองลงมา ระดับปานกลาง-สูง คิดเป็นร้อยละ 37.00

ในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานมีการรับรู้ผลกระทบของการตรวจสุขภาพประจำปี ในระดับปานกลาง-สูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 89 50 รองลงมาในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 10 50

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรปัจจัยชักนำ

ตัวแปร	เคยตรวจสุขภาพ		ไม่เคยตรวจสุขภาพ		รวม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
1 ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว						
ไม่มีประวัติ	43	43 00	121	60 50	164	54 67
มีประวัติ	57	57 00	79	39 50	136	45 33
รวม	100	100 00	200	100 00	300	100 00
2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ						
ระดับปานกลาง	58	58 00	126	63 00	184	61 33
ระดับดี	42	42 00	74	37 00	116	37 67
รวม	100	100 00	200	100 00	300	100 00
3 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ						
ระดับปานกลาง	30	30 00	64	32 00	94	31 33
ระดับสูง	70	70 00	136	68 00	206	68 67
รวม	100	100 00	200	100 00	300	100 00
4 ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ						
ระดับต่ำ	20	20 00	26	13 00	46	15 33
ระดับปานกลาง	72	72 00	149	74 50	221	73 67
ระดับสูง	8	8 00	25	12 50	33	11 00
รวม	100	100 00	200	100 00	300	100 00

จากตาราง 9 พบว่า พนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นิวยอร์กไลฟ์ ประกันชีวิต ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54 67 รองลงมา มีประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 45 33

ในกลุ่มที่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานมีประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57 00 รองลงมา ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 54 67

ในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 50 รองลงมา มีประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 39 50

การรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า พนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นีวยอร์กไลฟ์ ประกันชีวิต มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61 33 รองลงมาการรับรู้ภาวะสุขภาพในรับรู้ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 38 67

ในกลุ่มที่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58 00 รองลงมาระดับดี คิดเป็นร้อยละ 48 00

ในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63 00 รองลงมาระดับดี คิดเป็นร้อยละ 37 00

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ พบว่า พนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นีวยอร์กไลฟ์ ประกันชีวิต มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68 67 รองลงมาระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31 33

ในกลุ่มที่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานมีความเชื่ออำนาจจำแนกภายในตนด้านสุขภาพระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70 00 รองลงมาระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30 00

ในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานมีความเชื่ออำนาจจำแนกภายในตนด้านสุขภาพในระดับที่สูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68 00 รองลงมาระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 32 00

ความเชื่ออำนาจจำแนกภายนอกตนด้านสุขภาพ พบว่า พนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นีวยอร์กไลฟ์ ประกันชีวิต มีความเชื่ออยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73 67 รองลงมาระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 15 33 และจำนวนน้อยที่สุด คือ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 11 00

ในกลุ่มที่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานมีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพในสระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72 00 รองลงมาระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 20 00 และจำนวนน้อยที่สุด คือ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 8 00

ในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า พนักงานมีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74 50 รองลงมาระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 13 00 และจำนวนน้อยที่สุด คือ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 12 50

ตอนที่ 3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์ ของการตรวจสุขภาพประจำปี การรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปี และปัจจัยชักนำ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับการตรวจสุขภาพประจำปี ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 10 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตรวจสุขภาพประจำปี

ตัวแปร	เคยตรวจ สุขภาพ	ไม่เคย ตรวจ สุขภาพ	OR	95%CI OR	χ^2	p
	n	n				
1 เพศ					3.21	0.07
ชาย	28	77	1			
หญิง	72	123	1.610	0.96-2.71		
รวม	100	200				
2 อายุ					5.95*	0.05
20-29 ปี	41	112	1			
30-39 ปี	50	74	1.85*	1.11-3.06		
40 ปีขึ้นไป	9	14	1.76	0.71-4.37		
รวม	100	200				
3 ระดับการศึกษา					2.73	0.10
ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	37	1			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	89	163	1.84	0.89-3.78		
รวม	100	200				

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 10 พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงาน บริษัทไทยพาณิชย์ นีวอร์คไลฟ์ ประกันชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดย พบว่า พนักงานที่มีอายุ 30-39 ปี มีการไปตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าพนักงานที่มีอายุ 20-29 ปี 1.85 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (95% CI (OR) = 1.11 – 3.06) สำหรับ อายุช่วงอื่น พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงาน บริษัทไทยพาณิชย์ นีวอร์คไลฟ์ ประกันชีวิต

ตาราง 11 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจสุขภาพประจำปี

ตัวแปร	เคยตรวจ สุขภาพ	ไม่เคย ตรวจ สุขภาพ	OR	95%CI OR	χ^2	p
	n	n				
1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม					2.06	0.15
ระดับปานกลาง	7	25	1			
ระดับสูง	93	175	1.90	0.79-4.553		
รวม	100	200				
2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม					0.01	0.92
ระดับปานกลาง	20	39	1			
ระดับสูง	80	161	0.97	0.53-1.77		
รวม	100	200				
3 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี					13.62*	0.000
ระดับปานกลาง	20	84	1			
ระดับสูง	80	116	2.90*	1.65-5.10		
รวม	100	200				
4 การรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปี					74.46*	0.000
ระดับต่ำ	63	21	14.51*	7.91-26.65		
ระดับปานกลาง-สูง	37	179	1			
รวม	100	200				

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 11 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นีวยอร์กไลฟ์ ประกันชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าพนักงานที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปีในระดับสูง มีการไปตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าพนักงานที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง 2.90 เท่ากัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (95% CI (OR) = 1.65 – 5.10)

การรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปี มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นีวยอร์กไลฟ์ ประกันชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า พนักงานที่มีการรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปีในระดับต่ำ มีการไป

ตรวจสอบสุขภาพประจำปีมากกว่าพนักงานที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง-สูง 14.51 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (95% CI (OR) = 7.91 – 26.65)

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นีวยอร์กไลฟ์ ประกันชีวิต

ตาราง 12 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชักนำกับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี

ตัวแปร	เคยตรวจสุขภาพ	ไม่เคยตรวจสุขภาพ	OR	95%CI OR	χ^2	p
	n	n				
1 ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว					8.13*	0.04
ไม่มีประวัติ	43	121	1			
มีประวัติ	57	79	2.03*	1.25-3.30		
รวม	100	200				
2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ					0.70	0.40
ระดับปานกลาง	58	126	1			
ระดับดี	42	74	1.23	0.76-2.01		
รวม	100	200				
3 ความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพ					0.12	0.73
ระดับปานกลาง	30	64	1			
ระดับสูง	70	136	1.10	0.65-1.85		
รวม	100	200				
4 ความเชื่ออำนาจภายนอกคนด้านสุขภาพ					3.36	0.19
ระดับต่ำ	20	26	1			
ระดับปานกลาง	72	149	0.63	0.33-1.20		
ระดับสูง	8	25	0.42	0.16-1.12		
รวม	100	200				

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 12 พบว่า ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นีวยอร์กไลฟ์ ประกันชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าพนักงานที่มีประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวมีการไปตรวจ

สุขภาพประจำปีมากกว่าพนักงานที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว 2.03 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (95% CI (OR) = 1.25 – 3.30)

นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเองด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นีวอร์คไลฟ์ ประกันชีวิต

ตอนที่ 4 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของอายุ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี และการรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปีกับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นีวอร์คไลฟ์ ประกันชีวิต โดยการแจกแจงความถี่ การทดสอบหาค่าความสัมพันธ์ Multiple Logistic Regression

ตาราง 13 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี การรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปี และประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวกับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นีวอร์คไลฟ์ ประกันชีวิต โดยใช้ Multiple logistic regression

ปัจจัยที่ศึกษา	Adjusted OR	95% CI
1 อายุ		
20-29 ปี	1	
30-39 ปี	2.05*	1.08-3.90
40-49 ปี และ 50 ปีขึ้นไป	1.29	0.41-4.11
2 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี		
ระดับปานกลาง	1	
ระดับสูง	2.19*	1.12-4.28
3 การรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปี		
ระดับต่ำ	18.59*	9.26-37.33
ระดับปานกลาง-สูง	1	
4 ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว		
ไม่มีประวัติ	1	
มีประวัติ	2.96*	1.55-5.64

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 13 แสดงว่า ภายหลังจากควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ แล้วพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นีวอร์คไลฟ์ ประกัน

ชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าอายุ 30-39 ปี มีการไปตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าอายุ 20-29 ปี 2.05 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (95% CI (OR) = 1.08 – 3.90)

การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปีมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นิวยอร์คไลฟ์ ประกันชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า พนักงานที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับสูง มีการไปตรวจสุขภาพมากกว่าพนักงานที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง 2.19 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (95% CI (OR) = 1.12 – 4.28)

การรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปีมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นิวยอร์คไลฟ์ ประกันชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า พนักงานที่มีการรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับต่ำมีการไปตรวจสุขภาพมากกว่าพนักงานที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง-สูง 1.859 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (95% CI (OR) = 0.926 – 3.733)

ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นิวยอร์คไลฟ์ ประกันชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า พนักงานที่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว มีการไปตรวจสุขภาพมากกว่าพนักงานที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว 2.96 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (95% CI (OR) = 1.55 – 5.64)

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทประกันชีวิต

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

- 1 เพศ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี
- 2 อายุ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี
- 3 ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี
- 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี
- 5 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี
- 6 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสอบสุขภาพประจำปี มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี
- 7 การรับรู้อุปสรรคของการตรวจสอบสุขภาพประจำปี มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี
- 8 ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี
- 9 การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี
- 10 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี
- 11 ความเชื่ออำนาจภายนอกด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี

วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นพนักงานบริษัทไทยพาณิชย์นิวยอร์กไลฟ์ประกันชีวิต ประจำสำนักงานใหญ่ จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นพนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นีวอร์คไลฟ์ ประกันชีวิต สำนักงานใหญ่ จังหวัดกรุงเทพมหานคร แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา (Case group) ได้แก่ พนักงานที่ตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 100 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (Control group) ได้แก่ พนักงานที่ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 200 คน เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตรของ Kelsey J L (Kelsey JL 1996 227)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพนักงานบริษัท ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม จำนวน 9 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 12 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 8 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต จำนวน 2 ข้อ การรับรู้ภาวะสุขภาพปัจจุบัน จำนวน 8 ข้อ การรับรู้สุขภาพในอนาคต จำนวน 2 ข้อ การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย จำนวน 4 ข้อ ความวิตกกังวลหรือความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวน 2 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ จริงทั้งหมด จริงเป็นส่วนมาก ไม่แน่ใจ ไม่จริงเป็นส่วนมาก ไม่จริงทั้งหมด

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ และความเชื่อภายนอกตนด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยเล็กน้อย ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย ไม่เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และการทดสอบสมมติฐานยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

- 1 ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม คัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้
- 2 ตรวจให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3 คำนวณค่าสถิติโดย

3 1 นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยด้านสุขภาพมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ตามตัวแปร

3 2 หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยชักนำ กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงาน โดยใช้การทดลองไค-สแควร์ (Chi-square test) Odds Ratio (OR) และ 95% CI ของค่า OR

3 3 หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี การรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี และประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานโดยใช้ Multiple logistic regression

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า

1 1 พนักงานบริษัทไทยพาณิชย์ นิวยอร์กไลฟ์ ประกันชีวิต เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เคยตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 100 คน และไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี 200 คน คิดเป็นอัตราส่วน 1 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65 00 มีอายุ 20-29 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51 00 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84 00

1 2 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ พบว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 89 33 มีการรับรู้ความรุนแรงและการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 80 33 มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65 33 และมีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับปานกลาง-สูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72 00

1 3 ปัจจัยชักนำ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 54 67 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 61 33 มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68 67 และมีความเชื่ออำนาจภายนอกด้านสุขภาพในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73 67

2 ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า

2 1 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัท

2 2 อายุ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 โดยพบว่า พนักงานที่มีอายุ 30–39 ปี มีการไปตรวจสอบสุขภาพประจำปีมากกว่าพนักงานที่มีอายุ 20–29 ปี 2 05 เท่า

2 3 ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัท

2 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัท

2 5 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัท

2 6 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสอบสุขภาพประจำปีมีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 โดยพบว่า พนักงานที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสอบสุขภาพประจำปีในระดับสูง มีการไปตรวจสอบสุขภาพมากกว่าพนักงานที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง 2 19 เท่า

2 7 การรับรู้อุปสรรคของการตรวจสอบสุขภาพประจำปี มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 โดยพบว่า พนักงานที่มีการรับรู้อุปสรรคในการตรวจสอบสุขภาพประจำปีในระดับต่ำ มีการไปตรวจสอบสุขภาพประจำปีมากกว่าพนักงานที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง–สูง 18 59 เท่า

2 8 ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 โดยพบว่า พนักงานที่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวมีการไปตรวจสอบสุขภาพประจำปีมากกว่าพนักงานที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว 2 96 เท่า

2 9 การรับรู้ภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัท

2 10 ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัท

2 11 ความเชื่ออำนาจภายนอกตนเองด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัท

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัท ไทยพาณิชย์ นิวยอร์ดไลฟ์ ประกันชีวิต สำนักงานใหญ่ กรุงเทพมหานคร อภิปรายผลได้ดังนี้

1 เพศ

ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัท ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าเพศ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี

จากผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่พนักงานเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65 แต่ไม่พบว่าการไปตรวจสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะงานที่ทำเป็นงานที่เกี่ยวข้องเอกสาร ทั้งเพศหญิงและเพศชายทำงานคล้ายๆกัน และงานที่ทำไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพโดยตรง ทำให้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย จึงไม่เห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปี สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูพา ชัยเพชร (2542 : 81) ที่ศึกษาพฤติกรรมการตรวจสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เพศไม่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และสอดคล้องกับ อารยา ประจันปัจฉินึก (2547 บทคัดย่อ) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพนักงานกลุ่มบริษัทมหาชน พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง แต่ไม่สอดคล้องกับ สุกัญญา ไผทโสภณ (2540 : 118) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเพศหญิงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางในขณะที่เพศชายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ

2 อายุ

ผลการศึกษา พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี

ผลการศึกษาพบว่า พนักงานที่มีอายุ 30-39 ปี มีโอกาสที่จะไปตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าอายุ 20 - 29 ปี 2.05 เท่า คาสส์ และคอบบ์ (ซินชีวัน โพธิ์รุ่ง 2540 : 32, อ้างอิงจาก Kasl and Cobb 1966 : 249) กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องราวด้านสุขภาพของแต่ละคน อายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้เพิ่มความตระหนักในความต้องการด้านสุขภาพ และนำไปสู่การมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้อง

นอกจากนี้ ความรู้และประสบการณ์ของแต่ละวัย ตลอดจนการรับรู้ในการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ หรือการเริ่มมีภาวะผิดปกติทางสุขภาพของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันไปในแต่ละวัย และในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไปไม่พบว่าการไปตรวจสุขภาพประจำปี อาจเนื่องจากโดยส่วนใหญ่มักมีโรคเป็นประจำอยู่แล้ว และต้องไปพบแพทย์เป็นประจำ จึงไม่จำเป็นต้องไปตรวจสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ซินชีวัน โพธิ์รุ่ง (2540 บทคัดย่อ) ที่ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลสุขภาพตนเองของตำรวจจราจร ในกรุงเทพมหานคร พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง แต่ไม่สอดคล้องกับ สุวิชา จันทรสุริยกุล (2536 : 119) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

3 ระดับการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัท ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ส่วนใหญ่พนักงานที่ทำงานในบริษัทมีการศึกษาระดับปริญญาตรีถึงร้อยละ 84 แต่ก็ไม่พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีการไปตรวจสุขภาพ อาจเนื่องจากปัจจุบันข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพมีมาก ไม่ว่าจะเป็นทางสื่อวิทยุ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ มีวิธีการดูแลสุขภาพตนเองได้หลายวิธี ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองอาจไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพประกอบกับการตรวจสุขภาพต้องเสียเวลา และค่าใช้จ่ายหากเกินงบประมาณที่บริษัทตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยูพา ชัยเพ็ชร (2542 : 82) พบว่า การศึกษาของบุคลากรของการแพทย์และสาธารณสุขไม่แปรผันตามพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรและสาธารณสุข แต่ไม่สอดคล้องกับ สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539 บทคัดย่อ) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และไม่สอดคล้องกับ ชื่นชีวัน โพธิ์รุ่ง (2540 บทคัดย่อ) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง

4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัท ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 4 ที่ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี

จากผลการศึกษาพบว่า พนักงานส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 89.33 แต่การไปตรวจสุขภาพไม่แตกต่างจากกลุ่มที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับต่ำ เป็นไปได้ว่าแม้รู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงแต่ก็ยังไม่ได้ป่วยเป็นโรคจริงๆ หรือบางคนทราบวาทตนเองมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว จึงไม่เห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปี ดังที่ เบกเกอร์ และไมเมน (วิศญา บางศรี 2546 : 26, อ้างอิงจาก Becker and Maiman 1975 : 14) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของตนเองแล้ว ความเชื่อบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรรัตน์ อมรชิวิน (2541 บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของสตรีที่มารับบริการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม แต่ไม่สอดคล้องกับอารยา ประจันปัจจนิก (2547 ออนไลน์) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของพนักงานกลุ่มบริษัทมหาชน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

5 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมของพนักงานบริษัทไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี

จากผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่พนักงานมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 80.33 แต่การไปตรวจสุขภาพไม่แตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเป็นโรคเรื้อรังไม่ใช่โรคที่เกิดขึ้นเฉียบพลันทันทีระยะเวลาในการเกิดโรคค่อนข้างนาน และไม่มีผลกระทบต่อนหน้าที่การงาน ครอบคลุมโดยตรง ทำให้ไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันโรคจึงไม่ไปตรวจสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สนิท พึ่งสาย (2539 บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรม พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน และสอดคล้องกับ โสภิตา คำทอง (2544 บทคัดย่อ) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก แต่ไม่สอดคล้องกับ เพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 : 104) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านมของสตรีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม

6 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัท ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี

ผลการศึกษา พบว่า พนักงานบริษัทมีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปีในระดับสูง มีการไปตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าระดับปานกลาง 2.19 เท่า โรเซนสต็อก (พรสุข หุ่นนิรันดร์ 2545 : 159, อ้างอิงจาก Rosenstock 1974 : 330) กล่าวว่า บุคคลจะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคก็ต่อเมื่อเขามีความเชื่อว่าการปฏิบัติตัวที่ดีจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะต่างๆ หรือจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ ส่วนพนักงานที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับปานกลาง อาจเชื่อว่า หากยังไม่มีการผิดปกติก็ไม่จำเป็นต้องไปตรวจสุขภาพ เนื่องจากยังไม่เห็นประโยชน์ของการตรวจสุขภาพอย่างแท้จริง ส่วนใหญ่เข้าใจว่าเป็นการตรวจเพื่อหาโรค และเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายหากเกินงบประมาณที่บริษัทกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐฤทธ ฉายแสง (2544 ออนไลน์) พบว่า การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของทหารประจำการและสอดคล้องกับ มานพ เชื่อมทอง (2542 ออนไลน์) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของลูกเรือประมงในจังหวัดชลบุรี แต่ไม่สอดคล้องกับ นิตานถ โชคเกิด (2545 ออนไลน์) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา

7 การรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปี

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปี มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัท ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่าการรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปี มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี

ผลการศึกษาพบว่า พนักงานที่มีการรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพประจำปีในระดับต่ำ มีโอกาสที่จะไปรับการตรวจสุขภาพมากกว่าระดับปานกลาง-สูง 18 59 เท่า โรเซนสต็อค (วรศัญญา บางศรี 2546 27, อ้างอิงจาก Rosenstock 1974 331) กล่าวถึง อุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่อุปสรรคต่อการปฏิบัติสูงจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจมาก ยากแก่การแก้ไขก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวารีวรรณ กิจสมัคร (2539 บทคัดย่อ) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก และสอดคล้องกับ เพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 บทคัดย่อ) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม แต่ไม่สอดคล้องกับ นิตานถ โชคเกิด (2545 ออนไลน์) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา

8 ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัท ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่าประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี

จากผลการศึกษาพบว่า พนักงานที่มีประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวมีการไปตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าพนักงานที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว 2 03 เท่า การที่พนักงานมีบุคคลใกล้ชิดเจ็บป่วย อาจทำให้เกิดความตื่นตัวหรือเกิดความกลัว เพราะเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม และมีความรุนแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ เป็นต้น นอกจากนี้ปัจจุบันข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพยังเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญ ทำให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อานันทนา ชื่นวิสิทธิ์ (2541 66) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า การมีบุคคลใกล้ชิดเป็นโรคเกี่ยวกับเต้านม หรือมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสอดคล้องกับสุภาศรี ธรรมสร้างกูร และคณะ (2544 ออนไลน์) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุพบว่าลักษณะที่เพิ่ม

ความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ มีบุคคลในครอบครัวมีประวัติความดันโลหิตสูง แต่ไม่สอดคล้องกับ สุวาริวรรณ กิจสมักร (2539 : 153) พบว่า ประสพการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัวญาติ หรือเพื่อน ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

9 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัท ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9 ที่ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี

จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่พนักงานมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.33 สุภัททา บัณฑิตแพทย์ (ชื่นชีวัน โพธิ์รุ่ง 2540 : 29, อ้างอิงจาก สุภัททา บัณฑิตแพทย์ 2532 : 50) ซึ่งการรับรู้ซ้ำๆ ทำให้เกิดความเคยชิน จนกลายเป็นการไม่รับรู้ไปก็ได้ จึงอาจเป็นไปได้ว่าพนักงานส่วนใหญ่ที่เคยมีการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย เช่น เป็นหวัดบ่อย ท้องผูกบ่อย อาจคิดว่าเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ตามปกติ ยังไม่เป็นโรคที่ร้ายแรง รับประทานยาเพียงเล็กน้อยก็หาย และยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จึงยังรู้สึกว่าสุขภาพยังดีอยู่ แม้ว่าจะเจ็บป่วยก็ตาม จึงทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความแข็งแรงของร่างกาย และรับรู้ตัวตนมีสุขภาพดีพอสำหรับการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับ สกุลรัตน์ ศิริกุล (2544 ออนไลน์) ที่ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมคุณภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของสตรีระยะใกล้หมดประจำเดือน และสตรีระยะหมดประจำเดือน แต่ไม่สอดคล้องกับ ทิวาวัน คำบรรลือ (2546 บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลในภาคกลาง พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

10 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัท ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10 ที่ว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี

จากผลการศึกษา พบว่า โดยส่วนใหญ่พนักงานมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 68.67 ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่างๆ โดยพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอาจไม่จำเป็นต้องเป็นการตรวจสุขภาพ เพราะเสียเวลา ไม่สะดวกในการเดินทาง และปัจจุบันการดูแลตนเองมีได้หลายวิธี เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารไขมันต่ำ เป็นต้น ประกอบกับส่วนใหญ่พนักงานมีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปีและ 30-39 ปี ยังไม่มีการเจ็บป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ จึงไม่ตระหนักถึงการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริพร กาญจนะประโชติ (2546 : 74)

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจทั้ง 3 ด้านกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า ในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจทั้ง 3 ด้านไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับ ขนิษฐา เทศลังกา (2543 : 69) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่ไม่สอดคล้องกับนันทยา โพธิสาร (2540 ออนไลน์) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และไม่สอดคล้องกับ จุไรรัตน์ หงษ์เวียงจันทร์ (2541 ออนไลน์) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของข้าราชการทหารหลังเกษียณอายุราชการ

11 ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัท ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 11 ที่ว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี

รอตเตอร์ (ศิริพร สถิตยัถาวร 2540 : 49, อ้างอิงจาก Rotter 1966 : 1-2) ได้สรุปความเชื่ออำนาจภายนอกตนว่าเป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบตัว และไม่สามารถควบคุมสภาพการณ์ต่างๆ ได้ เพราะเชื่อว่าสิ่งต่างๆ นั้นเกิดจากอิทธิพล ของปัจจัยภายนอกที่เขาไม่อาจเข้าไปเกี่ยวข้องได้เลย เช่น โชคลาง เคราะห์กรรม ความบังเอิญ อำนาจเหนือธรรมชาติ หรืออำนาจของผู้อื่น แต่เนื่องจากพนักงานส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 29 ปี และ 30 – 39 ปี ตามลำดับ ทำให้บุคคลเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น เพราะสามารถช่วยเหลือตัวเองได้และดูแลตัวเองได้ดี ประกอบกับส่วนใหญ่เป็นคนรุ่นใหม่ มีความรู้ มีการศึกษา ดังนั้นความเชื่อทางด้านโชคลางจึงมีน้อย และเป็นบุคคลมียังไม่มียโรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วยร้ายแรงใดๆ จึงไม่จำเป็นต้องพึ่งแพทย์ พยาบาล การตรวจสุขภาพประจำปี จึงเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นสำหรับพนักงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อารยา ประจณปัจจนิก (2547 ออนไลน์) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพนักงานกลุ่มบริษัทชนชาติ พบว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และสอดคล้องกับนันทยา โพธิสาร (2540 ออนไลน์) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับ กรรณิการ์ พัฒนผดุง-วิทยา (2542 บทคัดย่อ) ศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิชรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิชรพยาบาล กรุงเทพมหานคร มีความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาค้นคว้าชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทประกัน ได้แก่ อายุ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี การรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี และประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

- 1 ควรมีการจัดรณรงค์ กระตุ้นเตือน เพื่อให้บุคลากรมีความตื่นตัวที่จะไปตรวจสุขภาพประจำปีโดยการจัดบอร์ดวิชาการ หรือติดโปสเตอร์ตามแผนกทุกชั้นในช่วงใกล้สิ้นปีงบประมาณทุกปี
- 2 จัดให้มีบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่บริษัท เพื่อเพิ่มความสะดวกให้กับพนักงาน
- 3 จัดให้โรงพยาบาลออกใบชี้แจง เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปี โดยเน้นให้พนักงานทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการตรวจสุขภาพประจำปี และเพิ่มทางเลือกให้กับพนักงานที่สะดวกจะไปตรวจบริการใกล้บ้าน
- 4 จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อให้เห็นถึงประโยชน์ของการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งต่อไป

- 1 ควรจะศึกษาเปรียบเทียบการตรวจสุขภาพประจำปี ระหว่างกลุ่มที่ยังไม่พบอาการผิดปกติหรือผิดปกติเพียงเล็กน้อย และกลุ่มที่มีอาการผิดปกติแล้ว
- 2 ศึกษาประสิทธิผลของโครงการการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพประจำปี โดยประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม และการตลาดทางสังคมมาเป็นกรอบแนวคิด

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ กันธรักษา (2527) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรม การปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ วิทยานิพนธ์ วท ม (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล อัดสำเนา
- กรรณิการ์ พัฒนผลุงวิทยา (2542) ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุชรียาพยาบาล กรุงเทพมหานคร ปริญญา นิพนธ์ กศ ม (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อัดสำเนา
- กระทรวงสาธารณสุข (2545) สถิติสาธารณสุข พ ศ 2545 นนทบุรี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
- กองสุศึกษา (2542) แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษา และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ นนทบุรี กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2528) การรับรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของมารดาที่เป็นพาหะโรคไวรัสตับอักเสบบี วิทยานิพนธ์ วท ม (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัยมหิดล ถ่ายเอกสาร
- กันยา สุวรรณแสง (2532) จิตวิทยาทั่วไป กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์บำรุงสาส์น
- กัลยา วาณิชย์บัญชา (2543) การวิเคราะห์สถิติ สถิติสำหรับการบริหารและการวิจัย กรุงเทพฯ บริษัทธรรมสาร จำกัด
- เกษม วัฒนชัย (2532) การดูแลรักษาโรคความดันเลือดสูง กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์วัฒนาศึกษา
- ขนิษฐา เทศลังกา (2543) ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจในชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแพร วิทยานิพนธ์พยาบาล-ศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถ่ายเอกสาร
- คณิศร เต็งรัง (2541) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการสตรีโสด สังกัดสวนกลาง กระทรวงสาธารณสุข วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต(สังคมสงเคราะห์ศาสตร์) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ถ่ายเอกสาร
- คณะกรรมการโครงการให้ความรู้โรคเบาหวาน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (2533) คู่มือประกอบการให้ความรู้โรคเบาหวาน กรุงเทพฯ คณะแพทย-ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- คณะแพทย์ไกล้มอ (2546, เมษายน) โรคหัวใจ-4 ไกล้มอ 26(15) 26

- จิตร จิรรัตน์สถิต, และมูนี่ แก้วปลั่ง (2534) *ปรึกษาแพทย์เรื่องเบาหวาน* พิมพ์ครั้งที่ 3
เชียงใหม่ โครงการตำรา หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่
- จุไรรัตน์ หงษ์เวียงจันทร์ (2541) *พฤติกรรมการดูแลตนเองของข้าราชการทหารหลังเกษียณ
อายุราชการ (ออนไลน์)* วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต(การส่งเสริมสุขภาพ)
เชียงใหม่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แหล่งที่มา ฐานข้อมูลปริญา
นิพนธ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ วันที่สืบค้น 25 พฤษภาคม 2548
- ชินชวัน โพธิ์รุ่ง (2540) *การรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของตำรวจจราจรใน
กรุงเทพมหานคร* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถ่ายเอกสาร
- ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช (2546, กุมภาพันธ์) *โรคหัวใจ 3 ใกล้เคียง* 26(13) 24
- ชูศรี วงศ์รัตนะ (2541) *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพฯ ศูนย์
หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ณัฐกฤต ฉายแสงแสง (2544) *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการ
ทหารประจำการ จังหวัดลพบุรี* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุข-
ศาสตร์) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถ่ายเอกสาร
- ดวงพร รัตนอมรชัย, และคนอื่นๆ (2536, พฤษภาคม-ตุลาคม) *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย
ลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การรับรู้ การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ
ในจังหวัดอ่างทอง* *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2(1) 21
- ตรวจสุขภาพดีจริงหรือ (2547) (ออนไลน์) แหล่งที่มา
[http://www.healthnet.in.th/text/forum1/health/health\[1\].html](http://www.healthnet.in.th/text/forum1/health/health[1].html) วันที่สืบค้น 26
กุมภาพันธ์ 2547
- ตรวจสุขภาพถึงเวลาต้องคิดกันใหม่ (2543, มกราคม) *หมอชาวบ้าน* (ออนไลน์) 21(249)
แหล่งที่มา http://www.geocities.com/elibthai/doctors2/gen_health02.html วันที่
สืบค้น 12 ธันวาคม 2546
- ทรรศนีย์ วงศ์บา (2537) *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกลุ่ม ความเชื่ออำนาจภายใน-
ภายนอกตนด้านสุขภาพ และการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพภาคที่ 3* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต(การพยาบาลผู้ใหญ่) ขอนแก่น บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อัดสำเนา
- ทิตยัทยา หอมทรัพย์ (2538) *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับ
ความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์* วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต(การพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
ถ่ายเอกสาร

- ทิวาวัน คำบรรลือ (2546) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลในภาคกลาง สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ปริญญาณิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต(สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ทยเอกสาร
- ธีระ ศิริอาชาวัฒนา (2527) คู่มือดูแลสุขภาพด้วยตนเอง กรุงเทพฯ เอช-เอนการพิมพ์
- นันทิยา โพธิสาร (2540) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดร้อยเอ็ด (ออนไลน์) ปริญญาณิพนธ์การศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต
(การส่งเสริมสุขภาพ) เชียงใหม่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แหล่งที่มา
ฐานข้อมูลปริญญาณิพนธ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ วันที่สืบค้น 25 พฤษภาคม 2548
- นิตานาถ โชคเกิด (2544) ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราผู้ที่ติดสุราใน
โรงพยาบาลลำพูน (ออนไลน์) ปริญญาณิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(สุขภาพจิต
และการพยาบาลจิตเวช) เชียงใหม่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แหล่งที่
มา ฐานข้อมูลปริญญาณิพนธ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ วันที่สืบค้น 25 พฤษภาคม 2548
- ประดิษฐ์ ดันสุรต์ (2535) มะเร็งในคนไทย กรุงเทพฯ มัลย์การพิมพ์
- ประคอง กรรณสูตร (2525) สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ กรุงเทพฯ ศูนย์หนังสือ
ดร สง่า
- พรสุข หุ่นนิรันดร์ (2545) พฤติกรรมศาสตร์ทางสุขศึกษา (เอกสารประกอบคำสอน)
กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2540) วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 7
กรุงเทพฯ โรงพิมพ์เจริญผล
- เพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม
ปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกัน
และควบคุมโรคมะเร็ง ปริญญาณิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต(สุขศึกษา) กรุงเทพฯ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ทยเอกสาร
- ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร (2528) การประเมินสุขภาพส่วนบุคคล และชุมชน (เอกสารการสอน)
กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (2545, ตุลาคม) “เพื่อรับมือกับโรคหัวใจและหลอดเลือด,”
หมอชาวบ้าน 24(282) 6-7
- มานพ เชื่อมทอง (2542) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์กับ
พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของลูกเรือประมงในจังหวัดชลบุรี (ออนไลน์) วิทยา
ณิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลชุมชน) ชลบุรี บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยบูรพา แหล่งที่มา ฐานข้อมูลปริญญาณิพนธ์มหาวิทยาลัยบูรพา วันที่
สืบค้น 25 พฤษภาคม 2548

- มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (2546) *โลกาภิวัตน์กับผลกระทบต่อสุขภาพคนไทย(2)* (ออนไลน์)
แหล่งที่มา <http://www.manager.co.th/gol/ViewNews.asp?NewsID=4670328347086>
วันที่สืบค้น 18 พฤษภาคม 2547
- ยุพา ชัยเพชร (2542) *พฤติกรรม การตรวจสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข วิทยานิพนธ์ สังคมศาสตรมหาบัณฑิต
(ประชากรศาสตร์) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถ่ายเอกสาร*
รุ่งลาวัลย์ เจษฎาฐิติกุล (2546) *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคมะเร็งของประชา
ชนในอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สุขศึกษา)
กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อุดลำนนา*
- โรคหัวใจ (2546, ธันวาคม-มกราคม) *ใกล้หมอ* 26(12) 21
- ล้วน สายยศ, และอังคณา สายยศ (2528) *เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา* กรุงเทพฯ สุวีริ-
ยาสาสน์
- วิศญา บางศรี (2546) *ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้าน
สุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์ กศ ม (จิตวิทยาการแนะแนว) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ อุดลำนนา*
- วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์ (2536, พฤษภาคม-สิงหาคม) *ตรวจสุขภาพร่างกายสบายชีวิต วาร-
สารสุขศึกษา* 18(70) 77
- วิเชียร เกตุสิงห์ (2538, กุมภาพันธ์-มีนาคม) *คาเฉลี่ยกับการแปลความหมาย เรื่องง่ายๆที่
บางครั้งก็พลาดได้ ขาวสารการวิจัยการศึกษา* 18(3) 8-11
- วีรานันท์ พงศาภักดี (2544) *การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงกลุ่ม ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้
พิมพ์ครั้งที่ 2 นครปฐม มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์*
- ศิวาณี แสนทวิ (2541) *การศึกษาดันทุนในการตรวจสุขภาพสำหรับโรคเรื้อรังที่สำคัญในผู้สูง
อายุ วิทยานิพนธ์เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลง-
กรณ์มหาวิทยาลัย ถ่ายเอกสาร*
- ศิริพร สถิตยัถาวร (2540) *ผลการใช้ข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความวิตกกังวลก่อน
ผ่าตัดของผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนแตกต่างกัน วิทยานิพนธ์การ
ศึกษามหาบัณฑิต(สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร-
วิโรฒ อุดลำนนา*
- ศุภชัย คุณรัตนพุกภัย, และคณะ, บรรณาธิการ (2545) *แนวทางการตรวจสุขภาพประชาชน
ไทย พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ แพทยสภา*
- สมเจตน์ มณีปาลวิรัตน์ (2542, 20 กรกฎาคม) *การตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐานมีอะไรบ้าง
สกุลไทย* 45 51

- สกุรัตน์ ศิริกุล (2544) การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดนครสวรรค์ (ออนไลน์) ปรินิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย (การพยาบาลผู้สูงอายุ) เชียงใหม่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แหล่งที่มา ฐานข้อมูลปรินิพนธ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ วันที่สืบค้น 25 พฤษภาคม 2548
- สนิท พึ่งสาย (2539) ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน ปรินิพนธ์การศึกษา มหาวิทยาลัย (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อุดรธานี
- สันต์ หัตถิรัตน์ (2546, มกราคม-มีนาคม) ตรวจสุขภาพหรือตัดมดุม วารสารราชบัณฑิตยสถาน 28(1) , 267-273
- สิริพร กาญจนะประโชติ (2546) ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร ปรินิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อุดรธานี
- สุกัญญา ไพทโสภณ (2540) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล อุดรธานี
- สุชา จันทรเฒ (2533) จิตวิทยาพัฒนาการ พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ ไทยวัฒนาพานิชย์
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์ (2539) การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยSPSS กรุงเทพฯ สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถ่ายเอกสาร
- สุธิดา นิรพิพนธ์ (2543) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช ปรินิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อุดรธานี
- สุภาศรี ธรรมสร้างกูร และคณะ (2544) ความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครลำปาง ใน การจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลลำปาง ปี 2544 ลำปาง โรงพยาบาลลำปาง
- สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ในโรงพยาบาลราชวิถี ปรินิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อุดรธานี

- สุวิชา จันทรสุริยกุล (2536) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดแพร่ วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถ่ายเอกสาร
- สายสุนีย์ ทับทิมเทศ, พิทยา รัตนครอง, และสมจิต พฤกษ์รัตนานนท์ (2541, กันยายน-ธันวาคม) การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและคุ่มค่าในการตรวจสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบัติ วารสารสุขศึกษา 21(80) 24
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2546) รายงานเชิงวิเคราะห์ พฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทย (ออนไลน์) แหล่งที่มา
http://www.nso.go.th/thai/stat/summary/health/wor_article47.html วันที่สืบค้น 17 พฤษภาคม 2547
- โสภิตา คำทอง (2544) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีในจังหวัดสุพรรณบุรี วิทยานิพนธ์ วท.ม (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถ่ายเอกสาร
- อรพินท์ มุกดาติลก, และคนอื่นๆ (2543, เมษายน-มิถุนายน) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพเป็นระยะของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร วารสารพฤติกรรม การป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ 23(101) 76
- อานันทนา ชื่นวิสิทธิ์ (2541) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในกรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลชุมชน) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถ่ายเอกสาร
- อารยา ประจณปัจจนิก (2547) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพนักงานกลุ่มบริษัทธนชาติ วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต(พัฒนาสังคม) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ถ่ายเอกสาร
- อัมพร เกิดผลวัฒนา (2542) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และศูนย์สาธารณสุข 3 บางซื่อ วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถ่ายเอกสาร
- อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์ (2540) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถ่ายเอกสาร
- อำนาจ ศรีรัตนบัลล์ (2544) การตรวจสุขภาพ (ออนไลน์) แหล่งที่มา
http://www.geocities.com/amnach_s/ask.html วันที่สืบค้น 26 กุมภาพันธ์ 2547

- Becker, M H , et al (1977, December) The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance A Field experiment *Journal of Health and Social Behavior* 18(4) 348-366
- Becker, M H , & Mairman L A (1975, January) Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations *Medical Care* 13(1) 3-24
- Brook H R , et al (1979) Overview of Adult Health Status Measures Field *Medical Care* 17 9-27
- Bunting, S M (1988, February) The Concept of Perception in Selected Nursing Theories *Nursing Science Quarterly* 1(1) 168-174
- Garrison, K C , & R Mogoon (1972) *Educational Psychology* Ohio Charles E Merrill Publishing Company
- German PS, et al (1995, March) Extended Coverage for Preventive Service for the Elderly Response and Results in A Demon Stration Population *American Journal of Public Health* 85(3) 379-386
- Janz, N K , & Becker, M H (1984, Spring) The Health Belief Model A Decade Later *the Health Education Quarterly* 11(4) 1-47
- Kelly, Colleen Mary Elizabeth (1994, October) A Nursing Investigation of Factors Identified by Newfoundland Woman that May Influence Screening for Cancer of the Cervix *Masters Abstracts International* (CD-ROM) 32(5) 1371
Dissertation Abstracts AAC No MM86632
- Kelsey J L , et al (1996) *Method In of Surveysional Epidemiology* New York Oxord University
- Kim, Jeoung (1996) *Secondary Prevention Health Behavior on Cervical Cancer in Korea Papanicolaou Smear Screening Test* (online) Avialable [http //www libumi com/dissertations/fullcit/9629835](http://www.libumi.com/dissertations/fullcit/9629835) Retrieved August 20, 2004
- Langlie, J K (1977, September) Social Networks Health Belief and Preventive Health Behavior *Journal of Health and Social Behavior* 18 244-260
- Mc Ghie (1986) *A Psychology as Applied to Nursing* 8th ed London Churchill Livingston
- Orem, D E (1985) *Nursing Concept of Practice* East New York McGraw Hill Book Company

- Prieto, Romas Fatima (1994) *Assessment of the Health Status of A Community by Means of A Population Survey The National Health Survey of Andorra* (1991) (online) Available [http //ww lib umi com/dissertations/fullcit/f2879522](http://www.lib.umi.com/dissertations/fullcit/f2879522) Retrieved August 20, 2004
- Rosenstock, I M (1974, Winter) *Historical Original of the Health Belief Model* Health Education Monographs 2 328-335
- Rundall, T G , & J R C Wheeler (1979, February) Factor Associated with Utilization of the Service Fluvaccination program Among Senior Citizens in Tompinks Country *Medical Care* 19(1) 191-200
- Strickland, B R (1978) The Prediction of Social Action form A Dimension of Internal-External Control *Journal of Psychology* 60 353-358
- (1982, June) Internal-External Expectancies and Health Related Behavior *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46(6) 1192-1211
- Wallston, B S , et al (1976) Development and Validition of The Health Locus of Control (HLC) Scale *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 44 580-585
- Wallston (1982) Who is Responsible for Your Health? The Construct of Health Locus of Control *In Social Psychology of Health an Illness* pp 155-120 New York Shirreffs Random House, Inc

ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบแบบถาม

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวดี ไกรพันธ์ | ภาควิชาการพยาบาลตลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาล
ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2 รองศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3 อาจารย์สุธีรา เมืองนาโพธิ์ | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 4 อาจารย์ทัศนาก ทอภักดี | สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 5 นายแพทย์ นพพร วิชรศักดิ์ศิริ | นายแพทย์เวชปฏิบัติ ระดับ 5
แพทย์ประจำโรงพยาบาลหนองกี่
จังหวัดบุรีรัมย์ |

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทประกันชีวิต

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อทางด้านสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทประกัน เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการศึกษาระดับมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาเท่านั้น การตอบแบบสอบถามครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อนานแต่ประการใด จึงขอความกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และขอขอบคุณในความกรุณาของท่านไว้ ณ โอกาสนี้

นางสาวอัจฉรา วงษ์ไวยโรจน์

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริง

1 เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2 ปัจจุบันท่านอายุ

☐ 20-29 ปี

☐ 30-39 ปี

☐ 40-49 ปี

☐ 50 ปีขึ้นไป

3 ท่านจบการศึกษาระดับสูงสุดระดับใด

☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี

☐ ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

4 ในครอบครัวของท่านมีบุคคลเจ็บป่วยบ้างหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี ระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)

☐ โรคมะเร็ง

☐ โรคหัวใจ

☐ โรคความดันโลหิตสูง

☐ โรคเบาหวาน

☐ วัณโรค

☐ ตับอักเสบจากไวรัส

☐ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น
ซิฟิลิส เริม หนองใน เป็นต้น

☐ ธาลัสซีเมีย

☐ อื่นๆ โปรดระบุ

5 ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจสุขภาพบ้างหรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคย ผลการตรวจเป็นอย่างไร (โปรดระบุ)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบอย่างยิ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบ
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แน่ใจกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อที่มีต่อข้อความนั้น
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบอย่างยิ่ง

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม					
1 การรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด หรืออาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน					
2 การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหัวใจ และโรคมะเร็งได้					
3 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคตับได้					
4 การขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจได้					
5 ภาวะอ้วนทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจได้					
6 การรับประทานอาหารหวานมากเป็นประจำจะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน					
7 โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง สามารถป้องกันได้โดยการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย และภาวะน้ำหนักเกิน					
8 คนไทยปัจจุบันเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง มากขึ้น เนื่องจากส่วนหนึ่งเกิดจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง					
9 การรับประทานถั่วลิสง พริกแห้ง หอมแดง และกระเทียมที่มีเชื้อราทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับ					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม					
1 โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้					
2 ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากๆ โดยไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตก และเป็นอัมพาตได้					
3 ถ้าเป็นโรคเบาหวานนานๆโดยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง อาจทำให้เป็นโรคไตวายเรื้อรังได้					
4 โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจหากไม่ได้รับการรักษา ทำให้เสียชีวิตได้					
5 โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และมะเร็งทำให้คุณภาพชีวิตลดลง					
6 โรคความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้					
7 โรคเบาหวานทำให้ตาบอดได้					
8 การป่วยเป็นโรคมะเร็งทำให้สุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตเสื่อมโทรม					
9 การเป็นมะเร็งสามารถลุกลามไปตามอวัยวะต่างๆของร่างกายได้					
10 ผู้ที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะลุกลามจะเจ็บปวด และทุกข์ทรมานมาก					
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี					
1 การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติถึงแม้จะไม่เจ็บป่วยก็ตาม					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2 คนปกติควรไปตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือได้รับการตรวจเลือดอย่างน้อย 3 ปีครั้ง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง					
3 การตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้งสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบได้ทันทั่วทั้งที่					
4 คนจะมีสุขภาพดีได้ ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตนเองเป็นสำคัญไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ					
5 การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งไม่จำเป็นสำหรับบุคคลที่มีร่างกายแข็งแรง					
6 การตรวจสุขภาพช่วยค้นพบโรคได้ตั้งแต่ระยะที่ยังไม่แสดงอาการ					
7 ถ้าไม่มีอาการผิดปกติอะไรก็ไม่จำเป็นต้องไปตรวจมะเร็ง					
8 ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา/สูบบุหรี่เป็นประจำ หรือโรคอ้วน ควรไปตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบได้ทันทั่วทั้งที่					
9 การตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจ สบายใจว่าไม่มีความผิดปกติของร่างกาย ลดความวิตกกังวลได้					
10 การแพทย์ก้าวหน้าสามารถรักษาให้หายขาดได้ ไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ					
11 อายุยังน้อยไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ ค่อยตรวจตอนอายุมากแล้ว					
12 การตรวจสุขภาพช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยง และลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ไม่ใช่เป็นการตรวจเพื่อหาโรคเท่านั้น					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
การรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี					
1 ไม่สะดวกในการเดินทางไปสถานบริการสาธารณสุข จึงไม่ไปตรวจสุขภาพ					
2 ขั้นตอนในการตรวจยุ่งยาก จึงไม่ไปตรวจสุขภาพ					
3 การตรวจสุขภาพประจำปีทำให้สิ้นเปลืองเวลา และเงินมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ					
4 ทานกลัวตรวจพบโรคจึงไม่ไปตรวจสุขภาพ					
5 ทานไม่ไปตรวจเลือดเพราะกลัวเจ็บ					
6 การไปตรวจมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม หรือ มะเร็งต่อมลูกหมากเป็นเรื่องน่าอาย					
7 มีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมากทำให้ไม่มีเวลาไปตรวจสุขภาพ					
8 ภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันทำให้ไปตรวจสุขภาพเมื่อจำเป็นเท่านั้น เพราะต้องเสียเงิน					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ

จริงทั้งหมด	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทุกประการ
จริงเป็นส่วนมาก	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เป็นส่วนมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง
ไม่จริงเป็นส่วนมาก	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตน เพียงเล็กน้อย
ไม่จริงทั้งหมด	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเลย

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	จริงทั้งหมด	จริงเป็น ส่วนมาก	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง เป็น ส่วน มาก	ไม่จริงทั้งหมด
1 จากการไปตรวจสุขภาพปัจจุบันท่านมีสุขภาพสมบูรณ์					
2 ท่านไม่เคยมีอาการป่วยหนักถึงขั้นต้องนอนโรงพยาบาล					
3 ท่านเจ็บป่วยง่ายกว่าบุคคลอื่น					
4 ท่านรู้สึกว่าปัจจุบันท่านมีสุขภาพดี					
5 คนส่วนใหญ่เจ็บป่วยง่ายกว่าท่าน					
6 แพทย์บอกว่าในปัจจุบันท่านสุขภาพไม่ดี					
7 ท่านคิดว่าในอนาคตท่านจะมีสุขภาพดีกว่าบุคคลอื่น					
8 ปัจจุบันท่านสุขภาพไม่ค่อยดีเมื่อเทียบกับที่ผ่านมา					
9 ท่านห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพของท่านมากกว่าคนอื่น					
10 ท่านรู้สึกสบายดี เหมือนที่เคยเป็น					
11 ท่านคิดว่าร่างกายท่านมีภูมิต้านทานสูง					
12 การเจ็บป่วยบ้างเป็นครั้งคราวถือเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต					
13 ท่านสุขภาพดีเหมือนบุคคลอื่น					
14 ท่านไม่เคยป่วยครั้งละนานๆ					
15 เมื่อคนรอบข้างป่วย เช่น ไข้หวัด ท่านมักจะป่วยด้วยเสมอ					
16 ท่านเป็นคนสุขภาพสมบูรณ์ดีมาก					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	จริงทั้งหมด	จริงเป็น ส่วนมาก	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง เป็นส่วน มาก	ไม่จริง ทั้งหมด
17 ท่านคาดหวังว่าจะมีชีวิตที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์					
18 สุขภาพเป็นสิ่งเป็นสิ่งสำคัญในชีวิตของท่าน					
19 ท่านยอมรับว่าอาการเจ็บป่วยเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้					
20 ขณะนี้ท่านรู้สึกไม่ดีเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน					

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับรู้สึก ความคิดเห็นหรือความ เชื่อของผู้ตอบเลย
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับรู้สึก ความคิดเห็นหรือความ เชื่อของผู้ตอบเพียงปานกลาง
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับรู้สึก ความคิดเห็นหรือความ เชื่อของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย
เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ตรงกับรู้สึก ความคิดเห็นหรือความ เชื่อของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ตรงกับรู้สึก ความคิดเห็นหรือความ เชื่อของผู้ตอบเพียงปานกลาง
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ตรงกับรู้สึก ความคิดเห็นหรือความ เชื่อของผู้ตอบมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยเล็กน้อย	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	ไม่เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1 เมื่อท่านเจ็บป่วยการกระทำของท่านจะเป็นตัวกำหนดว่าจะหายเร็วหรือช้า						
2 ไม่ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างใดก็ตามถ้าถึงเวลาที่ท่านจะเจ็บป่วยแล้วก็ต้องเจ็บป่วย						
3 การไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะช่วยไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย						
4 เมื่อท่านรู้สึกไม่สบายท่านควรจะไปพบแพทย์พยาบาล						
5 เมื่อท่านป่วยต้องโทษตัวเองที่ไม่ระวังดูแลสุขภาพตนเอง						
6 โชคชะตา เป็นตัวกำหนดว่าท่านจะหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วหรือช้า						
7 สุขภาพของท่านจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับแพทย์และพยาบาลจะเป็นผู้ควบคุมดูแล						
8 การที่ท่านมีสุขภาพดีเป็นเพราะท่านโชคดี						
9 สิ่งสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของท่าน คือการกระทำของท่านเอง						
10 ถ้าท่านดูแลสุขภาพของตัวเองดีพอท่านคงจะไม่เจ็บป่วย						
11 การที่ท่านจะหายเจ็บป่วยได้นั้นเป็น เพราะเพื่อน และญาติพี่น้องในครอบครัวให้การดูแลสุขภาพท่าน						
12 ถ้าท่านปฏิบัติตัวได้ถูกต้องท่านจะมีสุขภาพดีเสมอ						

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย เล็ก น้อย	ไม่เห็น ด้วย เล็ก น้อย	ไม่เห็น ด้วย ปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
13 ในเรื่องสุขภาพอนามัย ท่านปฏิบัติทุกอย่าง ตามที่แพทย์สั่งเท่านั้น						
14 ท่านดูแลสุขภาพด้วยตัวเองเสมอ						
15 ครอบครัวท่านมีสวณอย่างมากที่จะทำให้ท่าน เจ็บป่วยหรือมีสุขภาพดี						
16 การเจ็บป่วยที่เกิดกับท่านเป็นสิ่งที่เกิดขึ้น โดยบังเอิญ						

ภาคผนวก ค
คำอ่านจําแนกและค่าความเชื่อมั่น

ตาราง 14 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจาก
พฤติกรรม

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก(r)
1	0.31
2	0.48
3	0.36
4	0.52
5	0.49
6	0.22
7	0.55
8	0.46
9	0.31

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม
เท่ากับ 0.7146

ตาราง 15 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคที่เกิดจาก
พฤติกรรม

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก(r)
1	0.54
2	0.61
3	0.58
4	0.55
5	0.56
6	0.39
7	0.53
8	0.34

ตาราง 15 (ต่อ) ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก(r)
9	0.39
10	0.57

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม เท่ากับ 0.8166

ตาราง 16 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก(r)
1	0.42
2	0.54
3	0.54
4	0.52
5	0.41
6	0.49
7	0.55
8	0.29
9	0.21
10	0.37
11	0.29
12	0.29

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี เท่ากับ 0.7506

ตาราง 17 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการตรวจสอบสุขภาพประจำปี

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก(r)
1	0.64
2	0.64
3	0.67
4	0.61
5	0.65
6	0.62
7	0.57
8	0.76

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการตรวจสอบสุขภาพประจำปี
เท่ากับ 0.8806

ตาราง 18 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก(r)
1	0.46
2	0.25
3	0.35
4	0.69
5	0.51
6	0.47
7	0.31
8	0.24
9	0.37
10	0.60

ตาราง 18(ต่อ) ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก(r)
11	0.73
12	0.65
13	0.74
14	0.52
15	0.25
16	0.67
17	0.49
18	0.35
19	0.39
20	0.41

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.8685

ตาราง 19 ค่าอำนาจจำแนกแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก(r)
1	0.46
5	0.27
9	0.43
10	0.68
12	0.69
14	0.56

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.7604

ตาราง 20 ค่าอำนาจจำแนกแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก(r)
2	0.19*
3	0.23
6	0.29
7	0.43
8	0.44
11	0.23
13	0.41
15	0.21
16	0.32

* มีการปรับปรุง และนำเสนอคณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรตรวจสอบก่อนนำไปใช้
เก็บข้อมูลจริง

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.6223

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวอัจฉรา วงไวโรจน์
วันเดือนปีเกิด	16 มิถุนายน 2520
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดตรัง
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	395/73 หมู่ 4 ต. มะขามเตี้ย อ. เมือง จ. สุราษฎร์ธานี 84000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	เจ้าหน้าที่บริหาร 1
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	บริษัทไทยพาณิชย์ นีวอร์คไลฟ์ประกันชีวิต สำนักงานใหญ่
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2538	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสุราษฎร์ธานี
พ.ศ. 2542	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2548	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ