

# ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี

## Factors Influencing Cardiovascular Disease Prevention Behaviors Among the Risk Group in SuphanBuri Province, Thailand

ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์<sup>1</sup>, จาริตรี กุลศิริปัญญา<sup>1\*</sup>, อรุณ นุรักษ์เช<sup>1</sup>, กิตติศักดิ์ หลวงพันเทา<sup>2</sup>

<sup>1</sup>อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กาญจนบุรี

<sup>2</sup>อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กาญจนบุรี

Email : nphiromsid@gmail.com

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของปัจจัยทางสังคม ปัจจัยนำปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ประเทศไทย โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE Model กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนจำนวน 340 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลปัจจัยชีวสังคม 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) ทศนคติเกี่ยวกับโรค 4) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 5) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 6) ปัจจัยเอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรม 7) การได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม และ 8) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด สถิติที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นตัวแปรที่ร่วมพยากรณ์ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 41.6 ( $R^2 = .416$ ) โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักในการพยากรณ์สูงสุด คือ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ( $b = 0.365, 0.153$ ) ตามลำดับ



การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าการสนับสนุนจากสังคมและการนำนโยบายด้านสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด นำไปส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงนำมาปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น จะนำไปสู่การป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมการป้องกันโรค ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

## Abstract

This predictive correlational research was aimed to 1) Study the relationship between biosocial, predisposing, enabling and reinforcing factors and preventive behaviors among cardiovascular disease – risk people and 2) Study factors influencing preventive behaviors among cardiovascular disease – risk people in district U Thong Supanburi Thailand. The PRECEDE Model as applied to a group of risk people .The samples were 340 of cardiovascular disease – risk people by multiple stage random sampling. Research instrument was a questionnaire consisting of 8 parts as follows : 1) Biosocial data 2) Knowledge of cardiovascular disease 3) attitude towards cardiovascular disease 4) Perception of the severity of disease 5) Perceived risk of disease 6) Enabling factors to the behaviors 7) Social support and 8) Health promotion behaviors. Data were analyzed by Pearson’s product moment correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis.

The results indicated that social support and health policy could predicted Cardiovascular disease preventive behaviors 41.6 percentage ( $R^2=.416$ ).And the highest predictive variables were social support and health policy ( $b=0.365, 0.153$ ) respectively.

This research has suggested that social support and health policy will practical rerevant to preventive behaviors among cardiovascular disease–risk People effectively.

**Keywords :** Preventive behaviors cardiovascular disease –risk people predisposing factors, enabling factors, Reinforcing factors

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ว่า เมื่อ พ.ศ. 2559 มีประชากรทั่วโลกป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 17.7 ล้านคน และ ร้อยละ 31 เสียชีวิตด้วยโรคนี้พบมากกว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เสียชีวิตมักอยู่ในประเทศที่ด้อยและกำลังพัฒนาและพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมอง<sup>(1)</sup> นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้ทำนายไว้ว่าในปี พ.ศ. 2573 ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจำนวน 23 ล้านคนด้วยโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โดยร้อยละ 85 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาจำนวน 17.5 ล้านคนของประชากรทั้งโลก<sup>(2)</sup>

สำหรับสถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย พบว่า อัตราการตายและอัตรารายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราตายในช่วงปี พ.ศ. 2554-2558 เท่ากับ 61.94, 72.12, 84.38, 90.34 และ 96.33 ต่อประชากรแสนคนส่วนอัตรารายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ศึกษาในผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศย้อนหลัง 5 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2554-2558) เท่ากับ 412.50, 427.53, 431.91, 407.70 และ 501.13 ต่อประชากรแสนคน จากการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรอายุ 15-79 ปีในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่ามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 20.5 การดื่มสุรา ร้อยละ 28.2 ที่ดื่มหนัก ร้อยละ 8.6 รับประทานผักหรือผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 73.3 มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 51.9<sup>(3)</sup>

ส่วนสถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดของจังหวัดสุพรรณบุรี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของจังหวัดสุพรรณบุรี เมื่อ พ.ศ. 2553-2557 เท่ากับ 504.46, 519.54, 479.78, 429.20, 492.22 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ตามลำดับ และอัตราตายของประชากรเมื่อปี พ.ศ. 2554-2558 เท่ากับ 83.06, 80.48, 86.35, 102.17 และ 124.66 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนตามลำดับ<sup>(4)</sup>

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่มีความสำคัญและเป็นนโยบายเชิงรุกที่สำคัญของจังหวัดสุพรรณบุรี ได้มีการกำหนดแผนการดำเนินมาตรการเชิงรุกในการป้องกันและควบคุมอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด การส่งเสริมกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงและโรคในระยะเริ่มต้น เพื่อที่จะมีการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งการส่งไปรับการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก อันจะส่งผลให้ลดความรุนแรงของโรคในรายที่ป่วยแล้ว และป้องกันโรคในรายที่มีความเสี่ยง ส่งผลให้น้ำหนักตัวระดับความดันโลหิตระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดจนได้รับยาในรายที่มีข้อบ่งชี้<sup>(5)</sup> โดยในงบประมาณปี 2560 สถานการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในจังหวัดสุพรรณบุรี พบผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 79.14 และในเขตอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบคิดเป็นร้อยละ 78.68 เกณฑ์ที่



กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 20 จากสถิติพบจำนวนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 3,943 คน จากจำนวนที่ได้รับบริการคัดกรองตามเกณฑ์ทั้งสิ้น จำนวน คิดเป็นร้อยละ 4,459 คน คิดเป็นร้อยละ 89.27<sup>(6)</sup> ซึ่งเป็นอัตราเสี่ยงที่สูงเกินจากเป้าหมายที่กำหนดไว้มาก

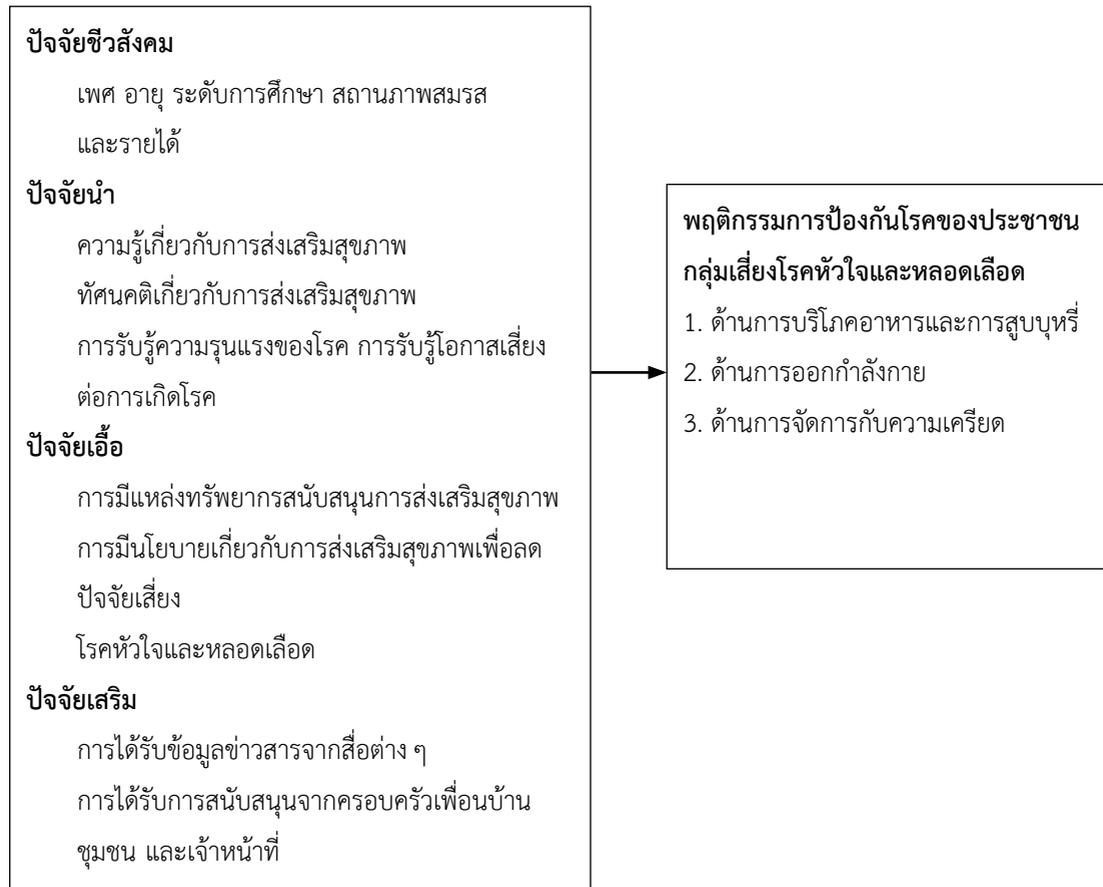
พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ส่งผลต่อสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิผลในการป้องกันและควบคุมความรุนแรงของโรคของโรค ซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถป้องกันได้จากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การบริโภคอาหารการออกกำลังกายและภาวะอ้วน<sup>(5)</sup> โดยเฉพาะพฤติกรรมป้องกันโรคตามแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพ PRECEDE Model<sup>(7)</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งยังไม่ครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพซึ่งเป็นสหปัจจัย ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กันและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนในระดับกว้างโดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งเป็นภาระด้านสาธารณสุขของประเทศ ผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรทางสุขภาพ จึงสนใจในหัวข้อเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์รูปแบบจำลอง PRECEDE Framework Model<sup>(7)</sup> ในระยะที่ 3 ระยะนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ ปัจจัยชีวสังคม (biosocial factors) ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ประกอบด้วย การมีแหล่งทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ และการมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ประกอบด้วยการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อนบ้าน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย PRECEDE Framework model<sup>(7)</sup>

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย(predictive correlation studies)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด อยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออุ้มทองทั้งหมด 22 แห่ง จังหวัดสุพรรณบุรี อาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 – เดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 ซึ่งมีจำนวนประชากร 3,947 คน<sup>(5)</sup> คัดเลือกตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (multistage sampling)<sup>(9)</sup> โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) ประชาชนทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดตั้งแต่ระดับที่ 1-5 โดยใช้โดยใช้ตารางสี (Color Chart) ซึ่งดัดแปลงจากองค์การอนามัยโลก<sup>(8)</sup> ประกอบด้วยข้อมูลปัจจัยเสี่ยงหลักได้แก่ อายุ เพศ การเป็นเบาหวาน การสูบบุหรี่ ค่าระดับความดันโลหิตตัวบน



(systolic BP) ค่าระดับไขมันโคเลสเตอรอล (cholesterol) ในเลือด อ้วนลงพุง (การที่เส้นรอบเอวมากกว่า ส่วนสูงหาร 2) แผลผลระดับโอกาสเสี่ยงเป็น 5 ระดับ ดังนี้ <10% หมายถึงระดับต่ำ 10-<20 % หมายถึง ระดับปานกลาง 20-<30% หมายถึงระดับสูง 30-<40% หมายถึงระดับสูงมาก และ >40% หมายถึง ระดับสูงอันตราย 2) สามารถอ่าน เข้าใจภาษาไทย และสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับการบอกโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน และ เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ป่วยด้วย อากาศฉุกเฉินในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล 2) มีคุณสมบัติครบถ้วนแต่ติดธุระหรือไม่สามารถติดต่อในช่วง เวลาเก็บข้อมูล

โดยการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง<sup>(10)</sup> ได้ใช้อำนาจทดสอบที่มีค่า effect size = 0.3 ระดับอำนาจ ทดสอบ 0.80 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 309 รายเพื่อลดการสูญหายและ ความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม<sup>(11)</sup> จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็น 340 ราย ตรวจสอบแล้ว ข้อมูลที่ได้รับสมบูรณ์ จำนวน 320 ราย จึงนำข้อมูลทั้งหมด 320 ราย มาวิเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 8 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม เป็นข้อมูลทั่วไปของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2-7 ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามมาจาก นุชรรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์<sup>(12)</sup> ได้แก่

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย จำนวน 18 ข้อ เป็นความรู้เกี่ยวกับโรค หัวใจและหลอดเลือด

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (rating Scale) กำหนดให้ผู้เลือกตอบได้ 3 ตัวเลือก ข้อคำถามมีลักษณะด้านบวกและด้านลบ

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่ากำหนดให้ผู้เลือกตอบได้ 3 ตัวเลือก ข้อคำถามมีลักษณะด้านบวก และด้านลบ

ส่วนที่ 5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่ากำหนด ให้ผู้เลือกตอบได้ 3 ตัวเลือก ข้อคำถามมีลักษณะด้านบวก และด้านลบ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ การมีแหล่งทรัพยากรสนับสนุนการ ส่งเสริมสุขภาพ และการมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบ



ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริมจำนวน 17 ข้อ คือ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อนบ้าน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ

ส่วนที่ 8 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 23 ข้อ ผู้วิจัยตัดแปลงมาจาก สุพัตรา บัวที จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์ ศิริอร สีนธู<sup>(13)</sup> มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่ากำหนดให้ผู้เลือกตอบได้ 4 ตัวเลือกข้อคำถาม มีลักษณะด้านบวกและด้านลบ

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2560-0068 เมื่อวันที่ 12 พ.ศ. 2560 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอย่างครบถ้วน ข้อมูลที่ได้รับจากผู้วิจัยถือเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อสกุลจริง ผลการวิจัยเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูล ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสำรวจรายชื่อที่ขึ้นทะเบียนไว้ในฐานข้อมูลของประชาชนกลุ่มเสี่ยงหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยปฏิบัติเกณฑ์การวิจัยในการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย
3. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแล้วให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตอบด้วยตนเอง หรือผู้วิจัยช่วยอ่านแบบสอบถามในรายที่มีข้อจำกัดในการอ่าน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 30 - 45 นาที ขณะที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตอบแบบสอบถามถ้าไม่เข้าใจคำถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะอธิบายและตอบคำถามที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสงสัยจนเข้าใจ
4. เมื่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วน

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผลการวิจัยแสดงข้อมูลเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation;SD) โดยนำเสนอในรูปแบบตาราง สถิติที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(pearson's product moment correlation coefficient) และสถิติถดถอยพหุคูณแบบ(stepwise multiple regression analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05



## ผลการวิจัย

**ลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคล** พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นหญิงร้อยละ 67.8 ชายร้อยละ 32.2 โดยรวมอายุเฉลี่ย 50.43 ปี (S.D.=9.10) อายุส่วนใหญ่ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.9 รองลงมา น้อยกว่า 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.8 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษาปีที่3 คิดเป็น ร้อยละ 71.2 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาที่6 / ประกาศนียบัตรวิชาชีพ / อนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 25.6 สถานภาพ ส่วนใหญ่สมรส คิดเป็น ร้อยละ 83.8 และรายได้เฉลี่ย 6,122 บาท (S.D.=4810.91) ส่วนใหญ่รายได้ น้อยกว่า 4,999 บาท คิดเป็น ร้อยละ 51.3 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของลักษณะทางปัจจัยส่วนบุคคล

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(n=320)	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	103	32.2	
	หญิง	217	67.8	
อายุ	น้อยกว่า 39 ปี	105	32.8	
	40-49 ปี	115	35.9	
	ค่าเฉลี่ย=50.43	50-59 ปี	76	23.8
	min=35 max=65 S.D.=9.10	60 ปี ขึ้นไป	24	7.5
ระดับการศึกษา	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	4	1.2	
	มัธยมศึกษาที่ 3	228	71.2	
	มัธยมศึกษาที่6/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ อนุปริญญา	82	25.6	
	ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	6	1.9	
สถานภาพสมรส	โสด/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	52	16.2	
	สมรส	268	83.8	
รายได้	น้อยกว่า 4,999 บาท	170	53.1	
	5,000-5,999บาท	126	39.4	
	ค่าเฉลี่ย=6,122 min =600	10,000-14,999บาท	19	5.9
	max=40,000 S.D.=4,810.91	15,000 บาทขึ้นไป	5	1.6

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมกำบังโรคหัวใจและหลอดเลือด** ในปัจจัยด้านชีวสังคม คือ สถานภาพสมรส ( $r=.150, p<0.01$ ) และรายได้ ( $r=.190, p<0.01$ ) ปัจจัยนำ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ( $r=.130, p<0.05$ ) ปัจจัยเอื้อ คือ การมีแหล่งทรัพยากรสนับสนุน ( $r=.159, p<0.01$ ) การมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด( $r=.164, p<0.01$ )



ปัจจัยเอื้อ คือการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ( $r=.226$ ,  $p<0.01$ ) และ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว/เพื่อนบ้าน/ชุมชน /เจ้าหน้าที่สาธารณสุข( $r=.316$ ,  $p<0.01$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ( $n = 320$ )

ตัวแปรอิสระ		พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด	
ปัจจัยชีวสังคม	เพศ	0.43	0.444
	อายุ	0.006	.914
	ระดับการศึกษา	0.69	0.215
	สถานภาพสมรส	.150**	0.007
	รายได้	.190**	0.001
ปัจจัยนำ	ด้านความรู้	-.030	0.597
	ด้านทัศนคติ	-.006	.286
	ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค	-.013	.822
	ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	.130*	.020
ปัจจัยเอื้อ	การมีแหล่งทรัพยากรสนับสนุน	.159**	.004
	การมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	.164**	.003
	เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด		
ปัจจัยเสริม	การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ	.226**	.000
	การได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัว/ เพื่อนบ้าน/ชุมชน / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	.316**	.000

\* p-value<0.05 \*\* p-value<0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสหสัมพันธ์พหุ ( $R^2$ ) เท่ากับ .416 และค่าสัมประสิทธิ์การกำหนด ( $R$ ) มีค่าเท่ากับ .173 ซึ่งแสดงว่าตัวแปรอิสระสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้ร้อยละ 41.6 และเมื่อพิจารณาเป็นรายตัวแปรแล้วพบว่ามี 2 ตัวแปรที่อธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด คือการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว/เพื่อนบ้าน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอิทธิพลทางบวกโดยมีสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานคือ



$$Z \text{ พฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด} = 0.365 * Z_{\text{การได้รับข้อมูลสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข}} + 0.153 * Z_{\text{การมีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด}}$$

**ตารางที่ 3** ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุ เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด(n=320)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	b	T
การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อนบ้าน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด	.365	.385	7.485**
	.153	.212	4.125**
Constant (a) = .937; F = 33.184			
R <sup>2</sup> = .416 ; R = .173 ** < 0.001			

**สรุปและอภิปรายผล**

สถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพสมรส มีพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเหมาะสมกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสด/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ที่มีสถานภาพสมรสมีความรับผิดชอบสูงกว่าผู้ที่ยังเป็นโสดในหลายๆประการ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวหรือการประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงครอบครัว ประกอบกับผู้ที่มีสถานภาพสมรสน่าจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมากกว่าสถานภาพ โสด/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ จึงน่าจะเป็นแม่บ้านที่คอยดูแลเอาใจใส่ความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวเพราะพ่อบ้านหรือหัวหน้าครอบครัวออกไปทำงานนอกบ้านเป็นหลักจึงทำให้เป็นบทบาทของแม่บ้านที่จะคอยทำหน้าที่และสนใจในการดูแลสุขภาพคู่สมรสเป็นแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของบุคคล<sup>(14,15)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับเพนเดอร์<sup>(16)</sup> ที่กล่าวว่าคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญยิ่งโดยเฉพาะคู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะมีความเข้าใจเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกันมีการสื่อความหมายกันอย่างเปิดเผยและมีประสิทธิภาพสามารถช่วยประเมินคุณภาพการดูแลตนเองและบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

รายได้พบว่ารายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 6,122 บาท/เดือน ซึ่งใกล้เคียงกับได้เฉลี่ยประชากรด้อยที่เฉลี่ยต่อคนเท่ากับ 6,486 บาท/เดือน<sup>(17)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ เล็มสตาร์ เอ็มและคณะ<sup>(18)</sup> ได้ศึกษาโรคหัวใจที่เกิดขึ้นในชนบทประเทศแคนาดา พบว่าประชากรที่มีระดับรายได้สูงมีความสัมพันธ์ต่อโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ส่งผลพฤติกรรมออกกำลังกายและการสูบบุหรี่สอดคล้องกับ เยเลนา เบิร์ดและคณะ<sup>(19)</sup> ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์รายได้กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรรัฐซัสแคตเชวัน



(Saskatchewan) ประเทศแคนาดา(Canada) พบว่าประชากรที่มีรายได้สูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูง ส่งผลพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายและการสูบบุหรี่

สำหรับปัจจัยนำมีตัวแปร 1 ตัวแปรคือด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งสอดคล้องกับจากทฤษฎีของ health belief model<sup>(20)</sup> และ health action process approach model<sup>(21)</sup> กล่าวว่า ผู้ที่มีการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรง มีแนวโน้มในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม เช่นการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้า การรับประทานอาหารเช้าเพิ่มขึ้น เป็นต้น

พบว่าปัจจัยเอื้อการมีแหล่งทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและการมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่อยู่ในระดับต่ำเชิงบวก อธิบายได้ว่าการสร้างแหล่งสนับสนุนการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน ที่จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงศักยภาพด้านสุขภาพอย่างเต็มที่และเท่าเทียมกันจะทำให้เพิ่มโอกาสเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เพิ่มพูนทักษะชีวิต และเพิ่มทางเลือกที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชนตามศักยภาพสูงสุดของตน<sup>(22)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุษฎี พวงสุมาลย์<sup>(23)</sup> พบว่า ปัจจัยเอื้อการมีทรัพยากรสนับสนุนในสังคมจะช่วยเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ลดช่องว่างการเข้าถึงบริการของประชาชน การสนับสนุนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อนบ้าน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่อยู่ในระดับต่ำเชิงบวก อธิบายได้ว่า การเผยแพร่ข้อมูลจากโดยมีสื่อแนะนำเสนอมาหลากหลายช่องทางทำให้เข้าถึงได้ง่ายและมีทั่วถึง สิ่งที่คุณจะได้รับจากผลของการกระทำจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ครอบครัว เพื่อน ญาติ ครูบุคลากรทางการแพทย์ สื่อมวลชน ผู้บังคับบัญชาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สิ่งที่คุณจะได้รับปรากฏในรูปของรางวัลที่เป็นสิ่งของคำชมเชยการยอมรับการลงโทษการไม่ยอมรับการกระทำ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้คุณคนนั้นปฏิบัติตามเมื่อคุณได้รับแรงสนับสนุนซึ่งเป็นปัจจัยเสริมที่ดีจากสังคมคุณคนนั้นย่อมปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ และการศึกษาของปวีตรา จริยสกุลวงศ์<sup>(24)</sup> พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรทางสุขภาพ ช่วยสร้างแรงจูงใจให้คุณคนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองโดยอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นตัวกำหนดให้คุณคนมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจากการโน้มน้าวและสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ



อิทธิพลของปัจจัยชีวิตสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อนบ้าน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการมีแหล่งทรัพยากรสนับสนุนเป็นตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 41.6 (ค่าสหสัมพันธ์พหุเท่ากับ .416 โดยเรียงจากตัวแปรที่มีน้ำหนักในการพยากรณ์สูงสุด คือ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อนบ้าน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ( $b=0.365, 0.153$ ) ตามลำดับสามารถอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลในแต่ละปัจจัย ดังนี้

$$Z \text{ พฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด} = 0.365 * Z_{\text{การได้รับข้อมูลสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข}} + 0.153 * Z_{\text{การมีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด}}$$

การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อนบ้าน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักในการพยากรณ์สูงสุด อธิบายได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นอิทธิพลสำคัญ ซึ่งครอบครัวเพื่อน และผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุขคือการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลตัดสินใจจะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ หรือไม่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และผู้ให้บริการด้านสุขภาพคือแหล่งประโยชน์สำคัญของอิทธิพลระหว่างบุคคลซึ่งมีผลทั้งเพิ่มหรือลดความยึดมั่นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นคุณค่าของตนเองความเครียดลดลงมีกำลังใจรู้สึกยังมีคนรักคอยห่วงใยและเอาใจใส่ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัว

การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักในการพยากรณ์ลำดับที่สองมีค่าเป็นบวกอธิบายได้ว่ามีความสอดคล้องกับกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ในด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (building healthy public policy)<sup>(25)</sup> ในปัจจุบันนโยบายของรัฐได้มีการกำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างชัดเจนในทุกระดับทั้งระดับประเทศ หน่วยงานชุมชนท้องถิ่นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งความเข้มแข็งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเป็นกลไกประสานความร่วมมือในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับหน่วยงานต่างๆในพื้นที่ที่รับผิดชอบใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของพื้นที่และเครือข่ายที่รับผิดชอบ

## ข้อเสนอแนะ

1. การสนับสนุนจากสังคมเช่น องค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับสาธารณสุขอำเภอ เข้ามาสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน เช่นการจัดตลาดนัดผักเพื่อสุขภาพ การจัดประกวดประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ดูแลสุขภาพดีประจำหมู่บ้าน ประจำตำบล ประจำอำเภอ หรือจัดหาสถานที่ อุปกรณ์และมีความสะดวกในการออกกำลังกาย เป็นต้น



2. การนำนโยบายด้านสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงนำมาปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น เช่นวัฒนธรรมการรับประทานอาหารที่ลด หวาน มัน เค็ม การจัดงานเลี้ยงฉลองที่งดเหล้า การรณรงค์เลิกบุหรี่ การรับรองร้านค้าในหมู่บ้านที่ปลอดภัย

### เอกสารอ้างอิง

1. WorldHealthOrganization.Cardiovascularisease.[internet]. 2014. [cited 2017 October 11] Available from:[http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/)
2. กระทรวงสาธารณสุขศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission>.
3. กระทรวงสาธารณสุขสำนักโรคไม่ติดต่อศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราการตายโรคไม่ติดต่อและบาดเจ็บ ประจำปีปฏิทิน พ.ศ. 2558. [อินเทอร์เน็ต] 2560[เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents>.
4. กระทรวงสาธารณสุขสำนักโรคไม่ติดต่อศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ.จำนวนและอัตราผู้ป่วยในโรคไม่ติดต่อประจำปีปฏิทิน พ.ศ. 2558.[อินเทอร์เน็ต] 2560 [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents>.
5. กระทรวงสาธารณสุขกรมควบคุมโรคสำนักโรคไม่ติดต่อ. คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน:ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2560. [อินเทอร์เน็ต] 2560. [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents>.
6. สถิติสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี 2560. [อินเทอร์เน็ต] 2560. [เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.spo.go.th/sso/uthong/>.
7. Green LW, Kreuter MW. Health Program Planning : An Education and Ecological Approach.4<sup>th</sup> ed. New York: Mc Graw-Hill; 2005.
8. สำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด. [อินเทอร์เน็ต] 2560. [เข้าถึงเมื่อ 15 ส.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents>.



9. บุญใจ ศรีสถิตินรากุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย; 2553.
10. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007;39:175-91.
11. Polit DF, Beck CT. Assentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization. 6<sup>th</sup> ed. London: Lippincott Williams & Wilkins ; 2006.
12. นุชรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2549.
13. สุพัตรา บัวที, จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์, ศิริอร สิ้นสุ. พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีวัยกลางคนที่อาศัยอยู่ที่บ้านลาดสระบัว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสภากาชาดพยาบาล. 2555;30(2):58-69.
14. อารีย์ เชื้อสวาทิ. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอำเภอลาด จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
15. รัชมน ภรณ์เจริญ น้ำอ้อย รักดีวงศ์, อัมภาพร นามวงศ์พรหม. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2553;16:279-92.
16. Pender N, Murdaugh C, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6<sup>th</sup> ed. Upper Saddle River NJ: Pearson Education LTD; 2011.
17. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายได้ประจำเฉลี่ยต่อคนต่อเดือนและรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคเฉลี่ยต่อคนต่อเดือน จำแนกตามกลุ่มประชากรตามระดับรายได้ (Quintile by income) ปี พ.ศ. 2531 – 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก [http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport\\_Final](http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final).
18. Lemstra M, Rogers M, Moraros J. Income and heart disease: Neglected risk factor. Canada Family Physician. 2015 Aug;61(8):698-704.



19. Yelena Bird, Mark Lemstra, Marla Rogers. The effects of household income distribution on stroke prevalence and its risk factors of high blood pressure and smoking: a cross-sectional study in Saskatchewan, Canada [internet] 2016 July 15 [cited 2017 March 1];137(2):114-21. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757913916657118>.
20. Janz NK, Champion VL, Strecher VJ, Glanz BK, Rimer FM, Editor. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 3<sup>rd</sup>ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
21. Schwarzer R. Optimism vulnerability and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Psychology & Health*. 1994;9(3):161-80.
22. สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี. พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี. โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
23. ดุษฎี พวงสุมาลย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลบางกรวยอำเภอบางกรวยจังหวัดนนทบุรี. [วิทยานิพนธ์]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2555.
24. ปวีตรา จริยสกุลวงศ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
25. World Health Organization. Milestones in health promotion statements from global conferences [internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [cited 2015 Oct 23]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf?ua=1>.