

# บทความวิจัย

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยทอง

กรุงเทพมหานคร

ณัฐนันท์ จันทพานิช\*

สุนีย์ ละกะปิ่น\*\* ปาหนัน พิทยภิญโญ\*\*\*

### บทคัดย่อ

ชายวัยทองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยกลุ่มดังกล่าวมีการลดระดับของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน และการศึกษาวิเคราะห์ของระดับ serum DHEA และ DHEA-S ที่ต่ำ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งกลุ่มเหล่านี้มีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 71.0 และเสียชีวิตร้อยละ 27.0 งานวิจัยพรรณนาเชิงวิเคราะห์นี้ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยทอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กลุ่มตัวอย่างเป็นชายวัยทอง เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร จำนวน 315 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามโครงสร้างคำถามในแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการถดถอยพหุ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.7) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยทองได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการปฏิบัติตัว ( $\beta = .553$ ) การรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $\beta = -.121$ ) การมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ( $\beta = .114$ ) และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ( $\beta = .093$ ) โดยสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยทองได้ร้อยละ 45.1 ( $p < 0.001$ )

จากข้อค้นพบในการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นความเสี่ยงของชายวัยทอง โดยกิจกรรมควรเน้นความตระหนักและเพิ่มทักษะ ความสามารถในการตนเอง

ให้สามารถจัดการกับสิ่งที่เป็อุปสรรคต่อการปฏิบัติตน และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ

**คำสำคัญ:** ชายวัยทอง/ โรคหลอดเลือดหัวใจ/ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

\* นักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## Factors Related to Coronary Artery Disease Prevention Behaviors among Men with Andropause in Bangkok

Natthanan Chanpanit\*

Sunee Lagampan\*\*Panan Pichayapinyo\*\*\*

### ABSTRACT

Men with andropause are at risk for coronary artery disease. This group has reduced the level of hormone testosterone. Reported low DHEA and DHEA serum levels are at risk for coronary artery disease. These groups also had at non-communicable diseases and Coronary artery disease was associated with coronary artery disease per 71.0% and death 27.0% This analytical descriptive research applied Health Belief Model as a conceptual framework in order to explore the coronary artery disease preventive behaviors among men with andropause in Bangkok and its related factors. The participants were 315 men with andropause randomly selected from Prawet District, Metropolitan Bangkok. Data were collected through structured interviews. Data analysis used descriptive statistics, Pearson's product moment correlation, and multiple regression analysis.

The results showed that most men with andropause have moderate level of coronary artery disease preventive behaviors (73.7%). Factors that significantly related to coronary artery disease preventive behaviors among men with andropause were self-efficacy toward coronary artery disease prevention (beta = .553), perceived barriers of coronary artery disease prevention(beta = -.121 ),history with chronic illness( beta = .114 ),and information consumption( beta = .093 ).These factors could be accounted for 45.1%of variance in coronary artery disease preventive behaviors (  $p < 0.001$ ).

Research findings suggested that Community Nurse Practitioner or Health Personnel should consider improving the coronary artery disease prevention behaviors among men with andropause.The prevention program that provide information related to coronary artery disease, enhancing self-efficacy toward prevention practice and reducing barrier perception should be organized and implemented for men with andropause.

**Key words:** Andropause/ Coronary Artery Disease/ Health Belief Model

---

\*Master student,Master of public Health Science major in Public Health Nursing, Faculty Health Mahidol University

\*\*Corresponding Author, Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Health Mahidol University

\*\*\*Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Health Mahidol University

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ชายวัยทอง (อายุ 40-59 ปี) เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางของร่างกายระดับฮอร์โมน และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในหลอดเลือดสูง จากปัจจัยดังกล่าว ส่งผลต่ออัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ<sup>1</sup> จากการศึกษาในปัญหาสุขภาพของชายวัยทอง ที่พบมากที่สุดคือโรคไขมันในหลอดเลือดสูงถึงร้อยละ 90.4 โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 11.1 และ 4.8 ตามลำดับ<sup>2</sup> และพบว่าชายวัยทองมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารไขมันสูง<sup>3</sup> ขาดการออกกำลังกาย และเกิดภาวะอ้วน (ร้อยละ 45.2)<sup>2</sup> ซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการศึกษาพบว่า อัตราป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในชายวัยทองมีสูงถึงร้อยละ 38.5<sup>4</sup> โดยพบมากในชายที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และพบมากเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับเพศหญิง<sup>6</sup> ในประเทศไทยพบอัตราป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในเพศชายอายุ 40-49 ปี ในอัตรา 14.40 ต่อ 100,000 ราย และเพศชาย อายุ 50-59 ปี ในอัตรา 53.91 ต่อ 100,000 ราย<sup>7</sup>

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease) มักมีสาเหตุมาจากมีโคเลสเตอรอลสะสมในหลอดเลือดหรือมีตะกอน (plaque) มาเกาะที่ผนังเส้นเลือดแดง ตะกอนเหล่านี้เรียกว่า Atheromatous plaque เป็นสาเหตุที่ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาและทำให้ช่องว่างภายในหลอดเลือดแดงตีบแคบลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดแดงซึ่งมีทั้ง ออกซิเจน และสารอาหารที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง กระบวนการของการสะสมของโคเลสเตอรอลและมีตะกอนในหลอดเลือดแดงนี้ทำให้เกิดการทำลายและการบาดเจ็บของเซลล์ผนังหลอดเลือด

และส่งผลให้มีการสะสมของไขมัน และสารต่างๆ โดยเฉพาะไขมันชนิดความเข้มข้นต่ำ (LDL) ที่จะมาฝังตัวและทำให้มีการทำลายบาดเจ็บของเซลล์ผนังหลอดเลือดมากขึ้น จนทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด<sup>8</sup> มีอาการหายใจไม่สะดวก ใจสั่น เหงื่อแตก ปวดแน่นบริเวณลิ้นปี่และหน้าอก<sup>9</sup> บางรายมีปวดแน่นบริเวณหน้าอกร้าวไปไหล่หรือบริเวณกรามและหลัง<sup>10</sup>

ชายวัยกลางคน ที่มักเรียกว่า “วัยทอง” มักมีระดับ hormone เพศชายลดลงตามสัดส่วนอายุที่มากขึ้น<sup>11</sup> เข้าสู่ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย (Androgen deficiency) ซึ่งทำให้ชายวัยทองมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะอ้วน และการเกิดกลุ่มอาการทางเมตาบอลิก (Metabolic syndrome) มีไขมันในหลอดเลือดสูง โดยเฉพาะ LDL, VLDL และมี HDL ลดลง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้หลอดเลือดแดงตีบแข็ง เสื่อมสภาพเร็วเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ<sup>12,13</sup>

กลุ่มชายเมื่อเข้าสู่วัยทองทำให้ร่างกายมีการผลิตฮอร์โมนเพศชายเทสโทสเตอโรนลดลง โดยเทสโทสเตอโรน ร้อยละ 95 สร้างจาก Leydig cell ที่อยู่ใน testis ควบคุมโดย Luteinizing hormone (LH) ซึ่งสร้างจาก anterior pituitary gland ภายใต้การควบคุมของ GnRH ที่สร้างจากสมองส่วน hypothalamus<sup>14</sup> ในส่วนของ Adreno corticotropic hormone (ACTH) ส่งผลต่อการกระตุ้นต่อมหมวกไต มีส่วนสำคัญในการสร้าง DHEA<sup>15</sup> จากสาเหตุดังกล่าว เมื่อเพศชายเข้าสู่วัยทองทำให้การสร้าง hormone เพศลดลง เกิดภาวะพร่องฮอร์โมน (Androgen deficiency) ส่งผลให้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจได้<sup>11</sup>

ในการศึกษาถึงภาวะสุขภาพของชายวัยทองพบว่ายังขาดเรื่องการออกกำลังกายในการดูแลตนเอง<sup>3</sup> การให้ความสำคัญในการรับประทานอาหารป้องกันโรค

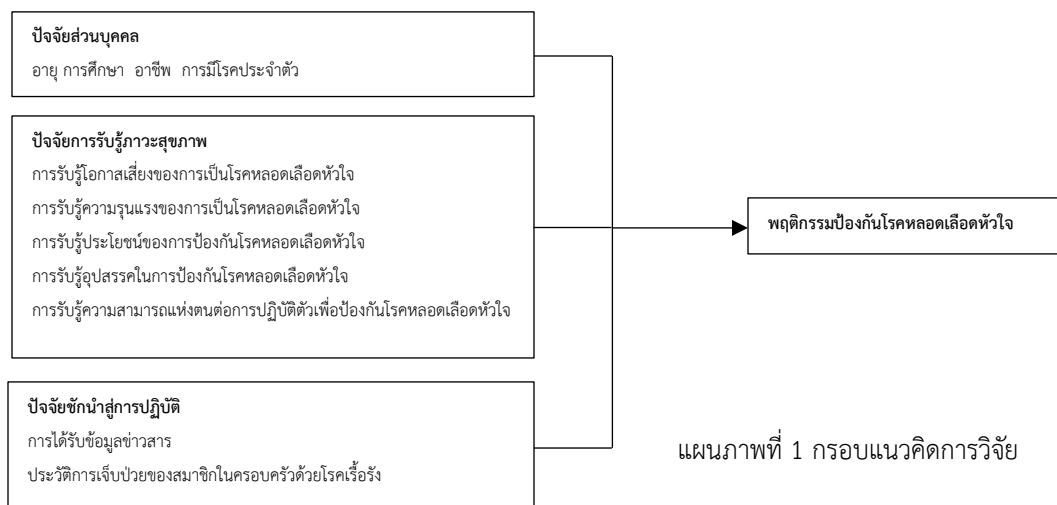
น้อย ซึ่งมีพฤติกรรมในการขอรับประทานอาหารสด ไขมันสูง<sup>16</sup> นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมในการสูบบุหรี่หรือ อยละ 57.3 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 39.0 ซึ่งพบว่าเป็น ปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับการ อ้วนลงพุง ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ<sup>17</sup> อีกทั้งใน การศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่นอาหารรสจัด ดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการสูบ บุหรี่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย

จากการศึกษาที่ผ่านมา เป็นการศึกษาในกลุ่มที่ เป็นโรคและได้รับการรักษา เน้นการตั้งรับ ยังไม่พบ การศึกษาในเชิงป้องกันโรคโดยเฉพาะกลุ่มชายวัยทอง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหลอดเลือด หัวใจ

จากข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพชายวัยทอง ปี 2555-2557 ในเขตประเทศ กรุงเทพมหานคร พบว่า อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีถึงหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 23.07,11.11และ 24.32 ตามลำดับ) และมี อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต้องรับการรักษา เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลถึงหนึ่งในสามของการเจ็บป่วย (ร้อยละ 34.2,35.1 และ 32.7 ตามลำดับ)<sup>18</sup> จากการ ทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งมีงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม

ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในประชากรชายวัยทอง น้อย ดังนั้นการศึกษานี้ จึงสนใจศึกษาถึง พฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในชายวัยทอง ประยุกต์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)<sup>19</sup> เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ การศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว) ปัจจัยการรับรู้ ภาวะสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค หลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการ ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยชก นำสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของสมาชิกใน ครอบครัว

ผลการศึกษาคงจะเป็นแนวทางให้แก่พยาบาลเวช ปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสุขภาพที่สนใจภาวะสุขภาพ เพศชาย เพื่อนำไปวางแผนปฏิบัติการในการป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สำหรับประชากรชายวัย กลางคน โดยมีกรอบแนวคิด ดังแผนภูมิที่ 1



### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด ของกลุ่มชายวัยทองในกรุงเทพมหานคร

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ของปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยทองกรุงเทพมหานคร

### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สามารถร่วมอธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยทองได้

### วิธีดำเนินการวิจัย

**แบบแผนการวิจัย** การศึกษานี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Analytic descriptive research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional studies)

**ตัวอย่างที่ศึกษา** คือ ชายวัยทองที่มีอายุ 40-59 ปี อาศัยอยู่ในเขตประเวศกรุงเทพมหานคร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2005)<sup>20</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 315 ราย ตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) จากประชากรชายวัยทองที่อาศัยในเขตประเวศ กรุงเทพมหานคร โดยจำแนกพื้นที่ ในเขตประเวศ เป็น 3 แขวง ได้แก่ แขวงประเวศ แขวงดอกไม้ แขวงหนองบอน และสุ่มชุมชนจากแต่ละแขวงตามสัดส่วนของจำนวนชุมชน จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า (ชายวัยทองอายุ 40-59 ปี

สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และสมัครเข้าร่วมการวิจัยเมื่อได้รับการชี้แจง) ตามสัดส่วนของประชากรชายวัยทองของแต่ละชุมชน ชายวัยทองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีโรคหลอดเลือดสมองโรคไตเรื้อรัง จะถูกคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามาศึกษาป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และบางคนไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี จึงไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่ อีกทั้งไม่มีอาการทางคลินิก จึงไม่รับรู้โอกาสเสี่ยง และอาการทางวัยทองส่วนใหญ่เกิดในเพศหญิง ในเพศชายไม่น่าเกี่ยวข้องกัน จึงขาดความตระหนักและเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง

**เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย** เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับคลินิกวัยทอง และด้านพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาในเครื่องมือได้ค่าดัชนีความตรง (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.85 ในทุกชุดเครื่องมือประกอบด้วย

**ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล** เป็นคำถามเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ลักษณะข้อคำถามเป็นชนิดให้เลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

**มาตรวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ** เป็นคำถามเกี่ยวกับความเชื่อ หรือการคาดคะเนของชายวัยทองว่าตนเองมีโอกาสเกิดหรือมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากภาวะพร่อง hormone และการเปลี่ยนแปลงตามวัย เป็นแบบวัดชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จาก ไม่เห็นด้วยมากที่สุด (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 9 ข้อ มีคะแนนอยู่ในช่วง 9-45 คะแนนและค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดแอลฟา

ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.86

**มาตรวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ** เป็นคำถามเกี่ยวกับความเชื่อของชายวัยทองที่ประเมินตนเองในด้านความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีผลต่อร่างกาย ก่อให้เกิดการเสียชีวิต เกิดความยากลำบาก และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา กระทั่งต่อภาวะเศรษฐกิจและการสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม เป็นแบบวัดชนิดมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จาก ไม่เห็นด้วยมากที่สุด (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 9 ข้อ มีคะแนนอยู่ในช่วง 9-45 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89

**มาตรวัดการรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ** เป็นคำถามเกี่ยวกับความเชื่อของชายวัยทองต่อการยอมรับว่าการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลสุขภาพเช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายอย่างเพียงพอ และการจัดการความเครียด จะก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์ และป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ เป็นแบบวัดชนิดมาตรประมาณค่า 5 ระดับจาก ไม่เห็นด้วยมากที่สุด (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 9 ข้อ มีคะแนนอยู่ในช่วง 9-45 คะแนนค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.91

**มาตรวัดการรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ** เป็นคำถามเกี่ยวกับความเชื่อของชายวัยทองว่าตนเองมีสิ่งกีดขวาง การทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น ไม่มีเวลา รู้สึกไม่สะดวกสบาย มีภาระหน้าที่รับผิดชอบ มีข้อจำกัดใน

ทรัพยากรที่เอื้อต่อการทำพฤติกรรม เป็นแบบวัดชนิดมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากไม่เห็นด้วยมากที่สุด (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 9 ข้อ มีคะแนนอยู่ในช่วง 9-45 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.77

**มาตรวัดการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ** เป็นคำถามเกี่ยวกับ ความเชื่อมั่นในตนเองของชายวัยทองว่าตนเองมีความสามารถทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ไม่ว่าจะอยู่ในเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อมอย่างไร เป็นแบบวัดชนิดมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากไม่มั่นใจมากที่สุด (1 คะแนน) ถึง มั่นใจมากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 10 ข้อ มีคะแนนอยู่ในช่วง 10-50 คะแนนค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89

**มาตรวัดการได้รับข้อมูลข่าวสาร** เป็นคำถามเกี่ยวกับ การได้รับข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่นเจ้าหน้าที่สุขภาพ คำแนะนำจากกลุ่มเพื่อนหรือสถานที่ทำงาน จากสื่อมวลชน (ข้อมูลข่าวสารทางหนังสือพิมพ์ วารสาร ทีวี วิทยุ อินเทอร์เน็ตและอื่นๆ) เป็นแบบวัดชนิดมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากได้รับน้อยที่สุด (1คะแนน) ถึง ได้รับมากที่สุด (5 คะแนน) มีจำนวน 7 ข้อ ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 7-35 คะแนน มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87

**มาตรวัดพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ** เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของชายวัยทอง ในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการความเครียด

เป็นแบบวัดชนิดมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากไม่เคยปฏิบัติ ( 1 คะแนน ) ถึง ปฏิบัติเป็นประจำ ( 5 คะแนน ) มีจำนวน 18 ข้อ คะแนนอยู่ในช่วง 18- 90 คะแนน มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.73

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามโครงสร้างคำถามของมาตรวัด ในช่วงเดือน พฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2559 ภายหลังจากที่โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ( IRB No. MUPH 2016-067 )

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ในการนำเสนอ ผลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยทอง และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยทอง ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน วิเคราะห์ความสามารถในการอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของปัจจัยต่างๆ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุ กำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบสมมติฐานที่ .05

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นชายวัยทอง จำนวน 315 คน มีอายุอยู่ในช่วง 55-59 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 31.1 ) รองลงมา คือ กลุ่มอายุในช่วง 45-49 ( ร้อยละ 26.3 ) อายุเฉลี่ย 50.33 ปี (S.D. = 5.81 ) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 81.0 ) มีการศึกษาอยู่ในช่วง

ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ถึง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มากที่สุด (ร้อยละ 30.5) รองลงมาคือชั้นประถมศึกษาปีที่4 ถึง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 21.9) กลุ่มตัวอย่างหนึ่งในสามมีอาชีพรับจ้างรายวัน (ร้อยละ 36.8) รองลงมาคือ พนักงานบริษัทเอกชน (ร้อยละ 24.8) และกลุ่มตัวอย่างประมาณสองในห้า มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 39.7) พบเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.3 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 20.6 กลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 3 มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน (ร้อยละ 65.8 ) กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวไม่มีประวัติการใช้ฮอร์โมนรักษาหรือทดแทน ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษารับยาต่อเนื่องด้วยอาการป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.7 พฤติกรรมที่พบคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสจัด

**ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ** ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง (ร้อยละ 83.8 ) รองมา คือระดับปานกลาง ( ร้อยละ 15.9 ) การรับรู้ความรุนแรงการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง ( ร้อยละ 73.3 ) รองมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 25.7) มีการรับรู้ประโยชน์ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง (ร้อยละ 90.5 ) รองมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 9.5) ประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในระดับปานกลาง ( ร้อยละ 47.0 ) รองมา คือ ระดับสูง ( ร้อยละ 32.1) และมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.9) รองมา คือ ระดับสูง (ร้อยละ 26.0 )

**ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ** พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46.7) รองมาคือ ระดับต่ำ ร้อยละ 41.3 และ



กลุ่มตัวอย่างสองในห้า มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 40.0) โดยพบว่าเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 28.9 และ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.9

**พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยทอง** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรม

ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง ( ร้อยละ 73.7 ) รองลงมา คือ ระดับสูง ( ร้อยละ 20.6 ) (ดังตารางที่ 1) และชายวัยทองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมที่ไม่สูบบุหรี่มากที่สุด รองลงมา คือ พฤติกรรมการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และมีพฤติกรรมออกกำลังกายน้อยที่สุด (ดังตารางที่ 2)

**Table 1.** Number and percentage of the andropause men samples by the preventive behaviors of coronary artery disease (n = 315).

Prevention behaviors of coronary artery disease	Number	%
Hight level ( 66 – 90 score )	65	20.6
Moderate level ( 42 – 65 score )	232	73.7
Low level ( 18 – 41 score )	18	5.7
Mean = 56.59 , S.D. = 9.42 , Min – Max = 31 - 83		

**Table 2** Descriptive statistics of coronary artery disease prevention behaviors of andropause each side (n = 315).

Prevention behaviors of coronary artery disease	Mean	S.D.	Min	Max
Smoking behaviors	3.44	1.33	1.00	5.00
Drinking alcohol behaviors	3.22	1.05	1.00	5.00
Consumption behaviors	3.11	0.50	1.83	4.50
Stress Management behaviors	3.08	0.88	1.00	5.00
Exercise Behavior	2.90	0.93	1.00	5.00

**ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของชายวัยทอง**

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรที่นำมาศึกษาพบว่า มีเพียง การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (b = .682)

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (b = -.135) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัว (b = 2.195) และการได้รับข้อมูลข่าวสาร (ทางสื่อต่างๆ) เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยทอง (b = .151) ที่สัมพันธ์ถดถอยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยสามารถร่วมอธิบายได้ร้อยละ 45.1 (R<sup>2</sup>)



= 0.451,  $F_{(7,307)} = 20.677$ , p - value < .001) ดังตารางที่ 3

**Table 3.** Multiple regression coefficients of the variables that best predict the behavior of andropause , prevent coronary artery disease in Prawet district, Bangkok from individual factors, perceived health status factors and cue to action (n = 315).

Variable orders	R <sup>2</sup> - change	b	beta	t	p-value
1. Self efficacy to prevent coronary artery disease	.407	.682	.553	11.361	0.001
2.Perceived barriers to prevent coronary artery disease	.009	-.135	-.121	-2.641	0.001
3.Perception familial history of chronic diseases	.014	2.195	.114	2.646	0.001
4.News and information consumption related to coronary artery disease	.007	.151	.093	2.008	0.046

\*Constant = 35.495 R<sup>2</sup> = 0.451 R<sup>2</sup> Adjust = .429  $F_{(7, 307)} = 20.677$  p - value < .001

### อภิปรายผลการวิจัย

#### พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

#### ของชายวัยทอง

ผลการศึกษาวัยทองครั้งนี้เป็นผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของเขตประเทศ กรุงเทพมหานคร ไม่สามารถอ้างอิงถึงพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยทองทั้งหมดได้ จึงแนะนำในการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มมากขึ้นในเขตกรุงเทพมหานคร ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.7 เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 66.4) รองมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 50.4) และโรคไขมันในหลอดเลือดสูง ร้อยละ 9.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีดัชนีมวลกายอยู่ระดับสูงกว่าปกติ (อ้วน) ถึงร้อยละ 65.8 โดยอยู่ในระดับอ้วน (โรคอ้วนระดับที่ 2) จำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 32.1) รองมาคือ ท้วม (โรคอ้วนระดับที่ 1)

ร้อยละ 28.9 และกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวปฏิเสธการใช้ฮอร์โมนเพื่อการบำบัด

ชายวัยทองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบภายในพฤติกรรมย่อยที่ศึกษาพบว่าชายวัยทองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสูบบุหรี่พบมากที่สุด รองลงมาคือ พฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมจัดการความเครียด และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกันจากการสำรวจสถานการณ์สูบบุหรี่ของประชากรไทยพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ลดลงจากปี 2519 ซึ่งมีผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 30.1 ลดลงเหลือร้อยละ 20.6 ในปี 2544 ซึ่งกลุ่มชายวัยกลางคนหันมาใส่ใจสุขภาพของตนเองมากขึ้น<sup>21</sup> ร่วมกับอายุที่มากขึ้นเริ่มมีพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่<sup>22</sup> และในการศึกษาที่พบว่าชายวัยทองมี

พฤติกรรมไม่ดื่มแอลกอฮอล์นั้น พบว่า ชายวัยทองมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ มากกว่า 20 กรัมต่อวันหรือ 25 ซีซีต่อวัน บางครั้ง ร่วมกับการดื่มในงานเลี้ยงบางครั้ง หากร่วมงานสังสรรค์ ใช้การดื่มน้ำเปล่าหรือน้ำผลไม้แทนการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งผลการศึกษานี้แตกต่างจากการสำรวจประชากรไทย ที่พบว่าชายวัยกลางคนมีสัดส่วนของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าทุกกลุ่มวัยโดยพบอัตรา 38.2 ต่อแสนประชากรและกลุ่มนี้มีปริมาณการดื่มที่สูงกว่าเพศหญิงถึง 4 เท่า โดยเฉลี่ยดื่มทุกวันอยู่ที่ร้อยละ 26.2<sup>23</sup>

### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยทอง

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยทอง และสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงได้ถึงร้อยละ 45.1 ได้แก่การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผลการศึกษานี้สนับสนุนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในบางส่วน ได้แก่ อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถแห่งตน ที่เพิ่มเข้าในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ<sup>19</sup> ซึ่งเป็นการที่บุคคลประเมินถึงความสามารถของตนเองว่าจะสามารถประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆแม้ว่าจะมีเงื่อนไขต่างๆเกิดขึ้น เป็นความแตกต่างระหว่างบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงในการทำพฤติกรรม<sup>24</sup> การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลต่อการทำพฤติกรรมป้องกันโรคของชายวัยทอง ซึ่งสนับสนุนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ว่าใน

กระบวนการตัดสินใจว่าจะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมใดๆ นั้นบุคคลมักพิจารณาถึงอุปสรรคต่างๆเสมอและหากบุคคลรับรู้หรือให้น้ำหนักต่อสิ่งที่คิดว่าเป็นอุปสรรค ก็ จะส่งผลให้บุคคลนั้นไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ<sup>19</sup> ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดและหัวใจของพนักงานทำความสะอาดในวัยก่อนหมดประจำเดือน กรุงเทพมหานคร<sup>25</sup> และการศึกษาของ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงและรับรู้อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประเทศเกาหลี<sup>26</sup> และผลการศึกษาที่ว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการทำถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ<sup>27</sup> ร่วมกับผลศึกษาที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคหรือการขัดขวางการรับประทาน อาหารเฉพาะโรคมีผลต่อการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารที่ช่วยในการป้องกันโรคของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ<sup>28</sup>

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค เมื่อพิจารณาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจแต่ละด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างชายวัยทองมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ทำได้ดีที่สุด และพฤติกรรมในด้านการออกกำลังกาย พบน้อยที่สุด จากสื่อต่างๆ ทั้งจากสื่อสารมวลชนเช่น โทรทัศน์ วิทยุ ผ่าน หรือจากการสอนแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ ที่รณรงค์ในเรื่องนี้ รวมถึงการมีประสบการณ์บุคคลใกล้ชิดญาติ ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน

โรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยทอง เนื่องจากสิ่งชักนำเหล่านี้เป็นการให้ข้อมูลที่เตรียมความพร้อมของบุคคลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้บุคคลพร้อมที่จะปฏิบัติ<sup>29 30</sup> ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดชัยนาท<sup>31</sup> และการได้รับข้อมูลข่าวสารร่วมกับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ<sup>28</sup> และการมีประวัติเรื่องการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ปัจจัยความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรมการป้องกันโรค<sup>32</sup> ( รวมถึง การมีครอบครัวที่มีโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกาย<sup>33</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

#### จุดอ่อน

1.งานวิจัยเชิงพรรณานววิเคราะห์นี้ทำการศึกษาในกลุ่มชายวัยทองเขตประเทศ กรุงเทพมหานครเท่านั้น จึงไม่สามารถอ้างอิงถึงประชากรทั้งกลุ่มของชายวัยทองทั่วกรุงเทพมหานครหรือเขตอื่นๆได้

2.กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นกลุ่มที่ไม่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงทราบพฤติกรรมเฉพาะกลุ่มที่ไม่เป็นโรค

#### จุดแข็ง

1.กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือการใช้ฮอร์โมนทดแทน ข้อมูลที่ได้จึงเป็นข้อมูลเฉพาะกลุ่มและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน

#### สรุปข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารศูนย์บริการสาธารณสุขควรสนับสนุนนโยบายและให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองโดยการผลิตสื่อในการให้ความรู้แก่ประชาชนและกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสุขภาพและการเสริมสร้างศักยภาพในการปฏิบัติตัว ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการสูดดมควันบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่บริโภคอาหารไขมันสูง ออกกำลังกายเพียงพอ และการจัดการความเครียด เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. เจ้าหน้าที่สุขภาพควรให้ความรู้และคำแนะนำต่อการรับรู้ปัญหาสุขภาพแก่กลุ่มที่ไม่มีและมี ของญาติพี่น้องที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังถึงความเสี่ยง ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง

#### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างชายวัยทองในเขตประเทศทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยและบริษัท หัสติน เซอร์วิส ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนอุปกรณ์ในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัยในครั้งนี้

**เอกสารอ้างอิง**

1. Ito, K., Yoshida, H., Yanai, H., Kurosawa, H., Sato, R., Manita, D., Tada, N., Relevance of intermediate-density lipoprotein cholesterol to Framingham risk score of coronary heart disease in middle-aged men with increased non-HDL cholesterol. *International Journal of Cardiology*.2013; 168(4), 3853-3858.
2. Utsom N. Andropausal syndrome and Health risk status among Andropausal Men in Mae in Mae Park subdistrict, Wang chin District, Phrae Province. [M.sc. Thesis in Master of science (Public Health)]. Chiang Mai. Faculty of Graduate studies, Chiang Mai university. 2009. (in Thai)
3. Linlawan S. Incidence and risk factors of obesity in personnel of Phrachomklao Phechaburi hospital. *Journal region 4-5 medical*.2011;30(3):245-259. ( in Thai )
4. Nag, T., & Ghosh, A. Cardiovascular disease risk factors in Asian Indian population: A systematic review. *J Cardiovasc Dis Res*.2013; 4(4), 222-228.
5. Cipriano Jr, G., Neves, L. M. T., Cipriano, G. F. B., Chiappa, G. R., & Borghi-Silva, A. Cardiovascular Disease Prevention and Implications for Worksite Health Promotion Programs in Brazil. *Progress in Cardiovascular Diseases*.2014; 56(5), 493-500.
6. Mozaffarian, D., et al. "Heart disease and stroke statistics--2015 update: a report from the American Heart Association." *Circulation*.2015; 131(4): e29-322.
7. Policy and Strategy, Ministry of Public Health. [Internet]. 2013 [cited 2014 July 27]. Available from <http://www.bps.moph.go.th/>. (in Thai )
8. Mandal A ., Coronary Artery Disease Pathophysiology. [Internet]. 2014 [cited 2014 november 24 ] . Available from <http://www.newsmedical.net/health/Coronary-Artery-Disease-Pathophysiology.aspx> . (in Thai )
9. Carlton, E. W., Than, M., Cullen, L., Khattab, A., & Greaves, K. 'Chest Pain Typicality' in Suspected Acute Coronary Syndromes and the Impact of Clinical Experience. *The American Journal of Medicine*.2015; 128(10), 1109-1116.
10. Hopkins T., *Med Surg Notes Nurse's Clinical Pocket Guide*, 3rd Edition. F.A. Davis Company; 2011.
11. Hyde, Z., Norman, P. E., Flicker, L., Hankey, G. J., Almeida, O. P., McCaul, K. A., Yeap, B. B. Low free testosterone predicts mortality from cardiovascular disease but not other causes: the Health in Men Study. *J Clin Endocrinol Metab* .2012; 97(1), 179-189.

12. Woo, K.-m. C., & Schneider, J. I., High-Risk Chief Complaints I: Chest Pain—The Big Three. *Emergency Medicine Clinics of North America*.2009; 27(4), 685-712.
13. Traish, A. M. and K. E. Kypreos,. "Testosterone and cardiovascular disease: An old idea with modern clinical implications." *Atherosclerosis* 214.2011;(2): 244-248.
14. Chanthayanee, B. Aging male: men's health through the ages. Bangkok: beyond enterprise; 2544. page 66-74. (in Thai )
15. Theppisai A , Health of andropausal - menopause. Khawfang Printing. Bangkok: 2547. (in Thai )
16. Wisanmanit A S. Relationships between perceived self-efficacy and health-promoting behaviors of a transitional aged population in Klongtom district, Krabi province .[M.N.S Thesis in Aging Nursing]. Songkhla : Songkhla nakarin university; 2004. (in Thai)
17. Schwarz, E. R., Phan, A., & Willix, R. D . Andropause and the development of cardiovascular disease presentation—more than an epi-phenomenon. *Journal of Geriatric Cardiology : JGC*, 8(1), 35-43. 2011.
18. Sirindhorn Hospital, Medical service Department, Bangkok, statistical morbidity and mortality in coronary heart disease and non-communicable disease, [Internet], 2014 [cited 2014 December 11]. Available from <http://www.sirindhornhosp.go.th/>. (in Thai)
19. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K ,. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 4th ed. John Wiley and Sons; San Francisco. 2008.
20. Daniel, W.W, (2005). Biostatistic: A foundation for analysis in the health sciences ( 8th ed.). USA ; John Wiley & Sons, 187.
21. Department of health promotion, Annual report 2001 [Internet]. 2001 [cited 2016 July 27]. Available from <http://www.thaihealth.or.th/book/list/8>.
22. Benjakul S., Report prognosis and Health Issues: Tobacco use Trends in Thai people, 1st Bangkok: report Bureau of tobacco control Ministry of Public Health. 2014. (in Thai)
23. Nation statistical office. Annual report statistical. [Internet ]. 2014 [cited 2016 september 2]. Available from <http://nso.go.th/>. (in Thai )
24. Janz NK, Champion VL, Strecher VJ., The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, editors. Health Behavior

- and Health Education. John Wiley and Sons; San Francisco.2002.
25. Thimoonee M.Factors Related to Preventive Behavior for cardiovascular Disease in Premenopausal cleaning personel.Kuakarun Journal of Nursing.2016;23(1):118-132.(in Thai)
26. Kang, Y., & Yang, I. S., Cardiac self-efficacy and its predictors in patients with coronary artery diseases. *J Clin Nurs*, 22(17-18).2013; 2465-2473.
- 27.Sornpirom S.Factors effecting exercise behavior of patients with coronary artery disease post percutaneous coronary intervention.[M.N.S Thesis in Adult Nursing].Kaon Kaen:Faculty of Graduate studies,Khon Kaen university;2009.(in Thai)
- 28.Boomeesrichap A.Factors Related food consumptions behavior among with coronary artery disease.[M.N.S. Thesis in Adult Nursing].CHON BURI:Burapa university;2007.(in Thai)
29. Gipson, P& King,C,. Health Behavior Theories and Research: Implications for Suicidal Individuals' Treatment Linkage and Adherence. *Cogn Behav Pract*.2012;19(2): 209 -217.
30. Mark Edberg,.Essentials of Health Behavior.Social and Behavioral Theory in Public Health Second Edition . Jone & Bartleett Learning.2015.
- 31.Buathum P,Yodthongdi N,Kulrattunawiro P.Health Promoting Behavior of Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension at the Chainat Province.Khon Kaen journal for Public Research.2014;7(1):50-57.( in Thai )
- 32.Acheson,L.S.,Wang,C.,Zyzanski,S.J.,Lynn, A.,Ruffin,M.T.,Gramling,R.,Nease,D.E.,Family history and perceptions about risk and prevention for chronic diseases in primary care: A report from the Family Healthcare[trade] Impact Trial. *Genet Med*, 12(4), 212-218.Fam Physician.2010; 72(1), 119-126.
- 33.Pisai A.,Relation of factors affecting health behavior amongadults. Thamasat Medical Journal. 2013;3(13):352-360.(in Thai)