

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

ปริญญานิพนธ์
ของ
วีรณัฐ ไตรรัตน์โนภาส

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
ตุลาคม 2545

62-0436

7-5-57 W

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

บทคัดย่อ

ของ

วีรณัฐ ไตรรัตน์ภาส

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

ตุลาคม 2545

๒๑๕๖๖๖

วีรณัฐ ไตรรัตน์ภาส. (2545). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี. ปรินท์งานพิมพ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม
: รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิลลิตร์เวที ประธาน, อาจารย์ อนันต์ มลารัตน์

การศึกษาครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส
ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับดัชนีมวลกาย และศึกษาความสัมพันธ์
ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และการรับรู้ความ
สามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
ราชบุรี จำนวน 230 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling) เครื่องมือ
ที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ
คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที (Student's t – test) วิเคราะห์
ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรีมีพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี
2. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีระดับ
การศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส และความพอเพียง
ของรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน
4. การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความ
สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05
5. การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

HEALTH PROMOTING BEHAVIOR IN THE ELDERLY WITH CORONARY
HEART DISEASE AT OUT PATIENT DEPARTMENT, RATCHABURI HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
VEERANUCH TRIRATNOPAST

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
October 2002

Veeranuch Triratnopast. (2002). Health Promoting Behavior in the Elderly with Coronary Heart Disease at Out Patient Department, Ratchaburi Hospital. Master thesis, M.Ed. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof. Dr. Thada Wimonwatwatee, Lecf. Anan Malarat.

The objectives of this study were to determine the health promotion behavior of elderly with coronary heart disease at Out Patient Department, Ratchaburi Hospital; to compare the health promotion behavior of the subjects with various variables : sex, age, education level, marital status, sufficient of income, duratio of illness, and body mass index; and to study the correlation between the perceived benefits of action, perceived barrier to action, and perceived self-efficacy of the subjects with their health promotion behavior.

The subjects consisted of 230 elderly with coronary heart disease at Out Patient Department, Ratchaburi Hospital. They were selected by accidental sampling method. The questionnaires were constructed by the researcher and were used to collect the data. The data were analized for percentage, mean, standard deviation, student's t-test, One-way analysis, and Pearson product moment correlation coefficient.

Results of the study are the followings:

1. The subjects had a health promotiion behavior at a good level.
2. The subjects with difference in education level, duration of illness, and body mass index were statistically significant different in their health promotion behavior.
3. The subjects with difference in sex, age, marital status, and sufficient of income were not significantly different in their health promotion behavior.
4. A positive correlation between perceived benefits of action and the health promotion behavior of the subjects was statistically significant. Also, a positive correlation between perceive self-efficacy and the health promotion behavior of the subjects was statistically significant.
5. A negative correlation between perceived barrier of action and the health promotion behavior of the subjects was statistically significant.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

ของ
นางวิวนุช ไตรรัตน์ภาส

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คนบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพร หะวานนท์)
วันที่ ๔ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๕

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที)

..... กรรมการ
(อาจารย์ อนันต์ มลารัตน์)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌิมามกุล)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(เรื่อโท ดร. ไพบุลย์ อ่อนมั่ง)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากผู้วิจัยได้รับความกรุณาจาก
รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์
อาจารย์ อนันต์ มลารัตน์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่ได้ให้คำปรึกษา คำแนะนำ
ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจและแก้ไข
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ขอขอบคุณ อาจารย์วิรดา อรรถเมธากุล ที่ช่วยเหลือ
ให้คำแนะนำในด้านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ขอขอบคุณผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนก
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมชั้นปริญญาโท ภาคพิเศษ เอกสุขศึกษาและเพื่อนร่วมงาน
ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา

ขอขอบคุณ คุณสันทิส ไตรรัตน์ภาส สามิผู้เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือ
สนับสนุนตลอดระยะเวลาการศึกษา และขอขอบใจลูก ๆ ทุกคนที่เป็นเสมือนร่างกายและ
วิญญาณให้ผู้วิจัยมีสติและมีวิริยะอุตสาหะ

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่สุรี โกมลกิตติศักดิ์ ผู้เป็นกำลังใจอันสำคัญยิ่งต่อผู้วิจัย
ในทุก ๆ ด้าน รวมทั้งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ด้วย

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบอบแต่ คุณพ่อ คุณแม่
ครูอาจารย์ที่ได้อบรมสั่งสอนและวางรากฐานทางการศึกษาแก่ผู้วิจัย

วีรณช ไตรรัตน์ภาส

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	4
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	5
	ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	5
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	5
	ตัวแปรที่ศึกษา.....	6
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	10
	สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	11
2	เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	13
	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.....	13
	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	20
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	42
	งานวิจัยในต่างประเทศ.....	42
	งานวิจัยในประเทศไทย.....	43
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	46
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	46
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	47
	ลักษณะของเครื่องมือ.....	47
	ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	48
	เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย.....	48
	การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	51

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ) การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	53
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	74
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	74
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	74
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	74
วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	75
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	77
อภิปรายผล.....	78
ข้อเสนอแนะ.....	88
บรรณานุกรม.....	90
ภาคผนวก.....	104
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	129

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	จำนวน และ ค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับดัชนีมวลกาย.....	60
2	คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี.....	62
3	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ราชบุรี จำแนกตามเพศ.....	63
4	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามอายุ.....	64
5	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ราชบุรี จำแนกตามอายุ.....	64
6	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา.....	65
7	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ราชบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา.....	65
8	ผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา.....	66

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง

หน้า

9	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	67
10	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามความพอใจเพียงของรายได้.....	67
11	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามความพอใจเพียงของรายได้.....	68
12	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย.....	68
13	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย.....	69
14	ผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย.....	70
15	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ราชบุรี จำแนกตามระดับดัชนีมวลกาย.....	70
16	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามระดับดัชนีมวลกาย.....	71
17	ผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามดัชนีมวลกาย.....	71

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง

หน้า

18	แสดงค่าของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนก ตามการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และการรับรู้ความสามารถ.....	72
19	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของ การกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี.....	73
20	ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี.....	124
21	ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การรับรู้ประโยชน์ของ การกระทำ.....	126
22	ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การรับรู้อุปสรรคของ การกระทำ.....	127
23	ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง.....	128

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

- | | | |
|---|--|----|
| 1 | กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า..... | 11 |
| 2 | รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ 1996..... | 27 |

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันแบบแผนการเจ็บป่วยของประชากรไทย ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กล่าวคือ อัตราการเจ็บป่วยจากภาวะกลุ่มโรคติดเชื้อลดลง และกลุ่มโรคไม่ติดเชื้อเพิ่มขึ้น วิศาล คันธารัตนกุล และคณะ (2538 : 71) กล่าวว่า แนวโน้มของการเกิดโรคต่างๆทางซีกโลกภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะคล้ายคลึงกับการเกิดโรคต่างๆในซีกโลกภาคตะวันตก ถ้าสภาพแวดล้อมและการดำรงชีวิตของประชากรในซีกโลกตะวันออกเฉียงเหนือเดินทางตามการดำเนินชีวิตของประชากรในซีกโลกภาคตะวันตกเช่นนี้ไปตลอด ดังรายงานอัตราการป่วยด้วยโรคหัวใจในปี พ.ศ. 2538 ที่พบว่าประเทศไทยมีอัตราการผ่าตัดหัวใจโดยประมาณถึง 1,000 รายต่อปี กมล สินธุวานนท์ และคณะ (2540 : 24) กล่าวว่า อัตราการตายจากโรคหัวใจจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ถ้าไม่ได้เริ่มทำการป้องกันและควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดำรงชีวิตของประชากรไทยได้ เปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าจะเป็นความเครียดจากการทำงาน การต้องต่อสู้ดิ้นรนเพื่อความอยู่รอด การแข่งขันในการดำรงชีวิตและภาวะมลพิษโดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรม การบริโภคที่ได้รับอิทธิพลมาจากซีกโลกตะวันตก ทำให้ประชากรไทย เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจมากขึ้น และจากรายงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2543 พบว่า สาเหตุการเสียชีวิต อันดับหนึ่งของประเทศไทยคือ โรคหัวใจและระบบไหลเวียน (ร้อยละ 98.6 ของจำนวนการเสียชีวิตทั้งหมด) และผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและระบบไหลเวียนนี้ พบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุด (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2543) โดยโรคนี้พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงและพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย กลุ่มที่มีความเครียดสูง มีบุคลิกภาพชนิด เอ และในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคอ้วน (วิศาล คันธารัตนกุล และคณะ. 2538 : 62)

จากการศึกษาของ ไรซ์ และคณะ (Rice, et al. 1985 : 61-80) พบว่า เมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีอัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 75-84 ปี จะมีอัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของคนที่มีอายุระหว่าง 65-74 ปี จากรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2539 ของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า โรคที่ผู้สูงอายุเสียชีวิตมากที่สุด คือ โรคหัวใจ รองลงมาคือ โรคมะเร็ง และเบาหวาน ตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจมีอัตราตายเพิ่มจาก 245 ต่อ ประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เป็น 356.1 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2540 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2542 : 139)

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น มีไขมันเกาะได้ง่าย และมีระดับไขมันในเลือดสูง ก่อให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าระดับไขมันในเลือดสูงสามารถแก้ไขหรือชะลอมิให้เกิดขึ้นได้ ถ้ามีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ (1) การรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง (2) การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (3) การสูบบุหรี่ และ (4) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีนเป็นประจำ จะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือภาวะของโรคที่รุนแรงเพิ่มขึ้น (พรณี เสถียรโชค. 2536 : 433)

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตของคนไทยเมื่อเป็นแล้วผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากการเจ็บหน้าอกและเหนื่อยง่าย เมื่อหัวใจขาดเลือดเปรียบเหมือนคนขาดอาหาร เพราะเลือดนำพาอาหารและออกซิเจนไปให้หัวใจ คนขาดอาหารก็ขาดกำลังงาน หัวใจขาดเลือดก็ขาดแรงบีบตัว (แรงคลายตัวด้วย) ทำให้ปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจน้อยลง เกิดภาวะหัวใจวายช้าๆ และถ้าการเดินของหัวใจผิดจังหวะด้วย หัวใจก็จะวายมากและเร็วขึ้น สมรรถภาพร่างกายและจิตใจก็จะเสื่อมถอย มีอาการอ่อนเพลีย เมื่อยล้า หดหู่ เบื่อหน่าย ถ้าหัวใจขาดเลือดมากและทันทีทันใดจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้นได้ (สันต์ ใจยอดศิลป์ และคณะ. 2540 : 42)

จากการศึกษาของพัฟเฟินบาร์เกอร์ และคณะ (Paffenbarger, et al. 1978 : 108 - 161) พบว่า คนที่ออกกำลังกายทุกวัน มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่าคนที่ไม่ออกกำลังกาย และผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า เบนแฟนท์ และแฟรงค์ (Benfante & Frank. 1991 : 879) ได้ให้ข้อคิดว่าผลของการที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จะไม่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างทันทีทันใด จะต้องกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นระยะเวลายาวนาน ดังนั้นจึงพบโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้บ่อยในวัยสูงอายุและวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชริ ดันศิริ (2536 : 315) ยังได้กล่าวเพิ่มเติมว่าเมื่อผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแล้ว ถ้ายังปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบรุนแรงเพิ่มมากขึ้นอีก อาจเสียชีวิตได้ง่ายเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ภาวะหัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจล้มเหลว และกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากเสียชีวิตได้ง่ายแล้วผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีพิเศษซับซ้อน เสียค่าใช้จ่ายในราคาที่แพงและใช้เวลามากขึ้นในการรักษาในโรงพยาบาล ดังรายงานของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2543 : 48 ที่ได้สรุปรายงานจากสำนักงานประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2541 พบว่ามีการใช้งบประมาณด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุเป็นเงิน 3,650 ล้านบาท และปี พ.ศ. 2542 มีการใช้งบประมาณเพิ่มขึ้นเป็น 3,975 ล้านบาท ซึ่งส่วนหนึ่งของเงินงบประมาณนี้ถูกนำไปใช้จ่ายเกี่ยวกับปัญหาเรื่องโรคหัวใจชนิดต่างๆในผู้สูงอายุด้วย ทำให้รัฐต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศโดยรวม

ศรีจิตรา บุณนาค (2535 : 325) พบว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีภาวะสุขภาพที่ดี ผู้สูงอายุจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิต การตรวจสุขภาพและการดูแลสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุตา วิไลเลิศ (2536 : 57) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สามารถดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมจึงนับว่าจำเป็นและสำคัญต่อชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นหนทางที่นำไปสู่การมีสุขภาพกาย สุขภาพจิต และอารมณ์ที่ดีในที่สุด ซึ่งผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีหรือปรับปรุงระดับสุขภาพที่เสื่อมถอย ให้สู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติ

จากการศึกษางานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ผู้วิจัยพบว่า รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมของเพนเดอร์ เป็นรูปแบบที่รวมมโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ไว้อย่างครอบคลุม โดยเพนเดอร์ (Pender. 1996 :134) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นการกระทำของบุคคลหรือกลุ่มคน เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ของตนเองให้ดีขึ้น มีผลทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น อันจะนำไปสู่ความสำเร็จ และความผาสุกของชีวิต โดยเพนเดอร์ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตและลักษณะนิสัยของบุคคล ว่าประกอบไปด้วย 2 ปัจจัย (Pender. 1996 : 64 – 67) ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual characteristics and experiences) ซึ่งเพนเดอร์กล่าวว่า บางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และมีอิทธิพลโดยอ้อมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ (Behavior specific cognition and affect) ซึ่งเพนเดอร์ถือว่าเป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived – benefits of action) การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Perceived barriers to action) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self – efficacy) เพราะเพนเดอร์พบว่า การที่บุคคลได้รับรู้ประโยชน์ของการกระทำ จะเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อการกระทำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างเคร่งครัด แต่ในบางกรณีหากมีอุปสรรค เช่น การถูกจำกัดกิจกรรม ความไม่สะดวกในการรักษา และเกิดอาการท้อแท้ ถึงแม้จะรับรู้ประโยชน์ของการกระทำนั้น ๆ แต่ก็ไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องสมบูรณ์ ส่วนด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพนเดอร์กล่าวว่า จะมีอิทธิพลต่อการเลือกกระทำกิจกรรมต่าง ๆ และพยายามที่จะทำกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Klinger. 1984 : 37) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดของเพนเดอร์มาประกอบในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

จากรายงานของแผนกเวชระเบียนและสถิติผู้ป่วย โรงพยาบาลราชบุรี ประจำปีงบประมาณ 2543 (ตุลาคม 2542-กันยายน 2543) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและระบบไหลเวียนเลือดสูงถึง 1,772 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทั้งสิ้น 920 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 540 คน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นปัญหาที่เรื้อรังอยู่ในปัจจุบัน ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลราชบุรีทำหน้าที่โดยตรงในการช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้มารับบริการมีสุขภาพที่ดี จึงมีความตระหนักในหน้าที่ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยให้ถูกต้องเพื่อชะลอหรือบรรเทาความรุนแรงของโรคไม่ให้รุนแรงเพิ่มมากขึ้น เพราะโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ นอกจากเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายที่สำคัญแล้ว ยังมีความสำคัญในแง่ของผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ประกอบกับยังไม่มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลราชบุรี ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการศึกษา โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เป็นแนวคิดหลักในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยเลือกศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะทำการศึกษาถึงอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลบางประการได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับดัชนีมวลกายต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งผลของการศึกษารั้งนี้จะเป็นการช่วยทดสอบความถูกต้องของรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น และจะเป็นความรู้พื้นฐานที่นำไปสู่การค้นหากลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำรงชีวิตนั้นไปได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับดัชนีมวลกาย ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพศึกษา เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มาติดตามการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ทั้งที่เคยได้รับการผ่าตัดหัวใจ และไม่เคยได้รับการผ่าตัดหัวใจมาก่อน และเป็นผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพการมองเห็น การได้ยิน และยินดีให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและมารับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 540 คน (สรุปรายงานการป่วยของผู้ป่วยจากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของโรงพยาบาลราชบุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2543)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และเป็นผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี จำนวนทั้งสิ้น 230 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางของเครซี และมอร์แกน (ยูทพวงษ์ กรัยวรรณ. 2543 : 75 ; อ้างอิงจาก

Robert V.Krejcie & Eayrle W.Morgan. (1970). *Educational & Psychological Measurement*).
และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

1.1 ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ประกอบด้วย

- 1.1.1 เพศ
- 1.1.2 อายุ
- 1.1.3 ระดับการศึกษา
- 1.1.4 สถานภาพสมรส
- 1.1.5 ความพอเพียงของรายได้
- 1.1.6 ระยะเวลาการเจ็บป่วย
- 1.1.7 ระดับดัชนีมวลกาย

1.2 ปัจจัยด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล ประกอบด้วย

- 1.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ
- 1.2.2 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ
- 1.2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior)

หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยประยุกต์มาจากแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1996 : 133-135) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่

1.1 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility)

หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย การไปตรวจตามแพทย์นัด การตรวจร่างกายประจำปี การปฏิบัติเมื่อเกิดอาการผิดปกติ การพูดคุยกับบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การบอกเล่าอาการเปลี่ยนแปลงให้แก่แพทย์หรือพยาบาลทราบ และการสนใจแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การอ่านหนังสือ ดูทีวี ฟังวิทยุ และการเข้าฟังสัมมนา

1.2 ด้านร่างกาย (Physical activity)

หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับเป็นการออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกายและการตรวจจับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย ตลอดจนการพักผ่อน นอนหลับ

1.3 ด้านโภชนาการ (Nutrition)

หมายถึง การปฏิบัติในการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร การเลือกอาหารที่รับประทานให้เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เช่น งดเว้นการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและแอลกอฮอล์ อาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง และการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับปกติ เป็นต้น

1.4 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations)

หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้รับประโยชน์ในแง่ของการรับการสนับสนุนต่าง ๆ เช่น ผ่อนคลายความตึงเครียด หรือช่วยแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ

1.5 ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth)

หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ความพึงพอใจในชีวิต การตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย และการกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

1.6 ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management)

หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด และมีการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม

2. ผู้สูงอายุ

หมายถึง ผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุเป็นปีเต็ม และเป็นผู้มีคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้น

3. ปัจจัยส่วนบุคคล

หมายถึง คุณลักษณะของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

3.1 เพศ

หมายถึง เพศของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

3.1.1 เพศชาย

3.1.2 เพศหญิง

3.2 อายุ

หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุผู้สูงอายุ นับตั้งแต่ปีเกิดจนกระทั่งถึงวันที่ผู้วิจัยทำการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ช่วงอายุ ดังนี้

3.2.1 60 – 69 ปี

3.2.2 70 – 79 ปี

3.2.3 80 ปีขึ้นไป

3.3 ระดับการศึกษา

หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยแบ่งตามเกณฑ์การแบ่งระดับการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการและทบวงมหาวิทยาลัย แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

3.3.1 ไม่ได้ศึกษา หรือไม่สำเร็จประถมศึกษา

3.3.2 ประถมศึกษา

3.3.3 มัธยมศึกษา

3.3.4 อาชีวศึกษา หรือ อนุปริญญา

3.3.5 ปริญญาตรี หรือ สูงกว่าปริญญาตรี

3.4 สถานภาพสมรส

หมายถึง สถานภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แบ่งออกได้ดังนี้

3.4.1 โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

3.4.2 คู่

3.5 ความพอเพียงของรายได้

หมายถึง ความเพียงพอจากรายได้ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่ได้รับจากการประกอบอาชีพและ/หรือ จากสมาชิกในครอบครัว โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

3.5.1 มีพอใช้และมีเงินเหลือเก็บ

3.5.2 มีพอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ

3.5.3 ไม่พอใช้แต่ไม่มีภาระหนี้สิน

3.5.4 ไม่พอใช้และมีภาระหนี้สิน

3.6 ระยะเวลาการเจ็บป่วย

หมายถึง ระยะเวลา นับเป็นปีตั้งแต่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทราบว่า ตนเองเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จนถึงวันที่ผู้วิจัยศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

3.6.1 น้อยกว่า 1 ปี

3.6.2 1 – 5 ปี

3.6.3 มากกว่า 5 ปี

3.7 ระดับดัชนีมวลกาย (Body mass index : BMI)

หมายถึง การประเมินน้ำหนักตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งสามารถบอกภาวะโภชนาการของร่างกายได้ โดยหาได้จากน้ำหนักหน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง โดยแบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับคือ (กรมอนามัย. 2539 : 27)

3.7.1 ระดับดัชนีมวลกายต่ำกว่า 20 กิโลกรัม/ตารางเมตร หมายถึง ผู้มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ

3.7.2 ระดับดัชนีมวลกาย เท่ากับ 20-24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร หมายถึง ผู้มีภาวะโภชนาการปกติ

3.7.3 ระดับดัชนีมวลกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร หมายถึง ผู้มีภาวะโภชนาการเกินปกติ

4. ปัจจัยด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล

หมายถึง ความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะที่เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุดและเป็นแกนสำคัญที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประกอบไปด้วย

4.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบต่อพฤติกรรมที่กระทำว่ามีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตนเอง สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1996) และจากการดัดแปลงแบบสอบถามจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

4.2 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่ขัดขวางการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย การใช้เวลา การถูกจำกัดกิจกรรมหลาย ๆ อย่าง ซึ่งประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender. 1996) และจากการดัดแปลงแบบสอบถามจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

4.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งต้องใช้ความพยายามและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติเพื่อให้ตนเองสามารถดำเนินชีวิตประจำวัน ได้อย่างปกติสุขและมีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถาม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่

ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และจากการดัดแปลงแบบสอบถาม
จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

5. แผนกผู้ป่วยนอก

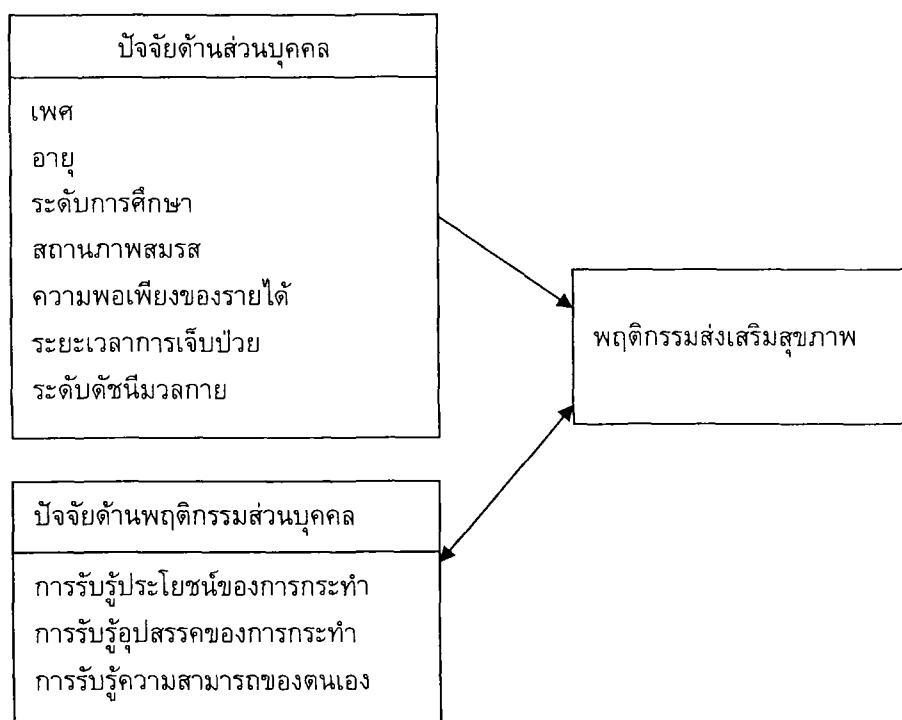
หมายถึง แผนกที่รับบริการการรักษาให้ผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยไป - กลับทั่วไปที่
ไม่ได้เข้านอนพักเพื่อรักษาร่างกายในโรงพยาบาล

6. โรงพยาบาลราชบุรี

เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 894 เตียง เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย พ.บ.ส.4/2
(พัฒนาบริการสาธารณสุข เขต4/2) ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ให้บริการแก่ประชาชนในจังหวัด
นครปฐม จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดสมุทรสงคราม
และจังหวัดสมุทรสาคร

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่ส่งผลกระทบ ต่อครอบครัว สังคม เศรษฐกิจและ
ประเทศชาติและยังส่งผลกระทบโดยตรงต่อร่างกาย จิตใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
อันนำมาซึ่งปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาสุขภาพ ดังนั้นการศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะเป็น
แนวทางหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน การศึกษครั้งนี้
จะทำให้ทราบถึงสภาพปัญหาที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติตนด้านส่งเสริม
สุขภาพในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป โดยมี
กรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีความพอเพียงของรายได้ต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

7. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระดับดัชนีมวลกายต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
8. การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
9. การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
10. การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาในการทำวิจัยดังต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือมีชื่อเรียกอื่น ๆ อีก เช่น โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary heart disease : CHD) หรือโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (Atherosclerotic heart disease : ASHD) หมายถึงภาวะที่หัวใจขาดเลือดเลี้ยงหรือเลือดไหลเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจลดลง หรือเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอกับความต้องการ (พรรณี เสถียรโชค และ ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. 2536 : 429) ส่วนใหญ่จะมีสาเหตุมาจากผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีเลี้ยงหัวใจเกิดแข็งตัวและรูตีบแคบลง (Coronary atherosclerosis) หัวใจเอออร์ติค (Aortic valvular disease) โรคของกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiomyopathy) เป็นโรคของหลอดเลือดเอออร์ตาส่วนต้น (Disease of the ascending aorta) เกิดจากก้อนเลือดอุดตัน (Thromboembolism) เกิดจากการอักเสบของหลอดเลือด (Inflammation of coronary artery) เกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น หลอดเลือดโคโรนารี มีรูเปิดมาจากหลอดเลือดแดงปัลโมนารี (Pulmonary artery) นอกจากนี้ยังพบว่ามีภาวะที่เกิดการหดเกร็งตัวของหลอดเลือดแดงโคโรนารีเอง (Coronary spasm) ซึ่งอาจจะพบได้ในหลอดเลือดที่ปกติหรือในหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ อะเธอร์โรสเคลอโรสิส อยู่แล้ว (Atherosclerosis changes) จนเลือดไหลลดลงมาก บางรายทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction)

พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (พรณี เสถียรโชค และ
ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. 2536 : 433-436)

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เกิดจากการหนาตัว และแข็งตัวของผนังหลอดเลือด ซึ่งเป็นขบวนการเปลี่ยนแปลงที่สลับซับซ้อน การดำเนินของโรคและความรุนแรงจะขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงและการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ของแต่ละบุคคล และแต่ละตำแหน่งของหลอดเลือด โดยเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดชั้นใน (Intimal layer) เซลล์บุชั้นใน (Endothelial cell) จะทำหน้าที่ผิดปกติไปจากปกติ เกิดการเกาะตัวของไขมัน มีการกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ เซลล์เม็ดเลือดขาว และเซลล์น้ำเหลือง ตลอดจนเกล็ดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัวและหนาตัวขึ้น ผนังของหลอดเลือดก็จะตีบแคบลงเลือดไหลผ่านไม่สะดวก และมีปริมาณน้อยลง โดยการเปลี่ยนแปลงจะเริ่มตั้งแต่ในวัยเด็กและเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (พรทิพย์ จุงมาโนช. 2541 : 43) นอกจากนี้อาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ที่เรียกว่าโรคหลอดเลือดโคโรนารีชนิดที่ไม่ได้เกิดจากหลอดเลือดแข็ง เช่น มีความพิการแต่กำเนิด ความผิดปกติของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันจากกรรมพันธุ์ และลามถึงหลอดเลือดโคโรนารี ความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารีภายหลังกำเนิด และหลอดเลือดโคโรนารีบีบเกร็ง เป็นต้น

กล้ามเนื้อหัวใจ เป็นกล้ามเนื้อที่ใช้พลังงานสูง เมื่อเทียบกับอวัยวะหรือ กล้ามเนื้ออื่นทั่วไป พบว่า การใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจมากเป็น 3 เท่า เมื่อเทียบกับ การใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้ออื่น ดังนั้น การไหลของเลือดในหลอดเลือดโคโรนารีจึงมีความสำคัญ ปัจจัยที่ควบคุมการไหลของเลือดมีหลายประการ แต่ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดที่สำคัญที่สุด คือ ความต้องการพลังงานของหัวใจ (Metabolic requirement) พบว่า ในระหว่างที่มีการออกกำลังกายอย่างหนัก หรือมีภาวะเครียด ซึ่งต้องการพลังงานสูงขึ้น หลอดเลือดโคโรนารีขนาดเล็กจะขยายตัว เพื่อให้เลือดไหลผ่านได้เพิ่มขึ้น และสกัดเอาออกซิเจนจากเลือดได้ตามความต้องการ ซึ่งการสกัดเอาออกซิเจนของหัวใจจะเกิดในระดับสูงสุดตลอดเวลา เพราะฉะนั้น หากส่วนของหลอดเลือดตีบแคบมากกว่า 70-80% ของพื้นที่หน้าตัดหลอดเลือด จะไม่สามารถเพิ่มปริมาณเลือดไหลเวียนให้เพียงพอกับความต้องการได้ จึงเกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น

อาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จะเริ่มเมื่อมีพยาธิสภาพ อยู่ในระยะเส้นใยไขมันขึ้นไป ซึ่งโดยเฉลี่ยในเพศชายอายุประมาณ 40 ปี และในเพศหญิงอายุ 55 ปี หรือวัยหมดประจำเดือน โดยอาจมีอาการเจ็บหน้าอก (Angina) หรือมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือเสียชีวิตแบบปัจจุบันทันด่วน แต่ก็จะมีคนกลุ่มหนึ่งที่มีหลอดเลือดตีบทั้งหมดก็ไม่มีอาการเลย ซึ่งเชื่อว่าอาจเกิดจากการที่หลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ และมีทางเบี่ยง (Collateral) ของหลอดเลือดเกิดขึ้นมาช่วยไว้ได้ทัน

ผนังของหลอดเลือดที่หนาและแข็งตัว นอกจากจะทำให้รูหลอดเลือดแคบเล็กลงแล้วยังมีการทำงานผิดปกติไปจากผนังหลอดเลือดธรรมดา โดยบริเวณนี้ แรงต้านทานแรงเสียดสีของเลือดที่ไหลกับผนังหลอดเลือดมีสูงสุด ประกอบกับลักษณะผนังหลอดเลือด

บริเวณนี้มีปริมาณไขมันสูง จึงทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือแตกเป็นร่อง (Fissure) ได้ง่ายกว่าบริเวณอื่น เชื่อว่าปัจจัยเสี่ยง เช่น ภาวะเครียด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือการหดเกร็งตัวของหลอดเลือดจะส่งเสริมหรือเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดรอยแตกของผนังหลอดเลือดที่หนาตัวขึ้น เมื่อมีการแตกของผนังหลอดเลือด เกล็ดเลือด และสารที่ทำให้เกิดแข็งตัวจะมาพอกและซ่อมแซมบริเวณที่แตกนี้ ทำให้เกิดลิ่มเลือดหรือลิ่มเกล็ดเลือดอุดตันเพิ่มขึ้น ขบวนการที่เกิดขึ้นบางครั้งจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหลังจากเกิดรอยแยกหรืออาจจะเกิดแล้วดีขึ้น และเป็นซ้ำอีก ขบวนการนี้สามารถทำให้หลอดเลือดถูกอุดตันทันทีหรือตีบมากขึ้น และเกิดอาการที่เรียกว่ากลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตทันที หรือเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือเกิดการเจ็บหน้าอก

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสามารถจำแนกได้เป็น 3 หมวด

คือ (พรทิพย์ จุงมาโนช. 2541 : 216)

1. ปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ กรรมพันธุ์ อายุ เพศ เชื้อชาติ
2. ปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ เบาหวาน สิ่งแวดล้อม
3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ ภาวะเครียด ขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วน ซึ่งสามารถแจกแจงรายละเอียดในแต่ละหมวดได้ดังนี้
 1. ปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Personal risk factors that cannot be change) ประกอบด้วย พันธุกรรม อายุ เพศ เชื้อชาติ
 - 1.1 พันธุกรรม (Heredity) พันธุกรรมมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะครอบครัวที่เคยมีประวัติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ บทบาทของพันธุกรรมที่มีต่อโรคหลอดเลือดหัวใจยังไม่ทราบแน่ชัดอาจเกี่ยวข้องกับยีน (Genes) ที่ถ่ายทอดกันมา ปัจจัยทางพันธุกรรมเหี่ยวนำสู่ลักษณะ ซึ่งทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง 4 ลักษณะ คือ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคอ้วน จากการศึกษาประวัติของครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคหัวใจ พบว่าพันธุกรรมสามารถทำนายได้อย่างมีอิสระถึงการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้ชายแต่ไม่พบในผู้หญิงและสำหรับผู้ที่มีพ่อแม่พี่น้อง (First degree generatives) ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจถึง 2 - 5 เท่า (พรทิพย์ จุงมาโนช. 2541 : 84)

1.2 อายุ (Age) เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีพยาธิกำเนิดจากภาวะการหนาตัวและแข็งตัวของผนังหลอดเลือด ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว โดยเชื่อว่าภาวะหลอดเลือดแดงแข็งมักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลอายุมากขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการเสื่อมสลาย (Degenerative change) ของหลอดเลือด (วินัส ลิพกุล. 2539 : 40) ดังนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ป่วยในวัยกลางคนและสูงอายุ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2543 : 53) กล่าวว่าในผู้ป่วยสูงอายุจะพบรอยโรคที่รุนแรงและกระจาย (Severe and diffuse disease) ได้บ่อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อย ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะมีอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อย เนื่องจากปัจจัยหลายประการได้แก่ 1) ผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย (Comorbidity) 2) มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาหลายอย่าง เมื่อเปรียบเทียบกับคนหนุ่มสาวทั้งที่เกิดจากโรคอื่นและกระบวนการทำให้พบอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าวัยอื่น ๆ

1.3 เพศ (Gender) พบว่า เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูงกว่าเพศหญิงถึง 4 เท่า แต่เมื่อหลังวัยหมดประจำเดือน เพศชายและเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงใกล้เคียงกัน เพศหญิงที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด และหมดประจำเดือนแล้ว มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ สูงเป็น 3 เท่าของเพศหญิงที่ยังมีประจำเดือนหรือหมดประจำเดือนช้า ในปัจจุบันวิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง อาจเพิ่มการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในเพศหญิง คือ การออกไปทำงานนอกบ้าน และยังคงรับผิดชอบงานบ้านและลูก รวมทั้งการเริ่มสูบบุหรี่ของเพศหญิงเมื่ออายุน้อย

1.4 เชื้อชาติ (Race) เพศชายผิวขาว มีอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่าเพศชายผิวสี และมากกว่าเพศหญิงผิวขาวถึง 5.2 เท่า ในขณะที่เพศหญิงผิวขาว มีอัตราการตายจากโรคนี้ต่ำกว่าชนผิวดำเล็กน้อย แต่เมื่อสูงอายุอัตราการตายในทุกชนชาติเท่า ๆ กัน

2. ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Personal risk factors that can be change) คือ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ เบาหวาน สิ่งแวดล้อม

2.1 ไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) เป็นปัจจัยที่พบมากเป็นอันดับ 1 ในประเทศไทย ประชากรในเมืองใหญ่มีโคเลสเตอรอลสูงกว่าชนบท เนื่องจากอาหารที่รับประทานต่างกัน การมีระดับไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะการมีระดับสูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และไตรกลีเซอไรด์ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูง เพราะไขมันไปจับเกาะติดกับผนังด้านในของหลอดเลือดแดงทำให้ตีบแคบ และการไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก นอกจากนี้ฮอร์โมนเพศบางอย่าง เช่น เอสโตรเจนจะเพิ่มปริมาณของ ไขมันที่อิมตัว แต่โปรเจสเตอโรน และแอนโดรเจนจะลดปริมาณไขมันอิมตัวเพิ่มขึ้น

2.2 ความดันโลหิตสูง (Hypertention) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เชื่อกันว่าในภาวะความดันโลหิตสูง ผนังหลอดเลือดจะบีบแรง เพราะแรงดันการไหลของหลอดเลือดแดงเพิ่ม จนเลือดไหลไปยังอวัยวะและเนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้ไม่สะดวก แรงกระแทกนี้เป็นอันตรายต่อผนังหลอดเลือดเกิดขบวนการทางชีวเคมี จะทำให้มีสารพวกที่เป็นไขมันไปเกาะติดได้ง่าย และมีความดันโลหิตสูง (ซิสโตลิกมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท หรือไดแอสโตลิกมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท) จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดของสมองของหัวใจและของไตได้

2.3 การสูบบุหรี่ (Smoking) เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงของโรคนี้ โดยเฉพาะในคนที่สูบบุหรี่จัด จากการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่เกินกว่า 20 มวนต่อวัน จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ 3 - 4 เท่า สารคาร์บอนมอนนอกไซด์ (Carbon monoxide) ในบุหรี่สามารถทำลายผนังส่วนในของหลอดเลือดได้ และนอกจากนั้นมีสารนิโคติน (Nicotin) ที่ทำให้เกิดการกระตุ้นการหลั่งสารเคมีแคเทโคลามีน (Catecholamine) ซึ่งปล่อยออกมาจำนวนมากทำให้เกิดการเกาะตัวของเกล็ดเลือดเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดหดตัวของหลอดเลือดแคบลง ทำให้ชีพจรและความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจต้องทำงานมากขึ้น และเกิดการเปลี่ยนแปลงของไขมันต่าง ๆ เช่นสารนิโคตินและจะลดอัตราส่วนของไฮเดนซิติไลโปโปรตีน (High density lipoprotein, HDL) และโลเดนซิติไลโปโปรตีน (Low density lipoprotein, LDL) การสูบบุหรี่จะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น

อรรถรณ หุ่นดี (2531 : 133) กล่าวว่า ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ ไม่ว่าจะเป็นโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ตาม จะทำให้มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ มากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า โดยสารในควันบุหรี่ที่เชื่อว่าน่าจะมีบทบาททำให้เกิดโรคหัวใจ คือ นิโคติน และคาร์บอนมอนนอกไซด์ นิโคตินจะกระตุ้นการหลั่งสารอิพิเนฟริน (Epinephrin) ออกจากต่อมหมวกไต และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrin) จากต่อมไฮโปธาลามัส (Hypothalamus) และปลายประสาทแอดรีเนอร์จิก (Adrenergic) สารสองตัวนี้มีผลให้เพิ่มการเต้นของชีพจร ความดันเลือด การบีบตัวของหัวใจ และก่อให้เกิดอันตรายต่อเยื่อชั้นในของผนังหลอดเลือด มีการจับกลุ่มของเกล็ดเลือดเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง อีกทั้งกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ทำให้กรดไขมันเสรีและวีแอลดีแอล (Very low density lipoprotein) สูงขึ้น เอชดีแอล (Hyper density lipoprotein) ลดลง ส่วนคาร์บอนมอนนอกไซด์ ซึ่งมีร้อยละ 3 - 6 ในควันบุหรี่ จะจับตัวกับฮีโมโกลบิน ทำให้ร่างกายโดยเฉพาะกล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน โดยสรุปจึงพบว่าการสูบบุหรี่ทำให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจสูงขึ้น และปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง มีการศึกษาพบว่า ผู้หญิงที่สูบบุหรี่ 25 มวนต่อวัน มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และเสียชีวิตมากกว่าผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 5 เท่า ผู้ที่สูดควันมากกว่า 60 นาทีต่อวัน บุคคลเหล่านี้จะได้รับสารนิโคตินเท่ากับผู้ที่ สูบบุหรี่ 1 มวน ดังนั้นจึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่ สูบซิการ์ ไปปี โดยที่ฟันคว้นออกทางปาก เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ จากการวิจัย

ของโรงงานยาสูบปี พ.ศ. 2533 ได้แสดงปริมาณสารนิโคตินในบุหรี่ยี่สิบหนึ่งมวนตามชนิดของ บุหรี่ ซึ่งจะเห็นได้ว่าบุหรี่ยี่สิบหนึ่งมวนทุกชนิดมีค่าสารนิโคตินสูงกว่ามาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บุหรี่ไทย (อรรณพ หุ่นดี. 2531 : 133)

พฤติกรรมกาสูบบุหรี่ยี่สิบหนึ่งมวน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ที่สำคัญที่สุด จะเห็น ว่าว่าสิบปีที่ผ่านมาประเทศไทยดำเนินการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพให้ปลอดบุหรี่ยี่สิบหนึ่งมวน มีการดำเนินการ ทั้งด้านกฎหมายที่เพิ่มมาตรการกำหนดเขตปลอดบุหรี่ยี่สิบหนึ่งมวนจนกระทั่งมี พ.ร.บ. คุ้มครอง สุขภาพ พ.ศ. 2535 มีสาระเกี่ยวกับการห้ามขายบุหรี่ยี่สิบหนึ่งมวนและ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 มีสาระเกี่ยวกับการห้ามขายบุหรี่ยี่สิบหนึ่งมวน โดยใช้กลยุทธ์ ลด - แลก - แจก - แถม กับ สินค้าอื่น ๆ ห้ามโฆษณาในทุกสื่อ หารูปแบบแสดงคำเตือน คือ อันตรายของบุหรี่ยี่สิบหนึ่งมวนของบุหรี่ยี่สิบหนึ่งมวน นอกจากนี้มีคนสร้างกระแสสังคมให้ตื่นตัวในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่มากขึ้น โดยการเรียกร้องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ต้องการอากาศบริสุทธิ์ มีการรณรงค์อย่างพร้อมเพรียง และมีการงดสูบบุหรี่ในวันที่ 31 พฤษภาคมของทุกปี ซึ่งทำให้หลาย ๆ คนหันมาเลิกสูบบุหรี่ กันอย่างจริงจัง หลาย ๆ หน่วยงานทั้งภาครัฐบาล และเอกชนร่วมทำที่ทำงานให้ปลอดบุหรี่ยี่สิบหนึ่งมวน มีการกำหนดคุณสมบัติของพนักงานว่า ต้องไม่เป็นผู้สูบบุหรี่ เยาวชนคนรุ่นใหม่ลดค่านิยมการ สูบบุหรี่ และแสดงเจตนารมณ์ว่า การสูบบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดีหันมาทำกิจกรรมร่วมรณรงค์ ช่วยเหลือสังคมให้ปลอดบุหรี่ยี่สิบหนึ่งมวน ทำให้ผู้ดำเนินการรณรงค์ทุกคนเกิดความสุข ที่ทุกคนตระหนัก ในพิษภัยบุหรี่ยี่สิบหนึ่งมวน และตั้งใจที่จะให้สังคมปลอดจากควันบุหรี่ยี่สิบหนึ่งมวน สร้างค่านิยมคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่ให้เกิดผลอย่างแท้จริง (อรรณพ หุ่นดี. 2531 : 135)

2.4 เบาหวาน มักพบบ่อยในผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ในวัยกลางคน โดย มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และพบน้ำตาลในปัสสาวะ จะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจาก โรคเบาหวานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันของผนังชั้นในหลอดเลือดแดงหนา ตัวขึ้น (Atheroma) หลอดเลือดหัวใจตีบแคบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง อุบัติการณ์เกิดโรคเบาหวานในผู้หญิงพบมากกว่าผู้ชาย และผู้หญิงโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจมากกว่า ผู้ป่วยชายโรคเดียวกันถึง 2 เท่า

2.5 สิ่งแวดล้อม (Environment) ความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจพบใน ประเทศแถบทวีปอเมริกาเหนือ ออสเตรเลีย ยุโรป และนิวซีแลนด์ มากกว่าประเทศญี่ปุ่น สวิตเซอร์แลนด์ และอิตาลีถึง 7 เท่า นอกจากนี้ยังพบในประชากรที่อยู่ในชุมชนเมืองสูงกว่า ในชนบท ลักษณะนิสัยการดำเนินชีวิตของคนในครอบครัว ก็มีผลเกี่ยวข้องด้วย เช่น นิสัย การกิน การออกกำลังกาย พ่อแม่ที่ไม่ชอบออกกำลังกายอาจมีผลให้ลูกไม่ชอบออกกำลังกาย ด้วย หรือพ่อแม่เป็นคนอ้วน ลูกมักจะเป็นคนอ้วนด้วย เป็นต้น (พรทิพย์ จุงมาโนช. 2541 : 126)

3. ปัจจัยเสริมอื่น ๆ (Contributing factors) คือ ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด เป็นต้น

3.1 ความอ้วน (Obesity) ความอ้วน คือ การที่น้ำหนักตัวเกินปกติไปมากกว่าร้อยละ 30 หรือดัชนีมวลกายมากกว่า 30.0 กก./เมตร โดยความอ้วนจะเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ มากขึ้น ความอ้วนส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิต เช่น นั่ง - นอนอยู่กับที่ ไม่ใช้แรงงาน (Sedentary lifestyle) ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง

3.2 การขาดการออกกำลังกาย (Lack of exercise) การออกกำลังกาย จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง อัตราการเต้นของหัวใจน้อยครั้งลง การสูบฉีดเลือดแต่ละครั้งมีปริมาณมากขึ้น และไหลผ่านหลอดเลือดไปสู่เนื้อเยื่อได้ดีขึ้น ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำจะไม่ค่อยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ในคนที่ขาดการออกกำลังกาย จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มาก ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการ ออกกำลังกายกับโรคหลอดเลือดหัวใจนั้น แม้ว่าการวิจัยยังไม่ได้พิสูจน์แน่ชัดแต่การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการออกกำลังกายลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคนี้ โดยการลดน้ำหนัก ลดความเครียด ลดปริมาณโคเลสเตอรอลชนิดแอลดีแอลและการเพิ่มเอชดีแอล ในเลือด (สันต์ ใจยอดศิลป์. 2540 : 215)

3.3 ความเครียด (Stress) ความเครียด มีส่วนสัมพันธ์กับการเพิ่มความดันโลหิต แม้ว่าความเครียดในระดับพอเหมาะจะมีบทบาทสำคัญ ในชีวิตของคนยุคใหม่ในประเทศอุตสาหกรรม แต่ความเครียดที่มากเกินไปอาจจะมีอันตรายต่อสุขภาพ บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอ (Type A behavior) ซึ่งมีลักษณะเป็นคนเอาจริงเอาจัง มีความทะเยอทะยานชอบแข่งขันเอาชนะ และหมกมุ่นอยู่กับการทำงานให้เสร็จทันเวลา พบว่ามีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงได้ (กมล สินธวานนท์ และคณะ. 2540 : 97)

ความเครียดจะไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้มีการหลั่งอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟริน จากต่อมหมวกไตส่วนใน มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวแรงขึ้น ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น หลอดเลือดหัวใจหดตัว นอกจากนี้ ยังกระตุ้นการหลั่งฮอโมนอะดรีนาลีน คอร์ติซอล เพิ่มขึ้น ซึ่งมีผลให้ระดับโคเลสเตอรอลในร่างกายเพิ่มสูงขึ้น

จากปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวมาข้างต้น จะพบว่า การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ตีบใน ผู้สูงอายุ นั้นมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ที่สามารถหลีกเลี่ยงและป้องกันหรือชะลอการเกิดได้ ถ้าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรม ตามความหมายในพจนานุกรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ราชบัณฑิตยสถาน. 2525 : 583-584)

ทวัตเติล (Twaddle. 1981 : 11) ให้ความหมายพฤติกรรมว่าเป็นปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมของคน หมายถึง ปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลทั้งที่สังเกตได้และไม่ได้ ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรมโดยได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลในครอบครัว สถานการณ์ขณะนั้นและประสบการณ์ในอดีต

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 98) ให้ความหมายพฤติกรรมไว้ว่า หมายถึง ปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำ แม้ว่าจะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม และได้แบ่งพฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) และพฤติกรรมป้องกันโรค (Health protecting behavior)

พาลัง (Palang. 1991 : 818) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น

กอกแมน (Gochman. 1988 : 568-572) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน (Overt behaviors) เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อนการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ลักษณะบุคลิกภาพ การใช้ยา เป็นต้น และพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ต้องอาศัยการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้และการรับรู้ เป็นต้น

เมอร์เรย์ และเซนเนอร์ (Murray & Zentner. 1993 : 659) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมซึ่งยกระดับภาวะสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความสุข เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

เพนเดอร์ (Pender. 1996 : 36) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The life style and habbit) ซึ่งสามารถบ่งบอกถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับของภาวะสุขภาพ เพื่อความสุข (Well-being) และความสำเร็จในจุดมุ่งหมายที่สูงสุดในชีวิต (Self actualization)

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่ปฏิบัติ

เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีสุขภาพดี ทั้งทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์และสังคม อันจะนำไปสู่ความปกติสุข ความมีชีวิตภาพสูงสุดตามสภาพของบุคคล ครอบครัว พร้อมทั้งมีความสุขเพื่อส่งเสริมให้เกิดความผาสุกต่อชีวิต เนื่องจากการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

นอกจากการให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวแล้ว ยังมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion model) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายหรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลซึ่งรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากจากบุคลากรที่มิสุขภาพในปัจจุบันคือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

เพนเดอร์ได้มีการพัฒนารูปแบบการป้องกันสุขภาพมาตั้งแต่ในปี ค.ศ. 1975 และได้มีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพมาโดยตลอด โดยเพนเดอร์ได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบและปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขึ้นใหม่ในปี ค.ศ. 1982 ปี ค.ศ. 1987 และปี ค.ศ. 1996 ตามลำดับ (Pender, 1996 : 66 – 73) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เพนเดอร์ได้ปรับปรุงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพแบบใหม่นั้นเพนเดอร์ได้นำ รูปแบบการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตส่งเสริมสุขภาพของ วอล์คเกอร์และคณะ (Walker, et al. 1987 : 76 – 81) มาปรับปรุงใหม่ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยเพนเดอร์ได้ให้ชื่อว่า “แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ II” (Health – Promoting Lifestyle Profile II : HPLP – II) ซึ่งประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ ดังนี้

1. ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (Individual characteristic and experience) ประสบการณ์เฉพาะของแต่ละคนซึ่งมีผลกระทบต่อการกระทำในภายหลัง ความสำคัญของผลที่เกิดขึ้นทั้งหลายจะส่งผลต่อพฤติกรรมเป้าหมายโดยผ่านการพิจารณาซึ่งอาจเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะและในกลุ่มประชากรเป้าหมายเฉพาะ แต่ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต (Prior related behavior) มีผลโดยตรงและโดยอ้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงอาจเกี่ยวกับลักษณะนิสัยซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมโดยอัตโนมัติ โดยให้ความสนใจหรือใส่ใจในรายละเอียดเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย พฤติกรรมที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะเพิ่มพูนความหนักแน่นของลักษณะนิสัยขึ้น และจะยิ่งหนักแน่นมากขึ้นด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำ ๆ ส่วนผลโดยอ้อมของพฤติกรรมในอดีตต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านการรับรู้ประโยชน์ (Benefits) การรับรู้อุปสรรค (Barriers) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Self-related affect)

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) เป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมายซึ่งถูกปรับแต่งด้วยการพิจารณาไตร่ตรองตามธรรมชาติ ปัจจัยส่วนบุคคลนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะได้เท่า ๆ กับมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Personal biologic factor) เช่น อายุ เพศ น้ำหนักตัว วัยเจริญพันธุ์ วัยหมดระดู ความสามารถในการออกกำลังกาย ความแข็งแรง ความกระฉับกระเฉงหรือความสมดุลของร่างกาย

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Personal psychologic factor) เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจ ความสามารถ การรับรู้ภาวะสุขภาพและคำจำกัดความของสุขภาพ

1.2.3 ปัจจัยทางวัฒนธรรมและสังคม (Personal sociocultural factor) เช่น เชื้อชาติ วัฒนธรรม การศึกษา ภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม

เพนเดอร์กล่าวว่าแม้ปัจจัยส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลต่อความคิดและความรู้สึกเฉพาะและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงไม่ค่อยนำปัจจัยส่วนบุคคลมาใช้ในการกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

2. ความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ (Behaviors specific cognitions and affect) ตัวแปรกลุ่มนี้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุด และเป็นแกนสำคัญสำหรับพยาบาลที่จะนำไปใช้ปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action) การที่บุคคลจะทำพฤติกรรมใด ๆ มักจะคำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับ การคาดการณ์ถึงประโยชน์ของการกระทำจะเป็นสิ่งจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ทั้งภายในและภายนอก ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน ได้แก่ การเพิ่มการตื่นตัว ความรู้สึกเหนื่อยล้าลดลง ประโยชน์ภายนอก ได้แก่ รางวัล ทรัพย์สิน เงินทอง หรือการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในช่วงแรกประโยชน์ภายนอกจะเป็นแรงจูงใจสำคัญในการเริ่มมีพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งต่อมาประโยชน์ภายในอาจเป็นแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องมากกว่าประโยชน์ภายนอก รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพได้มีการเสนอว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยกำหนดความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามพันธสัญญาเพื่อ วางแผนการกระทำเพื่อนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะเกิดประโยชน์

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Perceived barriers to action) เป็นการรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งที่คาดคะเน ซึ่งได้แก่ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากลำบากในการกระทำ

การเสียเวลา การมีความพร้อมในการกระทำและมีอุปสรรคมาก การกระทำก็จะไม่เกิดขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดยเป็นตัวขัดขวางการกระทำและมีผลทางอ้อมต่อการลดพันธสัญญาในการวางแผนการกระทำ

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลว่าจะสามารถกระทำสำเร็จในระดับใด โดยมีทักษะหรือไม่มีทักษะก็ตาม ในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นตัวตัดสินว่าผลอันใดที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น เช่น เกิดประโยชน์หรือมีการสูญเสียเกิดขึ้น การรับรู้ความสามารถในตนเองเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่ดีและถูกต้องเหมาะสม ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการกระทำของบุคคลเป็นสิ่งที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลเข้าสู่พฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถและไม่มีทักษะ การรับรู้ความสามารถของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับพื้นฐาน 4 ประการ คือ

2.3.1 การกระทำนั้นสามารถบรรลุตามมาตรฐานที่ตนได้ตั้งไว้

2.3.2 ประสบการณ์จากการสังเกตเห็นการกระทำของผู้อื่นและนำมาใช้เป็นแบบแผนในการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ

2.3.3 การชักจูงของผู้อื่น ทำให้บุคคลสามารถดึงเอาความสามารถของตนเองมาใช้ในการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ

2.3.4 สภาพทางด้านร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความสงบ เป็นต้น บุคคลนำมาตัดสินความสามารถของตนเอง

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender, 1996 : 67) เสนอว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ เมื่อมีความรู้สึกนึกคิดหรืออารมณ์ทางบวกมากขึ้น การรับรู้ความสามารถของตนเองก็จะมากขึ้น ซึ่งก็มีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำโดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถสูงจะทำให้การรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมเป้าหมายลดลงมากตามไปด้วย ความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรงโดยการคาดหวังในความสามารถมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรคและความตั้งใจในการวางแผนการกระทำ

2.4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Activity-related affect) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังกระทำพฤติกรรมเป็นพื้นฐานของการกระตุ้นให้กระทำพฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองทางอารมณ์อาจเป็นในระดับน้อย ปานกลาง หรือรุนแรง และจะถูกตัดสินด้วยความคิดเก็บไว้ในความจำ และนำมาเป็นกระบวนการคิดต่อการกระทำพฤติกรรมในเวลาต่อมา การตอบสนองทางอารมณ์ความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำในขณะนั้น (Activity-related) อารมณ์ของตนเองในขณะนั้น (Self-related) และอารมณ์เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในขณะนั้น (Context-related) อารมณ์ความรู้สึกอาจเป็นความรู้สึกด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ พฤติกรรมที่

เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกด้านบวกจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอีก และถ้าเป็นความรู้สึกด้านลบมักจะหลีกเลี่ยง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีผลทางอ้อมผ่านความสามารถในตนเองและความตั้งใจในการวางแผนที่จะทำพฤติกรรม

2.5 อิทธิพลด้านสัมพันธภาพ (Interpersonal influences) เป็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ และทัศนคติของบุคคลอื่น แหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลด้านสัมพันธภาพในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางสุขภาพ รวมทั้งบรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม รูปแบบอย่างที่คุณเคยยึดถือ ซึ่งบุคคลจะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะที่น่าชื่นชมยินดีและสังคมยกย่อง อิทธิพลด้านสัมพันธภาพมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีผลทางอ้อมโดยเป็นแรงกดดันต่อสังคมหรือส่งเสริมให้มีการวางแผนในการปฏิบัติ โดยกระตุ้นให้คิดที่จะปฏิบัติหรือกระตุ้นให้บุคคลวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational influence) เป็นการรับรู้และการเรียนรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ใด ๆ สามารถทำให้เกิดหรือขัดขวางการเกิดพฤติกรรมได้ อิทธิพลของสถานการณ์ที่มีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะที่ต้องการลักษณะของสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ อิทธิพลด้านสถานการณ์มีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สถานการณ์ที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม เช่น การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ ซึ่งแสดงความต้องการพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ เป็นต้น

3. พฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral outcome) หรือผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมนั้นเอง จุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมมาจากการกำหนดความตั้งใจเพื่อวางแผนการกระทำ ความตั้งใจจะเป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลเริ่มมีพฤติกรรมสุขภาพและทำได้สำเร็จ พฤติกรรมที่แสดงออก

3.1 พันธสัญญาเพื่อวางแผนการกระทำ (Commitment to a plan of action) เป็นการตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามที่กำหนด ซึ่งอยู่ภายใต้กระบวนการด้านความคิด 2 ประการคือ

3.1.1 ความตั้งใจที่มีต่อการกระทำเฉพาะในเวลาสถานที่ที่กำหนด กับบุคคลที่เฉพาะหรือทำเพียงลำพังคนเดียว โดยไม่คำนึงถึงสิ่งใด ๆ ที่มาแทรก

3.1.2 ลักษณะหรือรูปแบบวิธีที่เฉพาะในการปฏิบัติและทำให้เกิดแรงเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การวางแผนเพื่อการกระทำนี้ทำร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อให้ประสบผลสำเร็จ

3.2 ความต้องการและความพอใจในการเลือกกระทำพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

ทันทีทันใด (Immediate competing demands and preferences) หมายถึงพฤติกรรมทางเลือกอื่นที่แทรกเข้ามาในความคิดอย่างทันทีทันใด สามารถกระทำได้ก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพตามที่วางแผนไว้ ความต้องการทันทีทันใดเป็นเหตุที่เกิดขึ้นแล้ว บุคคลจะสามารถ ควบคุมได้ในระดับต่ำ ส่วนความพอใจที่เกิดขึ้นทันทีทันใดเป็นทางเลือกที่บุคคลเลือก เพราะจะให้ผลตอบแทนซึ่งสามารถทำให้ล้มเลิกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting behavior) เป็นจุดสุดท้ายหรือเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะคงอยู่ยั่งยืนต่อไปแก่ผู้รับบริการ และจะใช้เพื่อผลที่เกิดขึ้นจากสุขภาพในทางบวกต่อผู้รับบริการโดยตรง ทั้งยังนำไปใช้กับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ตลอดช่วงชีวิต ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่

3.3.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองโดยมีการดูแลสุขภาพ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงมีการแสวงหาข้อมูล และความรู้ที่เป็นประโยชน์ มีการใช้ระบบบริการสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและของมีนเมา เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

3.3.2 กิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical activity) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติโดยมีการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันแต่ละวัน โดยคำนึงถึงสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญโดยประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

3.3.3 โภชนาการ (Nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้รับอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ

3.3.4 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ

3.3.5 การพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการและเกิดความสุขในชีวิต

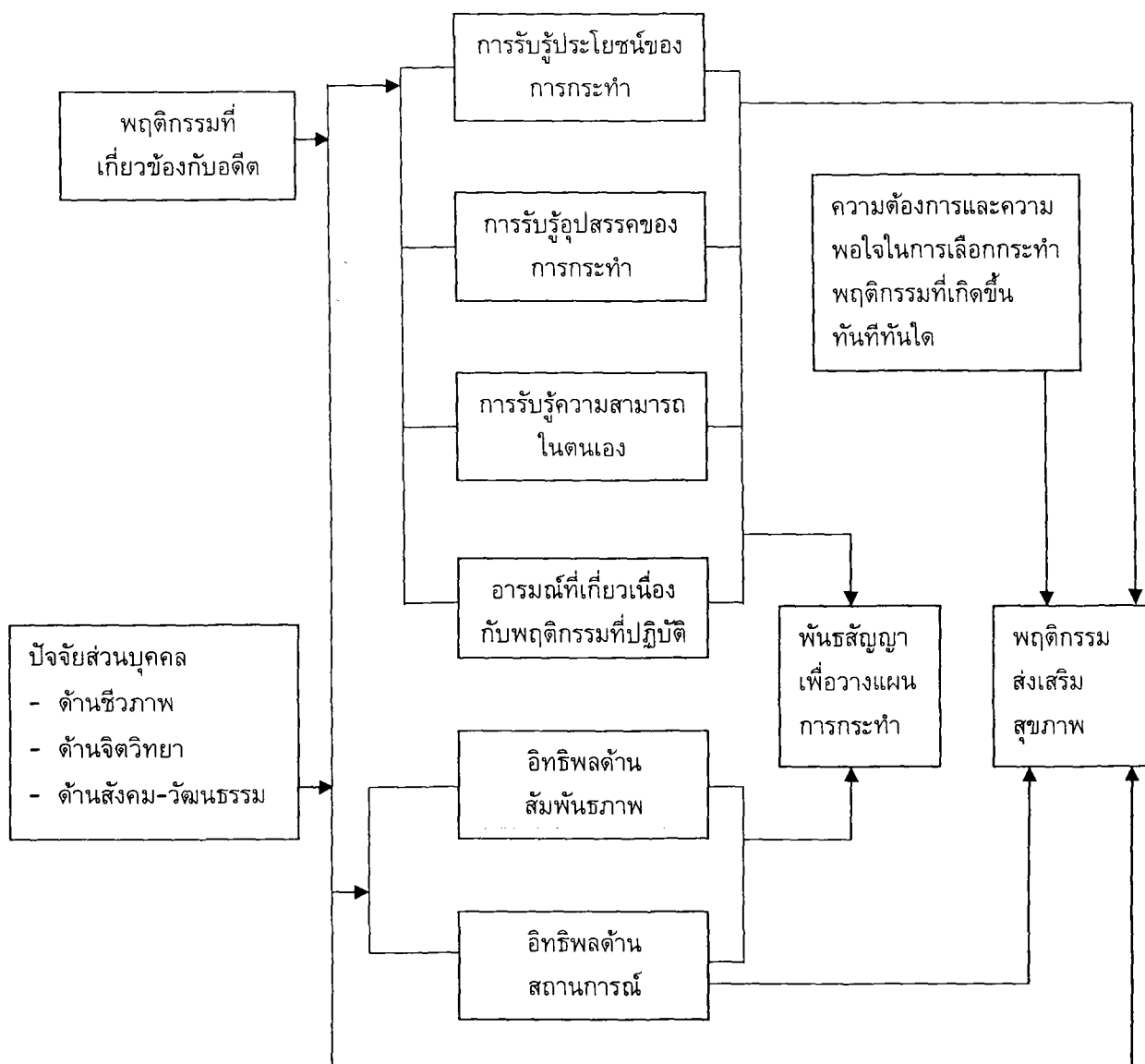
3.3.6 การจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียดโดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ได้เสนอไว้ในภาพประกอบ 2 มีดังนี้
(Pender. 1996 : 67)

ลักษณะส่วนบุคคล
และประสบการณ์

ความคิดและความรู้สึก
ต่อพฤติกรรมเฉพาะ

พฤติกรรมที่แสดงออก



ภาพประกอบ 2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ 1996

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีระยะการเจ็บป่วยยาวนานเพราะเป็นโรคเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจึงควรปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพของตนเองอย่างดี เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้ความรุนแรงของโรคมารุนแรงขึ้น และสูญเสียชีวิตได้ง่าย ในทางตรงกันข้ามเมื่อดูแลตนเองได้ดี ก็จะทำให้ชะลอความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญยิ่ง ซึ่งแนวทางการปฏิบัติตามรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มีดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ (Health responsibility)

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำเป็นต้องมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง โดยการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องต่อการกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับ การสังเกต การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย การปฏิบัติเมื่อเกิดอาการผิดปกติ การสนใจหาความรู้ หรือการได้รับข่าวสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ ดังนั้น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่สามารถปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองมีดังต่อไปนี้ คือ

1.1 ควรอยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายได้รับอากาศบริสุทธิ์อย่างเพียงพอและลดการทำงานของหัวใจ เพราะผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมักมีอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม และมีอาการเจ็บหน้าอก เนื่องจากประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลง อาการที่มีพยาธิสภาพในหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้กับร่างกาย การอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ มีการถ่ายเทอากาศจะช่วยให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ ช่วยลดการทำงานของหัวใจลงได้ ควรงด / เลิก สูบบุหรี่เพราะสารนิโคตินในบุหรี่จะซึมผ่านเข้าไปในกระแสเลือด เกิดปฏิกิริยาต่อหัวใจและหลอดเลือด โดยทำให้ผนังของหลอดเลือดแข็งตัว หลอดเลือดแดงแคบตีบ การไหลเวียนไม่สะดวก หัวใจเต้นเร็วบีบตัวแรงขึ้น ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้หัวใจเต้นผิดปกติได้ นอกจากนี้ สารนิโคตินยังส่งผลให้ถุงลมในปอดเสียความยืดหยุ่น เกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ (อรรพรรณ หุ่นดี, 2531 : 134)

1.2 ควรรักษาความสะอาดของร่างกายการดูแลเหงือกและฟัน ผู้สูงอายุควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและบ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร งดรับประทานอาหารจุบจิบหรืออาหารรสหวาน เพราะจะทำให้เสี่ยงต่อฟันผุและเกิดโรคเหงือกอักเสบได้ง่าย นอกจากนี้ยังควรได้รับการตรวจสุขภาพฟันจากทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

1.2.1 การอาบน้ำ ควรอาบน้ำชำระร่างกายอย่างน้อยวันละ 1 – 2 ครั้ง ไม่ควรอาบน้ำเย็นจัดหรือร้อนจัดจนเกินไป เพราะการอาบน้ำที่เย็นจัดหรือร้อนจัดจะทำให้เพิ่มอัตราการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจทำงานหนักมากยิ่งขึ้น และหัวใจวายทันทีทันใดได้ (วิศาล คันธารัตนกุล และคณะ . 2538 : 72)

1.2.2 การแต่งกาย ควรแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่หลวมใส่สบาย เนื้อผ้าไม่หนาจนเกินไป หลีกเลี่ยงการสวมกางเกงหรือเสื้อผ้าที่รัดรูป เพราะจะทำให้ร่างกายเกิดความอึดอัด ความดันในช่องอกเพิ่มมากขึ้น หายใจไม่สะดวก ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากยิ่งขึ้น

1.3 การดูแลเรื่องการขับถ่ายของเสีย ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ควรระมัดระวังไม่ให้ท้องผูก หรือป้องกันไม่ให้เกิดอาการท้องผูกเพราะการเบ่งอุจจาระจะทำให้หัวใจทำงานมากขึ้นเป็นเหตุให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ และอาจทำให้เป็นลมหมดสติหรือหัวใจหยุดเต้นได้ จึงควรรับประทานอาหารอ่อนและอาหารที่มีกาก เช่น ผัก ผลไม้ จะช่วยทำให้การขับถ่ายเป็นปกติ

1.4 การสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น เวียนศีรษะ ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม เจ็บแน่นหรือรู้สึกไม่สบายในอก เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ชีพจรเต้นผิดจังหวะเต้นแรงหรือช้า ชีพจรไม่สม่ำเสมอ/เร็ว อ่อนเพลียแขนขาไม่มีแรง ควรรีบไปพบแพทย์

1.5 การแสวงหาความรู้ ผู้สูงอายุควรได้รับข่าวสารข้อมูลรวมทั้งวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจได้รับข้อมูลข่าวสารจากการสื่อสารอย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ เช่น การบอกเล่าให้ทราบ การสอนให้รู้ การปรึกษาเพื่อตัดสินใจภายในครอบครัวหรือสื่อสารภายในกลุ่มภายในหมู่บ้าน การพูดคุยกับบุคลากรด้านสุขภาพ การบอกเล่าอาการให้แก่แพทย์และพยาบาลทราบ สื่อสารผ่านทางสื่อมวลชนทุกประเภท ทั้งหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ หอกระจายข่าวสารในหมู่บ้าน แต่ผู้สูงอายุอาจพบอุปสรรคในการรับรู้ข่าวสารบ้าง เนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย เช่น ตาฝ้าฟาง มองไม่เห็น หูตึงความสามารถในการเข้าถึงข่าวสารด้อยกว่าสมัยหนุ่มสาว ลูกหลานจึงควรให้ความสนใจสนับสนุนการเข้าถึงข่าวสารต่าง ๆ ด้วย ปัญหาอีกประการของผู้สูงอายุ คือ ความจำ ดังนั้น ถ้ามี สิ่งใดที่สามารถช่วยเพิ่มความจำของผู้สูงอายุได้ จะทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ข่าวสารมากขึ้น มีการเลือกการตัดสินใจในการดูแลตนเองดีขึ้นและสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข มีอายุ ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ

1.6 การใช้ระบบบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบควรให้ความสำคัญต่อการไปตรวจสุขภาพ อย่างสม่ำเสมอ หรือไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น และควรไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อช่วยให้ได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น ได้รับคำแนะนำ หรือแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อดูแลสุขภาพได้ถูกต้อง

1.7 การทำงานประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ควรให้เหมาะสมกับความสามารถของหัวใจหรือโรคหัวใจที่เป็นอยู่ ไม่ควรฝืนใจทำ ถ้าทำมากเกินไป เหนื่อย ฉะนั้น ผู้สูงอายุควรจะต้องจำกัดการทำงานประจำต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับความสามารถของ หัวใจเอง ผู้สูงอายุโรคหัวใจสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น แต่ต้องเหมาะสมกับความสามารถของหัวใจ แต่ถ้าทำแล้วเหนื่อยมาก ควรลดกิจกรรมลงเท่าที่สามารถทำได้โดยไม่เหนื่อย กิจกรรมที่สามารถทำได้เอง มีดังนี้

1.7.1 ทำกิจวัตรส่วนตัวทุกอย่างได้ เช่น อาบน้ำ เช็ดตัว ล้างหน้า แปรงฟัน ตลอดจนรับประทานอาหารและขับถ่าย

1.7.2 การทำงานบ้าน เช่น เช็ดถูของ กวาดบ้าน บัดฝุ่น เช็ดหน้าต่าง รีดผ้า เดินซื้อของ เดินขึ้นลงบันได ถ้าถือของด้วยไม่ควรหนักเกิน 2 - 4 กิโลกรัม

1.7.3 การออกแรงดึง เช่น การปูเตียง หรือดึงลากของที่มีน้ำหนักได้ไม่เกิน 5 กิโลกรัม เพราะจะทำให้เพิ่มแรงดันในหัวใจ

1.8 หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ตื่นเต้น เพราะจะทำให้หัวใจเต้นแรงและเร็วในเวลาเดียวกัน หลอดเลือดโคโรนารีของหัวใจจะบีบตัวตีบลงจนกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือด และหัวใจจะวายลงทันที เช่น การชอบดูการแข่งขันแล้วสนับสนุนฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด ตัวอย่างเช่น การดูการชกมวย/ฟุตบอล เป็นต้น

1.9 การใช้ยา การใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนับเป็นสิ่งสำคัญ เพราะผู้สูงอายุจำเป็นที่จะต้องให้ถูกต้อง ร่วมกับมีพฤติกรรมสุขภาพในด้านอื่น ๆ ที่ดี จึงจะสามารถควบคุมโรคได้ การรับประทานยาให้ถูกต้องนั้น ผู้ป่วยต้องมีความรู้ในเรื่อง ขนาด คุณสมบัติ ฤทธิ์ข้างเคียง วิธีการใช้ยา พร้อมทั้งรู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เพื่อจะได้รายงานแพทย์และหาวิธีแก้ไขได้ถูกต้อง การรับประทานยาควรให้ถูกต้องตรงตามขนาด และเวลาอย่างสม่ำเสมอ และควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่น ๆ ที่แพทย์พยาบาลไม่ได้แนะนำ เช่น ยานอนหลับ ยาชุด ยาปฏิชีวนะ ยาระบาย ฯลฯ เพราะอาจเป็นการเสริมฤทธิ์ หรือ ขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ได้รับ หรืออาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาได้ในผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจที่ใช้ยาคุมกำเนิด พบว่าจะมีการเกิดก้อนเลือดอุดตัน (Thromboembolism) มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย และหลอดเลือดสมองอุดตันได้ง่าย (สุรพันธ์ สิทธิสุข. 2539 : 123)

สำหรับยาที่ใช้รักษาโรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่ ยากลุ่มไนเตรด ยากันเบต้า ยาด้านแคลเซียม ยาด้านเกล็ดเลือด ยาด้านหัวใจเต้นผิดจังหวะ และยาขับปัสสาวะ

1. ยากลุ่มไนเตรด เป็นยาที่ใช้กันแพร่หลายและมีหลายรูปแบบ ทั้งที่ออกฤทธิ์สั้นและนาน ยาเหล่านี้จะไปลดอาการเจ็บหน้าอกได้ โดยทำให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือด

หย่อน คลายตัวหลอดเลือดดำขยายตัว และลดแรงต้านหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ยากลุ่มไนเตรดมีด้วยกันหลายแบบ เช่น

- ไอโซซอร์บิเด ไดไนเตรท (Isosorbite dinitrate) มีทั้งแบบอมไตลีน (5 มิลลิกรัม) และในรูปของยาพ่นขยายหลอดเลือด ซึ่งออกฤทธิ์เร็วภายใน 2-3 นาที สามารถใช้ติดต่อกันได้ 1-3 เม็ด ถ้าอาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยควรจะไปพบแพทย์ ยาเม็ดไนโตรกลีเซอรินเป็นยาที่ช่วยในการบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีลักษณะเป็นเม็ดเล็กสีขาว ใสอมไตลีน เพื่อให้ตัวยาค่อยๆซึมทางหลอดเลือดและออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจมากขึ้น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังใช้ไม่ค่อยถูกต้อง ทำให้การออกฤทธิ์ของยาไม่ได้ผล การใช้ยาที่ถูกต้องมีดังนี้ ให้อมไตลีน ห้ามรับประทาน เพราะยาจะถูกทำลายโดยกรดในกระเพาะ ขณะอมยาให้สังเกตถึงการเสื่อมคุณภาพของยาด้วย คือ ขณะอมยานี้รู้สึกรสชาติจะขำ เผ็ดร้อน ถ้าขาดคุณสมบัติเหล่านี้แสดงว่ายาเสื่อมคุณภาพไม่ควรใช้วิธีการเก็บรักษายา โดยเฉพาะควรทำดังนี้ เก็บในขวดสีชา และปิดฝาให้แน่น ป้องกันความชื้น ไม่ควรเก็บยานานเกิน 3 เดือน แม้ว่าขวดที่ปิดฝาแล้วจะปิดแน่นก็ตาม ห้ามนำสำลีหรือฟองน้ำอุดปากขวด เพราะจะทำให้คุณภาพยาเสื่อม นอกจากนี้ยังมีในรูปของยาเม็ดรับประทาน ซึ่งออกฤทธิ์ช้ากว่า มีขนาด 10-60 มิลลิกรัม

- ไนโตรลครีม 2% (Nitrol ointment) ในรูปขี้ผึ้ง (เนื้อครีมจะคล้ายเจลใสบรรจุอยู่ในหลอด) จะให้ใช้ 0.5-2.5 นิ้ว ทุก 4 ชั่วโมง แปะติดหน้าอกพบว่าได้ดี มักใช้ป้องกันมิให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก โดยเฉพาะในขณะนอนหลับ

2. ยากันเบต้า ยานี้จะไปปิดกั้นฤทธิ์กระตุ้นจังหวะการเต้น ฤทธิ์การบีบตัวของแคทีโคลามีน (Catecholamine) และโคลามีน (Cholamine) ที่มีต่อหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นช้าลง ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ก่อนใช้ยานี้ควรจับชีพจร หากช้ากว่า 60 ครั้ง/นาที ควรหยุดใช้ยาและปรึกษาแพทย์ ยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ คือ โพรพานอลอล (Propanolol) ใช้ในขนาด 40-80 มิลลิกรัม/วัน เช่น ยาอินเดอร์รอล (Inderal)

3. ยาด้านแคลเซียม เป็นยาที่ไปรบกวนต่อแคลเซียมที่จะเข้าเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจได้ผลดีในการลดอาการเจ็บหน้าอก ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ ไนฟิทิปีน (Nifedipine) และเวราปามิล (Verapamil) ซึ่งถือว่าเป็นรุ่นแรกของยาด้านแคลเซียม

4. ยาด้านเกล็ดเลือด (Antithrombolytic agent) ช่วยป้องกันการเกิดลิ่มเลือด และการอุดตันของหลอดเลือด ยาที่นิยมใช้ในปัจจุบัน คือ เบบี แอสไพริน ในผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้หญิงที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ต้องระวังการเกิดเลือดออกง่ายกว่าปกติ เช่น ประจำเดือนมามากกว่าปกติ หากมีอาการดังกล่าวควรปรึกษาแพทย์

แต่หากเกิดอาการผิดปกติซึ่งเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ควรมาปรึกษาแพทย์หรือพบแพทย์โดยเร็ว มีดังนี้คือ รู้สึกใจเต้นหรือหัวใจกระโดด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน

มีปัญหาการมองเห็นผิดปกติไป เช่น ตามัว รู้สึกไม่สบายเป็นต้น ยาทุกชนิดมีความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องรับประทาน ไม่ควรหยุดยาเอง ตัวอย่างเช่นยาพวกโปตัสเซียมคลอไรด์ซึ่งมีรสฝืด ฝาดและขมรับประทานยาก ผู้สูงอายุอาจไม่ค่อยชอบรับประทานและอาจทั้งยาหรือหยุดรับประทานยาได้ ซึ่งไม่ควรปฏิบัติอย่างยิ่ง เพราะยาชนิดนี้จะไปทดแทนโปรตัสเซียมคลอไรด์ที่สูญเสียไปกับยาขับปัสสาวะ ไม่เช่นนั้น อาจเกิดอาการแพ้ยาหัวใจได้ง่าย คือ เกิดอาการใจเต้น ใจสั่นหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ ถึงอันตรายได้ และถ้าเกิดอาการอ่อนเพลีย ท้องอืดเป็นลม ควรจะรีบไปพบแพทย์ทันที กรณีที่รับประทานลำบากควรใช้น้ำหวานผสมรับประทานได้

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การใช้ยาให้ได้ดีและถูกต้องนั้น จำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ และการให้ความใส่ใจเป็นอย่างมาก ซึ่งอาจจะทำให้มีผู้สูงอายุบางรายมีโอกาสที่จะรับประทานยาไม่ถูกต้องครบถ้วนได้

1.10 ด้านเพศสัมพันธ์ ความต้องการทางเพศเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่งของมนุษย์ แต่สังคมไทยสร้างค่านิยมเรื่องเพศว่า ผู้สูงอายุควรงดการมีเพศสัมพันธ์ เมื่อผู้สูงอายุเกิดเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบก็จะมีผลกระทบต่อการใช้เพศสัมพันธ์ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องประเมินสุขภาพของตนด้วยว่ามีความพร้อมหรือไม่ ในกรณีที่มีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง บ่อยครั้งหรือออกจากโรงพยาบาลไม่ถึง 8 สัปดาห์ ก็จะมีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ แต่ในสภาพการณ์จริง หากมีความต้องการ ผู้สูงอายุเหล่านี้จะปฏิเสธได้หรือไม่ บางรายอาจไม่กล้าปฏิเสธ เนื่องจากเกรงจะทำให้สามีไม่พอใจ เบื่อหน่าย หรือไปมีคนอื่น ในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งอาจไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์ แม้สภาพร่างกายจะสามารถกระทำได้อาจเป็นเพราะคู่สมรสหรือตัวผู้สูงอายุเองกลัวว่าจะเป็นอันตราย (Powell, et al. 1987 : 251 –287) จากข้อมูลเหล่านี้ทำให้ทราบว่าทั้งคู่สมรสและผู้สูงอายุยังมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง อาจเนื่องมาจากตัวผู้สูงอายุเองไม่กล้าซักถามแพทย์ พยาบาล เพราะเกรงว่าจะถูกมองในแง่ไม่ดี หรือเมื่อคิดจะถามก็ไม่ทราบว่าใครจะเป็นผู้ตอบคำถามได้ ความไม่คุ้นเคย ขาดความไว้วางใจ จึงพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเอง (ศรีจิตรา บุญนาค. 2535 : 4) นอกจากนี้แพทย์ และพยาบาลเองก็ได้ให้ความกระจ่างในเรื่องนี้กับผู้ป่วยมานาน ทั้งนี้เพราะวัฒนธรรมประเพณีที่ถือว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนบุคคลต้องห้าม (Sex is tabu) ให้เป็นเรื่องของสามี-ภรรยาเท่านั้น จึงพบว่าร้อยละ 50-60 ของผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์ลดลง เนื่องมาจากไม่ได้รับคำปรึกษาที่ถูกต้อง (สุชาติ จันทรเฒ. 2536 : 22)

ดังนั้นแพทย์ พยาบาล ควรที่จะเป็นผู้ช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศที่ถูกต้อง และสามารถบอกเล่าถึงความต้องการ ความรู้สึก และสภาวะของโรคที่แท้จริงของตนกับคู่สมรส เพื่อให้สามีภรรยามีความเข้าใจที่ถูกต้อง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน อีกทั้งผู้สูงอายุที่จะประเมินสุขภาพของตนให้ได้ว่า มีความพร้อมที่จะมี

เพศสัมพันธ์หรือไม่ และต้องปฏิบัติเช่นไร รวมถึงถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้ ต้องกล้าที่จะปฏิเสธ และอธิบายให้คู่นอนเข้าใจ

สำหรับแนวทางการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช. 2533 : 98)

1. เริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่อสามารถเดินจ้ำเร็ว ๆ ด้วยความเร็ว 80-100 เมตร ต่อนาที หรือขึ้น-ลงบันได 2 ชั้น หรือประมาณสัปดาห์ที่ 8 ภายหลังจากเกิดอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจ
 2. ควรรับประทานยาขยายหลอดเลือดก่อนการมีเพศสัมพันธ์
 3. ควรมีเพศสัมพันธ์เมื่อได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ไม่ควรอยู่ในภาวะจิตใจที่ตึงเครียด
 4. บรรยากาศแวดล้อมควรจัดให้สบาย ห้องไม่ควรร้อนจัด ชื้นหรือหนาวจัด จนเกินไป
 5. หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ เช่น คู่นอนคนใหม่ สถานที่ใหม่
 6. หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หลังการรับประทานอาหารใหม่ ๆ เพราะว่าการย่อยอาหารทำให้หัวใจต้องเพิ่มการทำงาน และหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ชา กาแฟ 3 ชั่วโมง ก่อนมีเพศสัมพันธ์
 7. ใช้ทำการมีเพศสัมพันธ์ที่คุ้นเคย และเป็นท่าที่สบาย ๆ ผ่อนคลาย ไม่ใช้ท่าที่ทำให้การหายใจอึดอัด
 8. สังเกตอาการผิดปกติดังต่อไปนี้ อาการเจ็บหน้าอกในระหว่างหรือหลังมีเพศสัมพันธ์ อาการหัวใจเต้นเร็ว ใจสั่นอยู่นาน 15 นาที หรือมากกว่า อาการหายใจขัด หอบ หรืออัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที เป็นเวลา 15 นาทีหรือมากกว่า นอนไม่หลับหลังมีเพศสัมพันธ์ หรืออ่อนเพลียหลังมีเพศสัมพันธ์ 1-2 วัน ซึ่งถ้ามีอาการดังกล่าว ควรมาปรึกษาแพทย์ พยาบาล และวิธีการแก้ไขที่ดีวิธีหนึ่ง คือ ควรพาคู่สมรสมาด้วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และสามารถลดความขัดแย้งที่อาจจะเกิดได้
- ถ้าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสามารถปฏิบัติได้เช่นนี้ ก็จะทำให้มีเพศสัมพันธ์ได้ตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคขณะมีเพศสัมพันธ์ลดลงและช่วยให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสามี-ภรรยา อีกด้วย

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย (Physical activity)

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบควรมีพฤติกรรมสุขภาพด้านร่างกายอย่างเหมาะสมซึ่งเน้นในเรื่องออกกำลังกายและการพักผ่อน ในสังคมปัจจุบันคนจำนวนหนึ่งไม่จำเป็นต้องใช้กำลังกายในการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ จึงขาดการออกกำลังกาย มีอาหาร

การกินเกินความจำเป็นแล้วยังมีพฤติกรรมหาความเพลิดเพลินในตัว เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา มีความเครียดต่อการดำรงชีวิตและ การงานล้วนเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด และความดันโลหิตสูงทั้งสิ้น การหาโอกาสออกกำลังกายจึงเป็นข้อดีสำหรับสุขภาพทั่วไปและหัวใจ จากการศึกษาของ เพาเวล และคณะ (Powell, et al. 1987 : 251) พบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์เกิดโรคหัวใจขาดเลือด เพราะผลจากการใช้ชีวิตอย่างสุขสบาย มีอาชีพนั่งทำงาน เป็นส่วนใหญ่จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 1.9 เท่าของผู้ที่มีอาชีพที่ต้องทำงานอย่างกระฉับกระเฉง การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุนั้นต้องเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาวะร่างกาย และสมรรถนะทางร่างกายของผู้สูงอายุ โดยไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบควรออกกำลังกายช้า ๆ ไม่หักโหมไม่เหนื่อยจนเกินไป และควรมีระยะผ่อนคลายเป็นการออกกำลังกายทุกครั้ง โดยมีขั้นตอนของการออกกำลังกาย (มานพ ประภาชนนท์. 2538 : 77-80) ประกอบไปด้วย การฝึกการหายใจ การฝึกความผ่อนคลาย การควบคุมการหายใจขณะทำกิจกรรม การเพิ่มการเคลื่อนไหวของทรวงอกและลำตัว การเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ ซึ่งวิธีการออกกำลังกายประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนของการออกกำลังกาย

ระยะอุ่นเครื่อง (Warm up) กระทำในตอนเริ่มต้นของการออกกำลังกาย เพื่อเป็นการเพิ่มอุณหภูมิในกล้ามเนื้อมีความตื่นตัว ระยะเวลาการอุ่นเครื่องประมาณ 10-15 นาทีควรนานขึ้นไปถ้าหากอากาศข้างนอกหนาวเย็น

ระยะออกกำลังกายต่อเนื่อง (Endurance) เป็นการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง มีจังหวะและใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ เป็นเวลา 15-30 นาที อันประกอบด้วยออกกำลังกายตามวิธีกายกรรม (Calisthenic) หรือวิธีการต่าง ๆ เช่น เดิน วิ่งบนสายพาน หรือด้วยการถีบจักรยาน เป็นต้น

ระยะชะลอการออกกำลังกาย (Cool down) เป็นการป้องกันไม่ให้หัวใจสูบฉีดเลือดลดลงทันทีหลังการออกกำลังกาย ทั้งนี้เนื่องจากขณะออกกำลังกายกล้ามเนื้อและผิวหนังได้รับเลือดเลี้ยงเพิ่มขึ้นมาก เพื่อใช้ในขบวนการเมตาบอลิซึมชนิดใช้ออกซิเจนและกระจายความร้อนออกจากร่างกายหลอดเลือดจึงขยาย ถ้าหยุดการออกกำลังกายโดยกะทันหันเลือดจากขาจะกลับหัวใจไม่ทัน เพราะเลือดกลับหัวใจโดยการไหลกลับของกล้ามเนื้อทำให้ปริมาตรที่หัวใจสูบฉีดลดลงไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอจนอาจทำให้เป็นลมได้ จึงควรชะลอการออกกำลังกายลงตามลำดับประมาณ 5-10 นาที ก่อนหยุด

วิธีการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่เหมาะสมถูกต้องในการปฏิบัติดังต่อไปนี้ คือ (วิศาล คันธารัตนกุล และคณะ. 2538 : 33)

1. เริ่มออกกำลังกายอย่างช้า ๆ ไม่เร่งรีบ
2. เริ่มออกกำลังกายในท่านอน นิ่ง และเย็น ตามลำดับ
3. เริ่มออกกำลังกายจากขา แขน และลำตัว ตามลำดับ
4. เริ่มออกกำลังกายจากขนาดระดับต่ำก่อนจนถึงระดับสูง
5. หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในระหว่างเจ็บป่วย ติดเชื้อ ภาวะโปตัสเซียมต่ำ หรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
6. สวมเสื้อผ้าที่เหมาะสม ไม่หนาเกินไป และสวมรองเท้าที่เหมาะสม
7. ควรออกกำลังกายก่อนมื้ออาหาร 30 นาที และหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง เวลาที่เหมาะสมคือ 6.00-8.00 น. หรือ 16.00-18.00 น.
8. หยุดออกกำลังกายเมื่อรู้สึกไม่สบาย
9. ขณะออกกำลังกายหากมีอาการเจ็บหน้าอก ควรอมยาหรือพ่นยาขยายหลอดเลือด จากนั้นชะลอและหยุดพักการออกกำลังกาย
10. หลีกเลี่ยงการอาบน้ำร้อนจัดหลังออกกำลังกาย เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำ และหัวใจเต้นผิดจังหวะ ควรนั่งพักประมาณ 20-30 นาทีก่อนอาบน้ำ
11. ถ้าไม่เคยออกกำลังกาย ควรศึกษาหลักการให้ถูกต้องและค่อย ๆ ทำ อย่าหักโหม ถ้าหากมีโรคประจำตัวต้องปรึกษาแพทย์ก่อน
12. เลือกชนิดของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและถูกกับนิสัย
13. อย่างแข่งขันกับผู้อื่นเพื่อเอาชนะ แต่ออกกำลังกายเพื่อร่างกายของตนเอง
14. ให้ระมัดระวังอุบัติเหตุ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายโดยการกระโดด กระตุก หรือออกกำลังกายโดยการกลั่นลมหายใจ
15. ให้ทำอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ไม่ควรเลิกหรือหยุดทำเนื่องจากจะทำให้สมรรถภาพของร่างกายเสื่อมถอย และเกิดการเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้
16. เมื่อเกิดอาการผิดปกติอย่างใดควรปรึกษาแพทย์ โดยเฉพาะเมื่อมีอาการหน้ามืดใจสั่น เจ็บหน้าอก ควรหยุดการออกกำลังกาย
17. ควรออกกำลังกายเป็นหมู่คณะ หรือมีเพื่อนร่วมออกกำลังกาย

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม คือ กิจกรรมที่ผู้ป่วยไทยทำเป็นประจำในสัดส่วนที่สูงกว่ากิจกรรมอื่น ๆ ได้แก่ การเดินเล่นแบบทอดน่อง การดูแลสัตว์เลี้ยงและการดูโทรทัศน์ กิจกรรมที่ผู้ป่วยทำน้อย คือ การออกกำลังกาย การออกกำลังกายจากการทำงานบ้านที่ไม่ได้ใช้แรงมาก เป็น

การออกกำลังกายที่ใช้เวลานั้น ๆ ไม่ต่อเนื่อง จึงเป็นการออกกำลังกายที่ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ (รัชดา จำปา และสุวดี ชูสุวรรณ. 2540 : 12) วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 43) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนการออกกำลังกายในระดับค่อนข้างต่ำ เนื่องจากไม่มีเวลา ระยะทางห่างไกลจากสถานที่ออกกำลังกาย มีอาการอ่อนเพลียและขาดแรงจูงใจ และจากการศึกษาของวาสนา เกื่อนวงษ์ (2540 : 121) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายเพราะสุขภาพไม่แข็งแรง ลูกนั่งหรือเดินไม่สะดวก ถ้าออกกำลังกายกลัวไม่สบายมากขึ้น ไม่มีเวลา ไม่ว่างพอที่จะออกกำลังกาย ซึ่งส่วนใหญ่พบในพวกที่ยังประกอบอาชีพอยู่ คิดว่าการทำงาน เช่น งานบ้านขายของ เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว ไม่สนใจการออกกำลังกายอีก และไม่มีเพื่อนในการออกกำลังกายเพราะกลัวไม่มีคนช่วยถ้าเกิดปัญหา

การพักผ่อน สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจนั้น ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพราะขณะที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลาย ต้องอาศัยเวลา 6-8 สัปดาห์ แล้วแต่ขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย ซึ่งหากผู้ป่วยมีการออกกำลังกายมาก กล้ามเนื้อหัวใจที่ตายอาจจะเพิ่มมากขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ. 2539 : 119-121) ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงของโรคแล้ว การพักผ่อนก็ยังนับว่าเป็นส่วนสำคัญเช่นกัน เพราะขณะที่ร่างกายได้รับการพักผ่อนเต็มที่ จะส่งผลให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง หัวใจไม่ต้องทำงานมากเกินไป กล้ามเนื้อหัวใจมีออกซิเจนมาเลี้ยงอย่างเพียงพอ อีกทั้งยังส่งผลต่อสภาพจิตใจ ทำให้สดชื่น ไม่หงุดหงิด และไม่อ่อนเพลีย ในสภาวะที่เจ็บป่วย การพักผ่อนให้เพียงพอเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ควรหาเวลาว่างช่วงสั้น ๆ ในแต่ละวันพักผ่อนบ้าง เพื่อเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อและจิตใจ อาจใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ ดู โทรทัศน์ ฟังเพลง หรือทำในสิ่งที่ชอบสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจปฏิบัติได้แล้วย่อมจะทำให้ทั้งร่างกายและจิตใจมีความสมบูรณ์แข็งแรงได้เป็นอย่างดี

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ (Nutrition)

โภชนาการมีความจำเป็นต่อสุขภาพตลอดอายุขัย ดังนั้นอาหารที่รับประทานต้องปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการ เพื่อป้องกันทั้งโรคขาดสารอาหารและโรคเรื้อรังสัมพันธ์กับอาหาร การที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายหลักทางโภชนาการนี้ ทุกคนต้องแสวงหาความรู้ทางโภชนาการที่ถูกต้อง และสามารถนำความรู้ที่ได้นำมาปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จัดอยู่พวกโรคเรื้อรังสัมพันธ์กับอาหาร เพราะมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดถึง 4 ชนิด ที่มีสาเหตุจากการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องหลักโภชนาการ คือ โรคอ้วน ภาวะความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นการรับประทานอาหารอย่างถูกต้องหลักโภชนาการจึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันและบำบัดปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4 ชนิดนี้ ซึ่งย่อมมีผลต่อการลดอัตราการตาย และ

อัตราความพิการเนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในปัจจุบันการซื้ออาหารสำเร็จรูปหรือบริโภคอาหารนอกบ้านพบเห็นได้บ่อยขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่าคนส่วนใหญ่นิยมการซื้ออาหารสำเร็จรูป (อาหารปรุงสำเร็จแล้วพร้อมบริโภค) มารับประทานในครอบครัว (วิชัย ตันไพจิตร. 2540 : 83) อาหารเหล่านี้มักจะมีส่วนประกอบของไขมัน โคเลสเตอรอลและโซเดียมสูง โยอาหารน้อย การรับประทานอาหารที่มีไขมัน และโปรตีนมาก แต่มีเส้นใยอาหารน้อยจะทำให้ร่างกายได้รับปริมาณโลโปโปรตีน (LDL) มากเกินไปทำให้เกิดการจับเกาะของไขมันที่หลอดเลือดมากขึ้น นั่นคือถ้าผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ยังคงติดอยู่กับการบริโภคอาหารที่ติดรส ติดอร่อย หวาน มัน เค็ม หรือปรุงและจัดอาหารที่มุ่งตอบสนองความต้องการของตนเองมากกว่าสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการรับประทานอาหารมื้อเย็น ซึ่งเป็นอาหารมื้อใหญ่ของคนไทย จะทำให้ผู้บริโภคเกิดภาวะอ้วนได้ง่าย จึงกล่าวได้ว่าถ้าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่มีความรู้ ความเข้าใจ ความตั้งใจจริง หรือการช่วยเหลือและเข้าใจจากสมาชิกในครอบครัวแล้วก็จะไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคให้มีความเหมาะสมได้

ปริมาณพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันถ้ามากกว่าความต้องการของร่างกาย ก็จะไปสะสมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้มีน้ำหนักเกิน และถ้าเป็นไขมันชนิดอิ่มตัว จะมีผลให้ระดับโคเลสเตอรอลสูงขึ้น โดยทั่วไปร่างกายต้องการพลังงานวันละ 2,000-2,800 แคลอรีต่อวัน (วาสนา เกื้อวงศ์. 2540 : 34-35) จากการศึกษาของวินัส ลิพทกุล (2539 : 39-47) เกี่ยวกับอาหารไทยบางชนิด และอาหารฟาสต์ฟู้ดของชาวตะวันตกที่มีพลังงานและโคเลสเตอรอลสูง และปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารบางชนิด ซึ่งผู้วิจัยได้นำเอารายการอาหารเหล่านี้ไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์และเป็นข้อมูลอ้างอิงเพื่อไปใช้ในการแปลผลการให้คะแนน ของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารต่อไป โดยมีข้อสรุปของการปฏิบัติตนสำหรับ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ดังนี้

1. รับประทานอาหารแต่ละมื้อในปริมาณที่พอเหมาะ
2. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารโดยการผัด ควรใช้การต้ม นึ่ง หรือย่าง
3. หลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันประเภทไขมันอิ่มตัวในการประกอบอาหาร
4. หลีกเลี่ยงการนำเนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ มันหมู มันกุ้ง มาใช้ในการประกอบอาหาร

5. ไข่เป็นอาหารที่มีประโยชน์ เนื่องจากมีโปรตีนสูง แต่มีโคเลสเตอรอลจำนวน 250-300 มิลลิกรัม/ฟอง จึงควรรับประทานไม่เกิน 3 ฟอง / สัปดาห์ (รัชดา จำปา และสุวดี ชูสุวรรณ. 2540 : 9-13)

6. ควรรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (Complex carbohydrate) ได้แก่ ข้าวต่าง ๆ มากกว่ารับประทานน้ำตาล (ศุวรินทร์ หันกิตติกุล. 2539 : 27)

7. หลีกเลี่ยงการใช้เกลือในการประกอบอาหาร เพราะโดยทั่วไปปริมาณเกลือที่ร่างกายได้รับในแต่ละวัน 2 ใน 3 เป็นเกลือในอาหารตามธรรมชาติอยู่แล้ว จึงอาจใช้ผัก ผลไม้ และเครื่องเทศใส่แทนเกลือ (สุดา วิไลเลิศ. 2536 : 13)

8. หลีกเลี่ยงการรับประทานของขบเคี้ยว ขนมหวาน หรือผลไม้ที่มีรสหวานมาก

การสูบบุหรี่ : การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญตัวหนึ่งซึ่งก่อปัญหาโรคหัวใจ โดยเฉพาะมีผลต่อหลอดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่าวันละ 1 ซอง จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ 3-4 เท่า (กาญจนา ประสารปราวณ. 2535 : 25) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะสามารถลดน้อยลงได้ หากผู้สูงอายุมีความพยายามอย่างเต็มความสามารถที่จะเลิกสูบบุหรี่ จากการศึกษาของเฮมิกา ยามิรัต (2527 : 34) พบว่าร้อยละ 75-80 ของผู้ที่ติดบุหรี่ต้องการจะเลิกสูบบุหรี่ ในขณะที่ 1 ใน 3 ได้เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่อย่างจริงจังมาแล้วอย่างน้อย 3 ครั้ง ความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เช่นเดียวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ที่ไม่อาจมองข้ามได้ ซึ่งทั้งสองเรื่องนี้ต้องกระทำควบคู่กันไป

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน : ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ เช่น กลุ่มคนงานก่อสร้าง รับจ้าง หลังเลิกงานมักจะดื่มน้ำดื่มสุรา ทั้งชายและหญิงเป็นประจำ เมื่อดื่มไประยะหนึ่งจะติด ต้องดื่มสุราต่อหรือดื่มปริมาณเพิ่มขึ้น อีกทั้งนิยมดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เพราะเชื่อว่าจะทำงานได้มาก ได้นาน ส่วนผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี นิยมดื่มสุรา ไวน์ เมื่อเข้าสังคมผู้สูงอายุที่ทำงานนอกบ้านนิยมดื่ม ชา กาแฟ ในช่วงทำงานแต่ละวัน ผู้สูงอายุเมื่อดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีนจะทำให้ความต้องการของออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น จนอาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ จากการศึกษาของมาร์มอต และบรันเนอร์ (Marmot & Brunner. 1991 : 565-568) พบว่าการดื่มสุรามากกว่า 1 ออนซ์ (30 ซีซี) ทุกวันจะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น เพราะแอลกอฮอล์ทำให้มีการออกซิเดชันของกรดไขมันลดลงนั่นเอง

4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

(Interpersonal relations)

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบควรมีการกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เช่น ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด หรือช่วยแก้ไขปัญหและสถานการณ์ต่าง ๆ จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจและสังคมที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้แก่ ความอ่อนเพลียเหนื่อยง่าย หายใจไม่สะดวก และการเคลื่อนไหวที่ลำบากมากขึ้นไม่สามารถเดินทางไปในที่ต่าง ๆ ดังที่เคยกระทำ เป็นผลให้ต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลในครอบครัวและบริการทางชุมชนเพิ่มขึ้น ประกอบกับการดำรงชีวิตอยู่ในสภาวะการเงินที่จำกัดจากรายได้ภายหลังเกษียณอายุที่

ลดน้อยลง ไม่สมดุลกับค่าครองชีพ ค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุจะเข้าสู่สังคมลดน้อยลง เกิดการว่าเหว และแยกตัวออกจากสังคม (อาภา ใจงาม. 2533 : 142) แต่การดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมย่อมต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับมีความไว้วางใจ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึก เพราะการมีสัมพันธภาพที่ดีนั้น จะทำให้ได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น คำแนะนำ คำปรึกษา คำตักเตือน กำลังใจ หรือด้านการเงิน ซึ่งนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ ช่วยให้ตนเองเกิดความภาคภูมิใจเห็นว่าตนเองมีคุณค่า เกิดความรู้สึกที่ดี ช่วยลดความเครียด สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่าง เหมาะสมนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Pender. 1996 : 259) นอกจากนี้ สุรกุล เจนอบรม (2534 : 146 – 149) กล่าวว่า การมีกิจกรรมที่สนับสนุนและส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมในสังคมด้วย ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นสิ่งที่สำคัญและมีความหมายมากสำหรับผู้สูงอายุ เพราะไม่เพียงแต่เป็นการสนับสนุนเชิงบวกทำให้ชีวิตได้รับการกระตุ้นอยู่ตลอดเวลาและมีการติดต่อทางสังคมเท่านั้น แต่ยังช่วยเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ชีวิตมีความหมายมากขึ้น

5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spirit growth)

เป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีความเชื่อที่ทำให้มีการดำเนินชีวิตที่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิต ซึ่งเรียนรู้ได้จากประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับความรักความจริงใจต่อบุคคลอื่น ความสนุกสนาน ความสงบสุข และความพึงพอใจในชีวิต รวมทั้งการช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายของชีวิต การพัฒนาทางจิตวิญญาณมีความสำคัญในการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม เพราะความเชื่อเกี่ยวกับจิตวิญญาณ จะมีอิทธิพลต่อการให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต การพัฒนาทางจิตวิญญาณ ประเมินได้จากความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาและความรู้สึกเกี่ยวกับความหมายของชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย และชีวิตหลังความตาย ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับศาสนากับปรัชญาได้แก่ พันธสัญญาเกี่ยวกับความเป็นมนุษย์หรือความไว้วางใจในพระเจ้า จะทำให้บุคคลได้พบความสงบสุข และนำไปสู่ความมีเหตุผลในการดำเนินชีวิต (Pender. 1996 : 132) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะต้องเผชิญกับความสูญเสียหลายครั้ง เช่น ฐานะทางสังคม (เกษียณ) เพื่อนหรือคู่ครอง และการสูญเสียความเป็นหนุ่มเป็นสาวที่มีภาวะร่างกายที่แข็งแรง กระฉับกระเฉง เคลื่อนไหวได้คล่องแคล่วว่องไว เนื่องจากความเสื่อมของสภาพร่างกายที่เกิดขึ้นตามวัยและที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ความสูญเสียที่สำคัญเหล่านี้ย่อมนำความทุกข์มาสู่ผู้สูงอายุ หากไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์เหล่านี้ได้ ก็ไม่สามารถที่จะดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีหรือไม่สามารถที่จะส่งเสริมภาวะสุขภาพของตนเองได้ เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความกลัว สับสนในตนเอง เนื่องจากไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ บทบาทของตนเองในครอบครัวลดลง ต้องพึ่งพา

อาศัยผู้อื่นตลอดเวลา ดังนั้นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่สามารถควบคุมอาการหรือความรุนแรงของโรคได้ จะมีสุขภาพจิตที่ดียอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีความยืดหยุ่นในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีปฏิริยาตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมในทางที่ดี ไม่คิดว่าตนเองไร้ประโยชน์ก็จะก่อให้เกิดความหวังว่าตนเองยังมีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม มีญาติมิตร คอยดูแลห่วงใย และเกิดความหวังจะมีชีวิตยืนยาวต่อไปอย่างมีความสุข

6. พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management)

เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม จากการศึกษาผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เสื่อมโทรมลงตามวัย และจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทำให้สมรรถภาพร่างกายที่เคยดี เคยเก่ง เคยรวดเร็วลดลงเสื่อมลง ความคล่องแคล่วในการตัดสินใจลดลง และยังมีอาการหลงลืมเพิ่มด้วยร่วมกับปัญหาเศรษฐกิจ โดยทั่วไปพบว่าผู้ป่วยจะมีรายได้ลดลงเพราะต้องเกษียณจากงาน หรือมีอายุมากไปไม่สามารถทำงานได้ไหว บางที่ต้องอาศัยเงินทองจากบุตรหลาน ทำให้ความภาคภูมิใจลดต่ำลง เป็นคนคิดมาก สุขภาพจึงเสื่อมลงไปอีก นอกจากนี้ยังผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในสังคมสูง เช่น เป็นข้าราชการระดับสูงมีอำนาจวาสนาคนนับหน้าถือตา เมื่อเกษียณอายุเป็นชนธรรมดาร่วมกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ก็อาจทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าคนอื่น ๆ และการที่ต้องเข้าออกโรงพยาบาลอยู่บ่อย ๆ เนื่องจากอาการของโรคที่ไม่แน่นอนพร้อมกับกิจกรรมหลายอย่างที่ถูกจำกัด ผลของปัญหาเหล่านี้จะกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยเกิดความเครียดขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยทั้งทางตรงจากต่อมหมวกไตส่วนในทำให้หัวใจเต้นเร็วกล้ำเนื้อหัวใจบีบตัวแรงขึ้น หลอดเลือดหัวใจหดตัว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือผลทางอ้อม ในด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมที่อันตรายต่อการเป็นโรค เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

โดยปกติผู้สูงอายุทุกคนก็มีปัญหาด้วยกันทั้งนั้น มีความเครียดด้วยกันทั้งสิ้น จึงอยู่ที่ว่าใครจะปรับตัวสู่กับความเครียดนั้น ๆ อย่างไร ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นได้หรือมีวิธีที่จัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม เช่น การเก็บซ่อนความรู้สึกไว้ไม่แสดงอารมณ์ ความเกรงใจ ไม่กล้าสอบถามอาการป่วยของตนเอง จากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคอะไร รวมทั้งการแสดงอารมณ์รุนแรงโมโห หรือโกรธเคืองกับสภาพร่างกายของตนเองความเครียดนั้นก็สะสมอยู่ภายในก่อให้เกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพได้

ดังนั้นการจัดการความเครียดที่เหมาะสม จึงเป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดีจะมีภาวะสุขภาพดี จากการศึกษาของ

วชิราภรณ์ สุนนวงศ์, วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และฉวีวรรณ ชงชัย (2538 : 20) พบว่าความวิตกกังวล และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันทางลบ

ผู้สูงอายุที่สามารถเผชิญความเครียดได้ดี ต้องรู้จักเลือกวิธีการจัดการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะ ดังนี้

การมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) เป็นการเผชิญกับความเครียด โดยการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมให้สถานการณ์ดีขึ้น รู้จักจัดการกับแหล่งความเครียดหรือจัดการกับตนเองโดยมุ่งแก้ปัญหา

การจัดการกับอารมณ์ (Emotional focused coping) เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ นั่นคือ ผู้สูงอายุต้องรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก เพื่อสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531 : 69-70) ได้เสนอแนวทางการแก้ไขและส่งเสริมสุขภาพจิตให้ 7 ประการ คือ

1. ยอมรับความเป็นจริงของชีวิตนี้ มีเกิด มีเจริญ มีอภังการ มีแก่มีความเสื่อมและความตายเป็นธรรมดา ยิ่งเข้าใจว่า ชีวิตเป็นทุกข์ ชีวิตเป็นนิจจัง ชีวิตเป็นอนัตตา ก็ยิ่งให้สุขภาพจิตดีขึ้น
2. ฝึกควบคุมอารมณ์ให้มีสติ ไม่ให้จิตใจ เสียใจเกินกว่าปกติ
3. มองคนในแง่ดี คนมีหลายแง่มุม มีดีแล้ว ควรมองแต่แง่ดีของเขา
4. ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต้องแก้ไขด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามก็ต้องแก้ปัญหาได้ไม่มากก็น้อย ไม่ควรหนีปัญหา
5. ฝึกตนเองเป็นคนอดทน มั่นคง ยุติธรรมทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ฟังผู้อื่นพูดบ้างว่ามีความเห็นอย่างไร
6. ทำตนให้เกิดประโยชน์อย่าอยู่เฉย ยากนานสำคัญที่แก้โรคหงุดหงิดคือการทำงานอดิเรก
7. หาความสุขจากธรรมชาติ คำสั่งสอนทุกศาสนาดีทั้งนั้น ควรนำมาเป็นหลักปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ตนเองและสังคม

การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จะเลือกวิธีการใดในการปฏิบัตินั้น ขึ้นอยู่กับความพอใจและความเคยชิน และความเหมาะสมกับสภาพร่างกายแต่ละบุคคล เมื่อปฏิบัติ จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพด้านอารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุเป็นไปในทางที่ดีและเหมาะสม ช่วยให้อยากปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

พลอส และคณะ (Plous, et al. 1995 : 442 – 446) ได้ศึกษาถึงระดับความรู้เรื่องโภชนาการและทัศนคติของผู้ป่วยโรคหัวใจ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 606 คน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาถึงความรู้และเจตคติของผู้ป่วยโรคหัวใจดีบ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องอาหารว่าเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาและป้องกันโรคหัวใจได้

ฮิลดิงส์ และคณะ (Hieldingh, et al. 1995 : 921 – 928) ได้ศึกษาพยาบาลแผนกโรคหัวใจในการใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการช่วยเหลือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ความคิดเห็นของพยาบาล ในแผนกผู้ป่วยหัวใจวิกฤต ถึงวิธีการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจดีบ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ใช้วิธีการสนับสนุนทางสังคมและใช้กลุ่มเพื่อนในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยซึ่งกันและกัน

การีบอลลา และคณะ (Gariballa, et al. 1996 : 605 – 608) ได้ศึกษาถึงระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 85 ราย โดยการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เพิ่มขึ้นว่า ผัก ผลไม้ เป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ ไขมัน สุกรา บุหรี่ และน้ำหนักเกินมาตรฐาน เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ผลคือผู้ป่วยได้รับความรู้แต่ต้องการความรู้เรื่องโรคเพิ่มมากขึ้น และวางแผนเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตัวเพื่อให้ถูกต้องยิ่งขึ้น

โรซา (Rosa. 1997 : 452) ได้ศึกษาถึงการปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมใหม่ ความรู้ทางด้านโรคหลอดเลือดอุดตันที่มีผลมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต เพื่อส่งเสริมสุขภาพและความตระหนักทางจิตของชาวเปอร์โตริกันกับโรคหลอดเลือดอุดตัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมใหม่ ความรู้ในเรื่องโรคหัวใจ พฤติกรรมการใช้ชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และความตระหนักทางจิตในกลุ่มของชาวเปอร์โตริกันทั้งเพศชายและหญิง ที่จะส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดอุดตัน ในเมืองนิวยอร์ก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นผู้ป่วย โรคหลอดเลือดอุดตันชาวเปอร์โตริกันที่มีรายได้ต่ำ จำนวนทั้งสิ้น 80 คน อายุระหว่าง 32 – 84 ปี โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มจะปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมใหม่ต่ำลง พฤติกรรมการใช้ชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพลดลง และมีแนวโน้มที่จะรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจน้อยกว่ากลุ่มควบคุมความตระหนักทางจิตสูงขึ้นเล็กน้อย การดูแลรับผิดชอบสุขภาพและด้านโภชนาการสูงขึ้น โดยพบว่าเพศหญิงมีโภชนาการดีกว่าเพศชาย

เมนอตตี (Menotti. 1997 : 1125 – 1132) ได้ศึกษาถึงความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในเรื่องการป้องกันโรคชั้นปฐมภูมิ และทุติยภูมิของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,000 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่า ความเครียด เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุด ที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการดูแลในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกายเพื่อความรู้ทางสื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางโทรทัศน์ ให้แก่ประชาชนเป็นหนทางในการป้องกันโรคนี้ได้

ลักการีเนน และเฮ็นติเนน (ตึรนาช โกวิทเจริญตระกูล. 2542 : 35 ; อ้างอิงจาก. Lukkarinen & Hentinen. (1997). *Self Care Agency and Factors Related to This Agency Among Patients with Coronary Heart Disease*). ได้ศึกษาถึงการดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 250 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการดูแลสุขภาพตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีผลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า การประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพ การตัดสินใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ แรงจูงใจ และปัจจัยทางกายภาพ สิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพของตนเอง คือ ความพึงพอใจและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่ อายุ เพศ สภาพสังคม รายได้ ฐานะ พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การป่วยเป็นโรค เช่น เบาหวาน แต่การพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ มีส่วนสำคัญน้อย

งานวิจัยในประเทศไทย

กุลธิดา พานิชกุล (2536 : 99 – 100) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม การศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาที่เป็นโรคเป็นตัวอธิบายความผันแปรของการปรับตัวได้ดี

✕ สุพร พริ้งเพริศ (2538 : 78 - 82) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางที่ดีและมีการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไปในทางที่ดี

กนกพร วิสุทธิกุล (2536 : 77 – 89) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพฯ ผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับน้อย กลุ่มตัวอย่างมี

พฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อยที่สุด พฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มคาเฟอีน การรับประทานอาหารไขมันและแคลอรีสูงอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมเสี่ยงด้านการขาดการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก เพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศหญิง กลุ่มที่มีอายุมาก มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมาก การศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่อยู่ในกรุงเทพฯ และการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม สุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กล่าวโดยสรุปคือ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่มีปัญหามากที่สุดคือ การขาดการออกกำลังกาย รองลงมาคือ การรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่น้อยที่สุด

อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540 : 82 – 87) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 200 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม ผลพบว่า พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน พฤติกรรมด้านอารมณ์และสังคม และพฤติกรรมด้านการรักษาอยู่ในระดับที่เหมาะสม พฤติกรรมด้านการบริโภคอยู่ในระดับที่เหมาะสมที่สุด ส่วนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ รายได้กับการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ การประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหญิงโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มณฑิชา อนุกุลวุฒิพงศ์ (2540 : 66 – 80) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพฯ ผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ และด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อยสุด ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ด้านการรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูงและด้านการขาดการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มวัยรุ่นที่มีรายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ และเพศต่างกัน มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน กล่าวโดยสรุปคือ กลุ่มวัยรุ่นมีการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง

สนอง เพชรคง (2541 : 91 – 99) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี จำนวน 267 คน ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความรู้และเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในระดับดี ส่วนการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจัดอยู่ในระดับปานกลาง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพศชายกับเพศหญิงมีความรู้และเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดไม่แตกต่างกันบุคลากรทางการแพทย์และ
 สาธารณสุขที่มีอายุ ระยะเวลาปฏิบัติงานและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างกัน มีความรู้
 เจตคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดไม่แตกต่างกัน บุคลากรทางการแพทย์
 และสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษา และประเภทของบุคลากรต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และ
 การปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีรายได้
 ของครอบครัวต่างกัน มีความรู้ และเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกันอย่าง
 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดไม่แตกต่างกัน
 ความรู้กับเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ความรู้กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจ
 ขาดเลือดและเจตคติกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด มีความสัมพันธ์กัน
 ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตึรนาข โกวิทเจริญตระกุล (2542 : 71 – 78) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วย
 หลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ
 โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงาน
 ศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 330 คน เครื่องมือที่ใช้
 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่ม
 ตัวอย่างมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศ ระดับการศึกษา
 อาชีพ และรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 ที่ระดับ .01 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการดูแลตนเอง
 ไม่แตกต่างกัน ส่วนตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวมีความสามารถในการ
 ทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 และ .01

จากการศึกษางานวิจัยในต่างประเทศและในประเทศไทยจะพบว่า แบบแผนวิถี
 ชีวิตของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดำรงชีวิต หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความ
 เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัจจัยด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านอายุ อาชีพ เพศ รายได้ การรับรู้ภาวะ
 สุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และอื่น ๆ ดังที่ได้กล่าวมาทั้งทางบวกและทางลบ และ
 จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมดจะพบได้ว่าผู้สูงอายุ
 โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหากมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ ด้านการ
 รับประทานอาหารสุขภาพ ด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
 ด้านการพัฒนา จิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด ร่วมกับพฤติกรรมส่วนบุคคลที่จะ
 ส่งผลช่วยให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สามารถดำเนินชีวิตบั้นปลายได้
 อย่างมีความสุข

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย
 - 2.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 540 คน (สรุปรายงานการป่วยของผู้ป่วยจากแผนกเวชระเบียนและสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของ โรงพยาบาลราชบุรี ประจำปีงบประมาณ 2543)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมาติดตามการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี มีจำนวน 230 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของเครซี และมอร์แกน (ยูทพวงษ์ กรัยวรรณ. 2543 : 75 ; อ้างอิงจาก Robert V.Krejcie & Eayrle W.Morgan. (1970). *Educational & Psychological Measurement*).

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความพอใจของรายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย น้ำหนักและส่วนสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งแบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 6 ด้าน ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1996) ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพทั่วไป 2) ด้านร่างกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด โดยใช้วิธีการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์มาจากแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1996) ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นด้านที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประยุกต์มาจากแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1996) เป็นการวัดเกี่ยวกับอุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นด้านที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประยุกต์มาจากแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1996) ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำรา การวัดผลการศึกษา การวัดและประเมินผลทางสุขภาพ นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท เพื่อขอคำแนะนำและแก้ไข
3. สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้จำนวน 98 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ แบบสอบถาม การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ
4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอ ประธานและกรรมการผู้ควบคุมปริญญาโท เพื่อตรวจแก้ไข
5. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขได้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 55 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ จำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ จำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 9 ข้อ
6. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม พ.ศ. 2544 แล้วจึงนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผู้วิจัยจะทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ตามแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 1996 : 67) ได้แก่ ด้านการรับมือต่อภาวะสุขภาพ ด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 2 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำ ทุกวันหรือทุกครั้ง

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้ 1 คะแนน	หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นบางวัน หรือนาน ๆ ครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้ 0 คะแนน	หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีดังนี้
(วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย 1.34 – 2.00 หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ใน
ระดับดี

ค่าเฉลี่ย 0.67 – 1.33 หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ใน
ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.66 หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ใน
ระดับไม่ดีต้องปรับปรุง

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ซึ่งเป็นข้อความที่มี
ความหมายทางบวกใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 5 คะแนน	หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความคิดเห็นสอดคล้องกับ ข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน	หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความคิดเห็นสอดคล้องกับ ข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	ให้ 3 คะแนน	หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน	หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับ ข้อความนั้นแต่ไม่มากนัก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน	หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับ ข้อความนั้นเลย

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพมีดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

3. การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ ซึ่งเป็นข้อความที่มีความหมายทางลบใช้
มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความคิดเห็นสอดคล้องกับ ข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความคิดเห็นสอดคล้องกับ ข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	ให้ 3 คะแนน	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับ ข้อความนั้นแต่ไม่มากนัก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 5 คะแนน	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับ ข้อความนั้นเลย

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพมีดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

4. การรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่งเป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก ใช้
มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 5 คะแนน	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความคิดเห็นสอดคล้องกับ ข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความคิดเห็นสอดคล้องกับ ข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	ให้ 3 คะแนน	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับ ข้อความนั้นแต่ไม่มากนัก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับ ข้อความนั้นเลย

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้ว ไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญา
นิพนธ์ตรวจสอบ แก้ไข ปรับปรุงข้อคำถาม

1.2 นำแบบสอบถามที่แก้ไข ปรับปรุงแล้ว จำนวน 132 ข้อ ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 98 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ จำนวน 12 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 12 ข้อ ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยใช้ดุลยพินิจ (Face validity) เป็นรายชื่อว่าแต่ละข้อของข้อคำถามของแบบสอบถามนั้น มีความสอดคล้องกับนิยามหรือไม่ โดยใช้เกณฑ์การกำหนดคะแนนดังนี้

- +1 เมื่อแน่ใจว่าแบบสอบถามนั้น มีความสอดคล้องกับนิยาม
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าแบบสอบถามนั้น มีความสอดคล้องกับนิยาม
- 1 เมื่อแน่ใจว่าแบบสอบถามนั้น ไม่มีความสอดคล้องกับนิยาม

บันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ แล้วนำไปหาค่าดัชนี ความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับจุดประสงค์ (Item – objective congruence) เพื่อหาค่าความเที่ยงตรง (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117) โดยแบบสอบถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .5 หรือมากกว่าถือว่าใช้ได้ ได้แบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 81 ข้อ

2. หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วจำนวน 81 ข้อ ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 55 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ จำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ จำนวน 8 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 9 ข้อ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 50 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์โดยนำมาหาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม โดยนำมาวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป ได้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 33 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ จำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ จำนวน 7 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 8 ข้อ

3. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีหาสัมประสิทธิ์อัลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach. 1970 : 161) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ .89 ค่าความเชื่อมั่นของการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำเท่ากับ .85 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำเท่ากับ .75 และการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่ากับ .89 ถือว่าแบบสอบถามมีคุณสมบัติค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนในฐานะนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขออนุญาตและแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและดำเนินการเพื่อเก็บข้อมูลด้วยตนเอง
2. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยแบบบังเอิญ ซึ่งมีคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้น
3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยข้อมูลจะไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคลและไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษารวมถึงแจ้งสิทธิในการที่จะยกเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ ในระหว่างที่ทำการสอบถามให้ผู้ป่วยทราบด้วย
4. เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยตามแบบสอบถามที่ได้เตรียมไว้ ในกรณีที่ยังสอบถามไม่เสร็จและใกล้ถึงเวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจ ผู้วิจัยหยุดพักการเก็บข้อมูล จนกระทั่งผู้ป่วยตรวจรักษาเสร็จแล้วผู้วิจัยจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูลที่เหลือจนครบ
5. ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 8 เดือน ตั้งแต่ 1 มกราคม 2545 ถึง 31 สิงหาคม 2545 ได้แบบสอบถามจำนวน 230 ชุด สำหรับใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้
6. นำข้อมูลจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม คัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์มาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมประมวลผลข้อมูลสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. แจกแจงความถี่ และคิดอัตราร้อยละของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล
2. หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหลอดเลือดหัวใจตีบรายด้าน และโดยรวมทุกด้าน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติที่ (t- test independent) ตามตัวแปรที่ตั้งไว้เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1 และ 4

4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยที่มีตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 2, 3, 5, 6 และ 7 หากพบความแตกต่างอย่างมีนัย-สำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีเชฟเฟ้ (Scheffe' method)

5. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำการรับรู้อุปสรรคทางการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 8, 9 และ 10

6. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางและความเรียง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติดังนี้

1. สถิติพื้นฐาน

1.1 หาค่าร้อยละ (P) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2531 : 59)

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ	P	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นค่าร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 หาค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 35)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 หาค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 35)

$$S = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
$(\sum X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยใช้สูตร IC (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

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

เมื่อ IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องของแบบทดสอบ
เมื่อ $\sum R$	แทน	ผลรวมของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

วิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ และคะแนนรวมทั้งฉบับ โดยตัดคะแนนข้อนั้นออก (Corrected item to total Correlation) จากสูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

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

เมื่อ	R_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y
	n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum y$	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของทั้งกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum xy$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนน x และคะแนน y

2.3 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟา (Alpha – coefficient) ของครอนบัค (Cronbach. 1970 : 161)

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

เมื่อ	α	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
	n	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
	S_i^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	S_t^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ
	$\sum S_i^2$	แทน	ผลรวมของค่าความแปรปรวนเป็นรายข้อ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมุติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มโดยใช้การทดสอบความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One – way analysis of variance) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 236)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ	F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน F – distribution
	MS_B	แทน	ค่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม
	MS_W	แทน	ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

ถ้าผลการทดสอบค่าเอฟ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีเชฟเฟ (Scheffe' method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 248 – 249)

$$CVd = \sqrt{(k-1)(F^*)(MS_w)(2/n)}$$

เมื่อ k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

F* แทน ค่า F ที่เปิดจากตาราง (Critical Value)

MS_w แทน ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

n แทน จำนวนหน่วยตัวอย่างในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

ถ้าจำนวนหน่วยตัวอย่าง ในแต่ละกลุ่มตัวอย่างไม่เท่ากัน จะต้องใช้

$$\left(\frac{1}{n_o} + \frac{1}{n_j} \right) \text{ แทน } (2/n) \text{ เมื่อ } n_o \text{ และ } n_j \text{ แทนจำนวนหน่วยตัวอย่างในกลุ่มที่ 1 และ 2 ที่นำมา}$$

เปรียบเทียบ

ถ้าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย 2 ค่าใด ๆ จะมีนัยสำคัญทางสถิติก็ต่อเมื่อค่าความแตกต่างนี้ มีค่าเท่ากับ หรือมากกว่า ค่า CVd

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้สูตรสถิติที (t-test Independent) ใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 164 – 170)

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

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

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
$\bar{x}_1$ และ $\bar{x}_2$		แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ
S_1^2 และ S_2^2		แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ
n_1 และ n_2		แทน	จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ
df		แทน	จำนวนค่าความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

3.3 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และทดสอบนัยสำคัญโดยใช้ สถิติที (t - test) ระหว่างคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 322)

$$r_{xy} = \frac{n\sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน X และ Y
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด X
	$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด Y
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมของคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลัง Y
	$\sum XY$	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่าง X และ Y
	n	แทน	จำนวนคน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมาย ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่าง ๆ แทนความหมายดังต่อไปนี้

n	แทน	กลุ่มตัวอย่าง
$\bar{x}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
s	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ t – distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ F – distribution
p	แทน	ความน่าจะเป็นหรือโอกาส (Probability) ที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนแบบ 1 (Type I error) ในการปฏิเสธสมมุติฐานเป็นกลาง (H_0)
df	แทน	ขั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of Square)
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ผลการวิเคราะห์มีดังนี้ ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี นำเสนอค่าเป็นความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาการ

เจ็บป่วย และระดับดัชนี มวลกาย การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี ตามตัวแปรที่ศึกษา โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับดัชนี มวลกาย

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	101	43.90
	หญิง	129	56.10
	รวม	230	100.00
2. อายุ	60 – 69 ปี	131	57.00
	70 – 79 ปี	79	34.30
	80 ปีขึ้นไป	20	8.70
	รวม	230	100.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	65	28.30
ประถมศึกษา	76	33.00
มัธยมศึกษา	47	30.40
อาชีวศึกษา หรือ อนุปริญญา	16	7.00
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่าปริญญาตรี	26	11.30
รวม	230	100.00
4. สถานภาพสมรส		
โสด / ม่าย / หย่า / แยกกันอยู่	84	36.50
คู่	146	63.50
รวม	230	100.00
5. ความพอเพียงของรายได้		
พอใช้และมีเงินเหลือเก็บ	107	46.50
พอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ	79	34.30
ไม่พอใช้แต่ไม่มีภาระหนี้สิน	24	10.40
ไม่พอใช้และมีภาระหนี้สิน	20	8.70
รวม	230	100.00
6. ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
น้อยกว่า 1 ปี	109	47.40
1 – 5 ปี	57	24.80
มากกว่า 5 ปี	64	27.80
รวม	230	100.00
7. ระดับดัชนีมวลกาย		
ต่ำกว่า 20 กิโลกรัม/ตารางเมตร	55	23.90
เท่ากับ 20 – 24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร	121	52.60
สูงกว่า/เท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร	54	23.50
รวม	230	100.00

จากตาราง 1 แสดงว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 230 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.10 เป็นเพศชายร้อยละ 43.90 และส่วนใหญ่อายุร้อยละ 57.00 มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี โดยร้อยละ 33.00 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่อายุร้อยละ 63.50 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนที่เหลือมีสถานภาพสมรส โสด/ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่ ผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่อายุร้อยละ 46.50 มีความพอเพียงของรายได้ มีพอใช้และมีเงินเหลือเก็บ และส่วนใหญ่อายุร้อยละ 47.40 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี ส่วนระดับดัชนีมวลกาย พบว่า ส่วนใหญ่อายุร้อยละ 52.60 มีระดับดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 20 – 24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร หรือมีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเป็ยงเบนมาตรฐาน เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับดัชนีมวลกาย

2.1 คะแนนเฉลี่ย ความเป็ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ย ความเป็ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	n	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรม
ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ	230	1.67	.29	ดี
ด้านร่างกาย	230	1.50	.50	ดี
ด้านโภชนาการ	230	1.17	.49	ปานกลาง
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	230	1.63	.39	ดี
ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	230	1.75	.36	ดี
ด้านการจัดการกับความเครียด	230	1.58	.42	ดี
รวม	230	1.55	.41	ดี

จากตาราง 2 แสดงว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ส่วนรายด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ ด้านร่างกาย ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี ส่วนด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับดัชนีมวลกาย ดังปรากฏตามตาราง 3 - 18

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามเพศ

เพศ	n	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรม	t	p
ชาย	101	1.55	.25	ดี	1.107	.27
หญิง	129	1.51	.26	ดี		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 3 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เพศชายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 1.55 ส่วนเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.51 ผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี เมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1 ที่ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามอายุ

อายุ	n	$\bar{x}$	S	ระดับ พฤติกรรม
60 – 69 ปี	131	1.49	.27	ดี
70 – 79 ปี	79	1.57	.21	ดี
80 ปีขึ้นไป	20	1.55	.24	ดี
รวม	230	1.53	.25	ดี

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ทุกกลุ่มอายุในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ต่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลตามตาราง 4 ไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	.338	.169	2.680	.071
ภายในกลุ่ม	227	14.313	.063		
รวม	229	14.651			

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

ตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามระดับ
การศึกษา

ระดับการศึกษา	n	$\bar{x}$	S	ระดับ พฤติกรรม
ต่ำกว่าประถมศึกษา	65	1.45	.27	ดี
ประถมศึกษา	76	1.50	.29	ดี
มัธยมศึกษา	47	1.62	.17	ดี
อาชีวศึกษา หรือ อนุปริญญา	16	1.53	.17	ดี
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่าปริญญาตรี	26	1.62	.16	ดี
รวม	230	1.53	.25	ดี

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ทั้ง 5 ระดับ ต่างมีพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลตามตาราง 6 ไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One
way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 7

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี
จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	1.128	.282	4.693*	.001
ภายในกลุ่ม	225	13.523	.060		
รวม	229	6.645			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีการศึกษาต่างกัันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 3

ผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำแนกตามระดับการศึกษา โดยใช้วิธีเชฟเฟ (Scheffe' method) ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 ผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	$\bar{x}$	ต่ำกว่า ประถม ศึกษา	ประถม ศึกษา	อาชีวศึกษา หรือ อนุปริญญา	มัธยม ศึกษา	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า ปริญญาตรี
		1.45	1.50	1.53	1.62	1.62
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.45	-	.05	.08	.17*	.17
ประถมศึกษา	1.50		-	.03	.12	.12
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	1.53			-	.09	.09
มัธยมศึกษา	1.62				-	-
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	1.62					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตาม
สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	n	$\bar{x}$	S	ระดับ พฤติกรรม	t	p
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	84	1.55	.24	ดี	1.18	.24
คู่	146	1.51	.26	ดี		

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีสถานภาพสมรส
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 1.55 ส่วนผู้สูง
อายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 1.51 ผู้สูงอายุทั้ง
สองกลุ่มมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้อง
กับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน
มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

ตาราง 10 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามความ
พอเพียงของรายได้

ความพอเพียงของรายได้	n	$\bar{x}$	S	ระดับ พฤติกรรม
พอใช้และมีเงินเหลือเก็บ	107	1.53	.25	ดี
พอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ	79	1.52	.26	ดี
ไม่พอใช้แต่ไม่มีภาระหนี้สิน	24	1.60	.30	ดี
ไม่พอใช้และมีภาระหนี้สิน	20	1.42	.20	ดี
รวม	230	1.53	.25	ดี

จากตาราง 10 แสดงว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ทุกกลุ่มระดับความพอใจของรายได้ ต่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลตามตาราง 10 ไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามความพอใจของรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	.362	.121	1.907	.129
ภายในกลุ่ม	226	14.289	.632		
รวม	229	14.651			

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีความพอใจของรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 5

ตาราง 12 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย

ระยะเวลาการเจ็บป่วย	n	$\bar{x}$	S	ระดับ พฤติกรรม
น้อยกว่า 1 ปี	109	1.57	.21	ดี
1 – 5 ปี	57	1.51	.31	ดี
มากกว่า 5 ปี	64	1.46	.26	ดี
รวม	230	1.53	.26	ดี

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ทั้ง 3 ระดับ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับดี

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลตามตาราง 12 ไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 13

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	.511	.255	4.098*	.018
ภายในกลุ่ม	227	14.141	.062		
รวม	229	14.651			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 แสดงว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 6 ที่ว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

ผู้วิจัย จึงทำการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำแนกระยะเวลาการเจ็บป่วยโดยใช้วิธี เชฟเฟ่ (Scheffe' method) ดังปรากฏตามตาราง 14

ตาราง 14 ผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย

ระยะเวลาการเจ็บป่วย	$\bar{x}$	มากกว่า 5 ปี	1 - 5 ปี	น้อยกว่า 1 ปี
มากกว่า 5 ปี	1.46	-	.05	.11*
1 - 5 ปี	1.51			.06
น้อยกว่า 1 ปี	1.57			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่าง

ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามระดับดัชนีมวลกาย

ระดับดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม / ตารางเมตร)	n	$\bar{x}$	S	ระดับ พฤติกรรม
< 20	55	1.47	.26	ดี
20 – 24.99	121	1.53	.27	ดี
≥ 25	54	1.59	.19	ดี
รวม	230	1.53	.25	ดี

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ทุกระดับดัชนีมวลกาย ต่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลตามตาราง 15 ไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 16

ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามระดับดัชนีมวลกาย

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	.391	.195	3.109*	.05
ภายในกลุ่ม	227	14.261	.062		
รวม	229	14.651			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 16 แสดงว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีระดับดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 7

ผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามดัชนีมวลกาย โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe' method) ดังปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 ผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามดัชนีมวลกาย

ระดับดัชนีมวลกาย		< 20	20 – 24.99	≥ 25
(กิโกรัม/ตารางเมตร)	$\bar{x}$	1.47	1.53	1.59
< 20	1.47	-	.06	.12*
20 – 24.99	1.53		-	.06
≥ 25	1.59			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีระดับดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระดับดัชนีมวลกายน้อยกว่า 20 กิโลกรัม/ตารางเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่าง

ตาราง 18 แสดงค่าของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S	ระดับ
การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ	230	4.600	.399	มาก
การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ	230	3.851	.720	น้อย
การรับรู้ความสามารถของการกระทำ	230	4.248	.521	มาก

จากตาราง 18 แสดงว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี มีการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.600$, $S = .399$) มีการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 3.851$, $S = .720$) และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.248$, $S = .521$)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ดังปรากฏตามตาราง 19

ตาราง 19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

ความสัมพันธ์ของตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p
การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.454*	.000
การรับรู้อุปสรรคของการกระทำกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	-.386*	.000
การรับรู้ความสามารถของตนเองกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.544*	.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 แสดงว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .454 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 8 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .386 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 9 และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .544 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 10

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับดัชนีมวลกาย กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีความพอเพียงของรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
7. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระดับดัชนีมวลกายต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
8. การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

9. การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
10. การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 540 คน

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 230 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีของเครซี และมอร์แกน (ยุทพงษ์ กรัยวรรณ. 2543 : 75 ; อ้างอิงจาก Robert V.Krejcie & Eayle W.Morgan. (1970). *Educational & Psychological Measurement*).

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ส่วนสูงและน้ำหนัก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งแบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 6 ด้าน ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1996) ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพทั่วไปด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนา จิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด โดยใช้วิธีการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์มาจากแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1996) ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นด้านที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวก แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประยุกต์มาจากแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1996) เป็นการวัดเกี่ยวกับอุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นด้านที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประยุกต์มาจากแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1996) ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวก แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. แจกแจงความถี่ และคิดอัตราร้อยละของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล
2. หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุตลอดเลื้อยหัวใจดีบรรยายด้าน และโดยรวม
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติที (t- test independent)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยที่มีตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – way analysis of variance) หากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีเชฟเฟ (Scheffe' method)
5. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคทางการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง
6. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางและความเรียง

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.10 มีอายุระหว่าง 60 – 69 มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.00 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 33.00 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.50 มีรายได้ พอใช้และมีเงินเหลือเก็บมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.50 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ น้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.40 และมีระดับดัชนีมวลกายส่วนใหญ่เท่ากับ 20 – 24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร หรือมีภาวะโภชนาการปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.60

1.2 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และส่วนรายด้านพบว่าด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านอื่นอยู่ในระดับดี

2. ผลการทดสอบตามสมมติฐาน

2.1 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

2.2 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

2.3 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

2.5 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีความพอเพียงของรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

2.6 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.7 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระดับดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.8 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .454$) กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.9 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.386$) กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.10 การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .544$) กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี อภิปรายผลได้ดังนี้

1. ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540 : 82 – 87) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพฯ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับผลการศึกษาของตึรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 71 – 78) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ลลนา อันตระกูล และรสสุคนธ์ แสงมณี (2540 : 29 – 34) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตและโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส พบว่า ผู้สูงอายุมีแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการดูแลรับผิดชอบด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสนอง เพชรคง (2541 : 91 – 99) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี ที่พบว่าบุคลากรมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ผลของการศึกษารั้้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มารับรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ได้พบแพทย์พยาบาล ได้รับความรู้ คำแนะนำมาโดยตลอด และยังได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เรื่องโรคกับผู้ป่วยอื่นอีก ทำให้ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น และมีประสบการณ์จากความเจ็บป่วยทรมานจากอาการของโรคที่คุกคามต่อการดำรงชีวิต ทำให้เกิดความรู้ เกิดการปรับตัว ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงยอมรับและพยายามปรับตัวต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีและถูกต้อง เพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค และเกิดการเรียนรู้ว่าเมื่อปฏิบัติตนตามคำแนะนำ อาการเจ็บปวด

ทราบจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดก็ทุเลาลง จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี และถูกต้อง (ชรินทร์กุล ยัมบุรณะ. 2532 : 24)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับดัชนีมวลกาย ได้ผลดังนี้

2.1 จำแนกตามเพศ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1 ที่ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ ศุภราศี (2538 : 84) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ มณทิชา อนุกุลวุฒิพงศ์ (2540 : 60) ที่ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นไทยใน กรุงเทพฯ ที่พบว่าเพศต่างกันมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ติรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 74) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ที่พบว่าเพศชายมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยทุก ๆ คน ไม่ว่าชายหรือหญิงต่างก็ต้องมีการปรับตัว เพื่อที่จะคงไว้ซึ่งความสมดุลของตนเอง เพื่อให้เกิดความมั่นคงและปลอดภัย จากภาวะคุกคามของชีวิต จึงชวนชวนหาทางที่จะปฏิบัติกิจกรรมในทางที่จะทำให้ตนมีชีวิตอยู่รอด และเมื่อได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากผู้รักษাজนอาการของโรคดีขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงเกิดความเชื่อมั่นในการรักษาและปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ติดตามคำแนะนำเพื่อความรอดปลอดภัยของชีวิตและดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขอีกทั้งไม่ว่าเพศชายหรือหญิง วิธีการปฏิบัติก็เหมือนกัน เช่น ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพที่ต้องมาตรวจตามนัด ด้านร่างกายที่ต้องพักผ่อนนอนหลับ และด้านโภชนาการในการเลือกรับประทานอาหารเป็นต้น จึงพบว่าถึงแม้ว่าจะเพศต่างกันแต่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

2.2 จำแนกตามอายุ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่าง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สอนง เพชรคง (2541 : 91) ที่ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรประภา ภาวิไล (2539 : 99) ที่ศึกษาเรื่องการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจ ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของตึรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 75) ที่ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โดยทั่วไปเมื่อร่างกายเกิดอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการอื่น ๆ ของอวัยวะต่าง ๆ ที่ทำงานผิดปกติบุคคลจะมีการปฏิบัติในการแสวงหาหนทางที่จะขจัดความผิดปกติเหล่านั้น ซึ่ง เพนเดอร์ (Pender. 1985 : 385) ได้กล่าวไว้ว่าเมื่อบุคคลรับรู้ถึงความไม่สบายของตนเอง ก็จะเกิดการชวนชวนปฏิบัติเพื่อให้ตนเองมีความสุขสบายจากภาวะสุขภาพ ฉะนั้นเมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเกิดอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากโรคต่างก็ต้องการหายจากอาการป่วยโดยเร็ว จึงเกิดการปรับตัว ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องไม่ว่าจะมีระดับอายุเท่าใดก็ตาม จึงไม่มีความแตกต่างกันในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระดับอายุแตกต่างกัน

2.3 จำแนกตามระดับการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันและสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กุลธิดา พานิชกุล (2536 : 99) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร วิสุทธิกุล (2536 : 89) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพฯ ที่พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของตึรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 75) ที่ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการ ในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540 : 85) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษารั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ทั้งนี้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากการศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญของการรู้คิดตัดสินใจ ทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญเห็นประโยชน์ แสวงหาความรู้และวิธีการที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งมีความสามารถและทักษะในการแสวงหาข้อมูลได้ดี การซักถามปัญหา ความเข้าใจการเจ็บป่วยและแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับ เพนเดอร์ (Pender. 1982 : 161 – 162) ที่กล่าวว่า การศึกษาช่วยให้บุคคลมีโอกาสรู้ ข่าวดังต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพความเจ็บป่วย รับรู้การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตามวัยได้ดี มีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม ต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อย ที่ความสามารถในการแสวงหาความรู้และการซักถามปัญหาและการแสวงหาข้อมูล ตลอดจนแสวงหาประสบการณ์ในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพน้อยกว่า ดังนั้นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีการศึกษาสูงจึงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อย

2.4 จำแนกตามสถานภาพสมรส

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กุลธิดา พานิชกุล (2536 : 99 – 100) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ตีรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 77) ที่ศึกษาเรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : ก) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากวัฒนธรรมไทยยังมีลักษณะความใกล้ชิดระหว่างเครือญาติมาก ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุที่เป็นที่เคารพรักใคร่ในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ถึงแม้ ผู้สูงอายุจะไม่ใช่สถานภาพสมรสคู่ แต่สมาชิกในครอบครัวที่มีอยู่ก็ยังให้ความรักใคร่และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อีกทั้งสื่อต่าง ๆ สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรับข่าวสารด้านสุขภาพ และเกิดความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ไม่ว่าจะอยู่ในสถานภาพสมรสใดก็ตาม ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งมีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.5 จำแนกตามความพอเพียงของรายได้

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีความพอเพียงของรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 5 ที่ว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีความพอเพียงของรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ นาครัตน์ (2533 : 84 – 85) ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542 : 82) ที่ได้ศึกษาเรื่องความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไพทโสภณ (2540 : 160) ที่ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ตีรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 71 – 78) ที่ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงาน ศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตีบที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีความพอเพียงของรายได้แตกต่างกัน สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้โดยไม่แตกต่างกัน และไม่เดือดร้อนเพราะปัจจุบัน ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน เพราะ รัฐมีบริการสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถเข้ารับการรักษาได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น อันเป็นไปตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลฉะนั้นถึงแม้จะป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็สามารถมารับบริการการรักษาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยไม่เดือดร้อนในเรื่องของค่ารักษาพยาบาลทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้

2.6 จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 6 ที่ว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กุลธิดา พานิช กุล (2536 : 100) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่พบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540 : 89) ที่ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจ กรุงเทพมหานคร ที่พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งจากการ

ศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี ซึ่ง ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534 : 33) ได้กล่าวไว้ว่ากระบวนการทางการศึกษาเรียนรู้จะไม่เริ่มขึ้นเลย ถ้าหากข่าวสารที่ส่งไปนั้นไม่ถูกรับรู้จากบุคคลตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ฉะนั้นเมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้เรียนรู้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตขณะมีอาการจะเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ก็ย่อมที่จะต้องการดูแลและรักษาให้หายจากอาการโรคโดยเร็ว แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปนานขึ้น อาการของโรคทุเลาลงความเข้มงวดในการปฏิบัติกิจกรรมจึงลดน้อยลงและเกิดพฤติกรรมถดถอยลงได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านของโภชนาการที่พบว่าระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากเมื่ออาการของโรคบรรเทาลงและระยะเวลาที่ยาวนานพฤติกรรมความเข้มงวดด้านอาหารก็จะถดถอยและเกิดความยืดหยุ่นก็จะปฏิบัติตามความเคยชินและตามความต้องการของตนเอง การปฏิบัติกิจกรรมที่ดีและถูกต้องจึงน้อยลงจึงพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต่ำกว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่น้อยกว่า

2.7 จำแนกตามระดับดัชนีมวลกาย

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระดับดัชนีมวลกายต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 7 ที่ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระดับดัชนีมวลกายต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไผทโสภณ (2540 : 160) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี ที่พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2541 : 118) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิทย์หมัดประจำเดือน ที่พบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระดับดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร หรือมีภาวะโภชนาการเกินกว่าปกติมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระดับดัชนีมวลกายต่ำกว่า 20 – 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร หรือมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เป็นเพราะผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินปกติ เป็นผู้ที่รับรู้ว่าตนเองมีภาวะเสี่ยงสูงต่อการกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มมากขึ้นกว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ โดยผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินปกติไม่ต้องการให้ตัวเองมีอาการทรุดลง จึงพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น เพื่อให้มีชีวิตยืนยาวและไม่ทนทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก และเสียชีวิต ดังนั้นจึงเป็นกลุ่มที่มีการตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องมารับการรักษาและมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามให้ถูกต้องและสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ค่อนข้างดี เพื่อเป็นการป้องกันและลดปัญหาที่อาจเกิด

ขึ้นกับตนเอง ส่วนผู้ที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ อาจจะทำให้ความสนใจในการดูแลและปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินกว่าปกติเพราะรับรู้ว่าคุณภาพของโรคยังมีความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคน้อยกว่า

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี

3.1 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี ทองพิลา (2542 : 71) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ (2536 : 73) ที่ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี นิรัตธวกร (2539 : 72) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรศักดิ์ อธิมานนท์ (2541 : 148) ที่ศึกษาเรื่องการประยุกต์แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคั่งคร่อมเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สดใส ศรีสะอาด (2540 : 158) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในเรื่องที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ไม่ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงเดือน พันธุโยธี (2539 : 56 – 57) ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และ พฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของ

การออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และการให้ความสำคัญ
 ของสุขภาพและการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการ
 ออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้ ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรค
 หลอดเลือดหัวใจตีบที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมาก จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี
 ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ
 น้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดี จากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้วกลุ่ม
 ตัวอย่าง มีการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ซึ่ง
 สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้รับฟังคำแนะนำและการให้ความรู้จาก
 แพทย์และพยาบาล และมารับการรักษาต่อเนื่องหลายครั้ง ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าถ้าประพฤ
 ติปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแล้ว จะช่วยให้ลดปัญหาและอาการที่ไม่พึงประสงค์จากโรคได้ อีกทั้งยังได้
 รับความรู้จากสื่อต่าง ๆ ที่นอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้สูงอายุโดยตรงแล้ว ยังทำให้ลูก
 หลานและผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับความรู้ เอาใจใส่ คอยแนะนำหรือคอยเตือนในเรื่องการปฏิบัติตน
 ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการควบคุมโรคของตน ส่งผลให้คะแนนการ
 รับรู้ประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของเพนเดอร์ (Pender.
 1987 : 67) ที่กล่าวว่า เมื่อมีการรับรู้ภาวะสุขภาพเกิดขึ้น บุคคลก็จะมีการให้ความหมาย
 มีการตกลงเกิดขึ้นในใจ เกิดทัศนคติและให้คุณค่าตามการรับรู้ของตน ซึ่งจะมีผลบังคับให้เกิด
 การตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมออกไป และส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการส่งเสริม
 สุขภาพอย่างถูกต้องและมีแนวโน้มว่าจะส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่าง
 ต่อเนื่องอีกด้วย และการที่บุคคลจะตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งใดเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพนั้น
 บุคคลต้องมีการรับรู้ ว่า พฤติกรรมที่ตนปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตน (ปราณี
 ทองพิลา. 2542 : 37 ; อ้างอิงจาก Rosenstock. (1974). *The Health Belief Model and
 Preventive Behavior*) และสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1996 : 67) ที่กล่าวว่า
 การวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมใด ๆ ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่จะได้รับ และประโยชน์
 ที่เคยได้รับจากการกระทำจะเป็นตัวแทนของความคิดที่ส่งผลทางบวกหรือเป็นการส่งเสริมทาง
 บวกของการกระทำพฤติกรรมนั้น และบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด เนื่องจาก
 เชื่อว่าวิธีดังกล่าวเป็นทางออกที่ดีมีประสิทธิภาพและให้ประโยชน์กับเขามากที่สุด และเป็นสิ่ง
 สำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วยในการป้องกันและตรวจรักษา ผู้ที่ให้ความร่วม
 มือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ อย่างเคร่งครัดจะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้น ๆ
 สามารถลดความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพได้

3.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการกระทำกับ
 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
 ราชบุรี

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 9 ที่ว่า การรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีความสัมพันธ์กับ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี ทองพิลา (2542 : 39) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรา จันชนะกิจ (2541 : 92) ที่ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี นีรัทธราตร (2539 : 72) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การรับรู้ ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด หัวใจตีบที่มีการรับรู้ว่ามีอุปสรรคน้อย จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีการรับรู้ว่ามีอุปสรรคมาก จะมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ไม่ดี จะเห็นได้ว่าอุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งขัดขวางไม่ให้คุณคนปฏิบัติพฤติกรรม หรือเป็นสิ่งที่จูงใจ ให้คุณคนหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพถ้ามีความพร้อมในการกระทำต่ำ และอุปสรรคมาก พฤติกรรมนั้นก็จะไม่เกิดขึ้น ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพในทางกลับกัน ถ้ารับรู้ว่ามีอุปสรรคนั้นน้อยและมีความพร้อมในการกระทำพฤติกรรมนั้น ความเป็นไปได้ในการกระทำก็มีมาก (Pender. 1996 : 69) จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณา โดยรวมแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการกระทำอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้สามารถ อธิบายได้ว่า คนที่รับรู้อุปสรรคมากจะเกิดความรู้สึกท้อแท้ คนที่รับรู้อุปสรรคน้อยจะมีความรู้สึก ยินดีที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนี้เป็นโรคที่ คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยจะเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บแน่นหน้าอกหายใจไม่ออกซึ่ง ธรรมชาติของมนุษย์ก็คืออยากมีชีวิตอยู่รอด กลัวความเจ็บปวดและสูญเสียชีวิต ผู้ป่วยจึงมีความ รู้สึกว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นไม่ถือว่าเป็นอุปสรรคหรือมีน้อยมาก ถึงมีอุปสรรค ก็ต้องปฏิบัติพฤติกรรมให้ดีเพื่อไม่ให้เกิดอาการกำเริบของโรค (จึงยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนไปได้ดีขึ้น) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล และจากสื่อต่าง ๆ มากมาย ทำให้เกิดความคิด เกิดการชั่งน้ำหนักข้อดีข้อเสียของพฤติกรรม ซึ่งบุคคลจะประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ (Pender. 1987 : 65) และจะหนีห่างจากสิ่งที่ไม่ปรารถนาหรือที่ เรียกว่า อุปสรรค (ปราณี ทองพิลา. 2542 : 73 ; อ้างอิงจาก Maiman & Becker. (1974). Social Behavioral Determinant of Compliance with Health and Medical Care Recommendation) เพื่อต้องการให้ตนเองมี

สุขภาพดีขึ้นและเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีความรู้
 สึกว่าการปฏิบัติต่าง ๆ มีอุปสรรคน้อย จึงยินดีที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีและถูกต้อง นอกจากนี้
 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้นเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.3) ที่ยังคงแข็งแรงและมีความคิด
 มีการตัดสินใจที่ดีอยู่ จึงมีความสามารถที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อ
 ตนเองโดยมองผ่านสิ่งที่จะมาเป็นอุปสรรค และประกอบกับสมาชิกในครอบครัวที่ยังรักใคร่และให้
 การช่วยเหลือ ให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดี ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรม
 ส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ใช่อุปสรรคต่อการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างจึง ส่งผลให้กลุ่ม
 ตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ว่ามีอุปสรรคอยู่ในระดับน้อย

3.3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับ
 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
 ราชบุรี

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวก
 กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
 ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 10 ที่ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความ
 สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ มนัสนันท์ พรเจริญโรจน์
 (2543 : 119) ที่ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับวัยหมดประจำเดือนของครู
 สุขศึกษา ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษาในกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า
 การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สูดารัตน์ ขวัญเงิน (2537 :
 จ) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับวิถีดำเนินชีวิตที่
 ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความ
 สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธินิจ หุณหสาร (2539 : 161) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพล
 ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ
 สุกัญญา ไพทโสภณ (2540 : 144) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่
 สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานีและสอดคล้องกับการศึกษาของ วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2541 :
 118) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมด
 ประจำเดือน ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม
 ส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่
 ดีในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่
 ดีด้วย จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีการรับรู้ความสามารถ
 ของตนเองในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า
 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีความมุ่งมั่นและมีความพยายามที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ

และมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ เพื่อให้ตนเองสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข และมีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งการที่บุคคลจะเชื่อว่าตนมีทักษะและความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพได้นั้นจะต้องเกิดแรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996 : 70) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จและเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง นั่นคือถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก ดังนั้น ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีแรงจูงใจให้การดำรงชีวิตของตนเองเป็นปกติจึงมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้บรรลุผลสำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้รับความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคนี้เป็นรายบุคคลโดยเฉพาะกลุ่มที่มีการศึกษาค่ำกว่าประถมศึกษาควรชี้แนะและสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป
2. จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโภชนาการที่ควรบริโภค และไม่ควรบริโภค และส่งเสริมให้ได้รับความรู้ถึงผลเสียของการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องที่มีผลต่อการดำเนินของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบให้เหมาะสมถูกต้องต่อไป
3. จากผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะในผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปีขึ้นไปควรให้ความเอาใจใส่ชี้แนะให้เห็นถึงความสำคัญที่ต้องปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรที่จะได้มีการศึกษาเจาะลึกถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เช่น ความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

บรรณานุกรม

.

2. จากผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงควรนำข้อมูลมาจัดโปรแกรมสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบให้ได้รับผลประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

บรรณานุกรม

- กชกร สังขชาติ. (2536). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กนกพร วิสุทธิกุล. (2539). พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์. วท.ม.(การพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กมลพรรณ หอมน่าน. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กมล สินธวานนท์. และคณะ. (2540). หัวใจของเรากาญจนาภิเษกสมัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทย.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2539). เมื่อเข้าสู่วัยชรา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2540). คู่มือดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กรรณิการ์ พัฒนผลจุวิทยา. (2542). ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2538). โครงการวิจัยศึกษาต้นทุนของสถานบริการสาธารณสุขในชนบท กรุงเทพฯ. : กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา ประสารปราง. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กัลยา วานิชย์บัญชา.- (2542). การวิเคราะห์สถิติ : สถิติเพื่อการตัดสินใจ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กุลธิดา พานิชกุล. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ขวัญใจ ดันติวัฒนเสถียร. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามการรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (บริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- เขมิกา ยามิรัต. (2527). ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- จรรยา สุวรรณทัตติ. (2527). "ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก," ในเอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8 – 15 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. หน้า 141.
- จรรยาภรณ์ นาครัตน์. (2533). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และอรชร ณ ระนอง. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (ประชากรศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันสิริ. (2536). การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม.
- จิตรา จันชนกิจ. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2532, มิถุนายน). "การวิจัยพฤติกรรม : ขอบข่ายที่ซ้อนทับกับการวิจัยทางการพยาบาล," วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 1(11) : 42-58.
- จินตนา เหลืองสุวาลัย. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรคกับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิรประภา ภาวิไล. (2535). การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จำนง อติวัฒนสิทธิ์. (2537). สังคมวิทยา. กรุงเทพฯ : แพรวพิทยา.
- เจน ณะสิริ. (2540). คู่มือทำอย่างไรชีวิตจะยืนยาวและมีสุข. พิมพ์ครั้งที่ 80. กรุงเทพฯ : ป. สัมพันธ์พาณิชย์.

- ชรัสนิกุล ยิ้มบุรณะ. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (สาขาบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
ถ่ายเอกสาร.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : การพิมพ์เจริญผล.
- ดวงเดือน พันธุโมยิ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความสำคัญของสุขภาพ การรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายและพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- ดวงฤดี ลาสุขะ. (2527). ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบคัดสรรกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ดิเรนาช โกวิทเจริญตระกูล. (2542). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร
- ทิพย์ภา เชษะชาวลิต. (2540). การพยาบาลจิตสังคมตามขั้นพัฒนาการ. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ทัศนีย์ เกริกกุลธร. (2536). การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ทัศนีย์ จินางกูร. (2530). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นวลละออ จันท์เอม. (2537). ทฤษฎีบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

- นิตยา ภาสนันท์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และตลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. (2531). พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2533). ผู้สูงอายุไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). "ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมของผู้ป่วย," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 9- 15. หน้า 584- 587. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.
- บุษบา จินดาวิลักษณ์ และสุวัฒนา จุฬารัตนาทกุล. (2540). ปัญหาสุขภาพสตรีและบุรุษวัยทอง. กรุงเทพฯ : นิเวศการพิมพ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2527). องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : จุฬการพิมพ์.
- ปราณี ทองพิลา. (2542). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปริศนา วรนนท์. (2541). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พนิดา คุณาธรรม. (2538). ทักษะการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สาขาประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พิชิต ภูตจันทร์. (2535). เวชศาสตร์การกีฬา. กรุงเทพฯ : โอ. เอส. พริ้นติ้งเฮาส์.
- พรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. (2536). "โรคหัวใจขาดเลือด," ใน ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : เวชสาร.
- พรทิพย์ จุงมาโนชน. (2541). โรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สมิต.
- พรทิพย์ สินประสงค์. (2532). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สาขาประชากรและสังคม). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- พรทิพย์ ศุภราศรี. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พระเทพวิสุทธิเมธี (ประยุทธ์ ปยุตโต). (2532). พุทธธรรม : กฎธรรมชาติ และคุณค่าสำหรับชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ภาวนา กิริติยวงศ์. (2537). การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มณฑิชา อนุกุลวุฒิพงศ์. (2540). พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มนตรี ดันประยูร. (2532). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์. ส.ม. (สาขาประชากรและสังคม). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มนัสนันท์ พรเจริญโรจน์. (2543). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือนของครูศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษาในกรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- มยุรี นิรัตธราดร. (2539). การศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มานพ ประภาษานนท์. (2538). "การออกกำลังกายในโรคหอบหืด," ใกล้เคียง 19 (3) : 77- 80.
- ยศ สันตสมบัติ. (2540). มนุษย์กับวัฒนธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ยุทธพงษ์ ภัยวรรณ. (2543). พื้นฐานการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- ยุวดี ภาชา และคณะ. (2534). วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สยามการพิมพ์.

- เยาวดี สุวรรณาคะ. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค
กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยตับอักเสบเชื้อไวรัสบี. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
(สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2525). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญ
การพิมพ์.
- รัชดา จำปา และสุดี ชูสุวรรณ. (2540). "พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ
อนามัย," วารสารวิชาการเขต 12. 8(1) : 9-13.
- เรณู พุกบุญมี. (2539). ผู้หญิงกับปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง. ม.ป.พ.
- ลลนา ฮั่นตระกูล และรสสุคนธ์ แสงมณี. (2540). "แบบแผนการดำเนินชีวิตและโรคเรื้อรัง
ประจำตัวของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนราธิวาส," วารสารวิชาการเขต 12.
8(1) : 29 –34.
- ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. (2531). เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 1
กรุงเทพฯ : ภาควิชาการวัดผลและวิจัยศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ.
- วชิราภรณ์ สมุนวงศ์,วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และฉวีวรรณ ธงชัย. (2538). "ความสัมพันธ์ระหว่าง
ความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา," พยาบาล
สาร. 22(1) : 20 – 29.
- วราภรณ์ นาครัดน์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม
การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วริยา ฐวสิน. (2534). การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับยาฆ่าแมลงจากสื่อมวลชนของพนักงานขับรถ บริษัท
ขนส่ง จำกัด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สื่อสารมวลชน). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- วาสนา เกื่อนวงษ์. (2540). พฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท. ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. (2541). อาการของภาวะหมดประจำเดือนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์
วท.ม. (การพยาบาลเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.

- วิชัย ตันไพจิตร. (2540). "ความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดกับโรคหัวใจขาดเลือด,"
ใน หัวใจของเรากาญจนาภิเษกสมัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทย.
- วิชัย ทองแดง และนพมาศ ไวยรัชพานิช. (2540). "เพศสัมพันธ์กับโรคหัวใจ," ใน หัวใจของเรา
กาญจนาภิเษกสมัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทย.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ และคนอื่น ๆ. (2539). "ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ," วารสาร
มหาวิทยาลัยมหิดล. 3(3) : 119-121.
- วิศาล คันธารัตนกุล และคณะ. (2538). เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหัวใจ แนวทางรักษาที่
ควรรู้. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก.
- วินัส ลิพกุล. (2539). "โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ : ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน,"
สารสภากาการพยาบาล. 11(3) : 39-47.
- วินัส ดันติบูล. (2533). "โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ," ใน การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่
3. บรรณาธิการโดย จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. หน้า 24-40.
กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้
ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขา
การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- ศิริพร จรวัฒน์กุล. (2539). "สุขภาพจิตสตรี," ใน การประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพ หัวข้อ
เรื่องสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ. กรุงเทพฯ. หน้า 28.
- ศรีจิตรา บุนนาค. (2535). ปัญหาผู้สูงอายุในทศวรรษหน้า และการเตรียมรับสถานการณ์.
กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. (2530, 5 พฤศจิกายน). "โรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย," คลินิก.
3(16) : 786-795.
- ศุวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัด
ลำปาง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาสุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สดใส ศรีสะอาด. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัด
อำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาสุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่
3. กรุงเทพฯ : วี. เจ. พรินติ้ง.

- สนอง เพชรคง. (2541). พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี. ปรินญาณิพนธ์. กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2539). สารประชากร
มหาวิทยาลัยมหิดล. ไม่ปรากฏเลขหน้า. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สันต์ ใจยอดศิลป์. (2540). "การดูแลตัวเองหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจ," ใน หัวใจของเรา
กาญจนาภิเษกสมัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทย.
- สิวลี ศรีวิไล. (2535). จริยศาสตร์สำหรับการพยาบาล. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิริอร พัวศิริ. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (พยาบาล
ศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุกัญญา ไผทโสภณ. (2540). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด
อุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุชาดา จันทรเฒ. (2536). จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์. (2542). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อหิน
เรื้อรัง. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุชาดา เรืองรัตนอัมพร และคณะ. (2538). "อุบัติการณ์โรคหัวใจในผู้ใหญ่ตรวจวินิจฉัยโดยใช้
คลื่นเสียงสะท้อนจากหัวใจ," ใน วารสารการพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 8(1) :
23 – 29.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ ลัดดาวัลย์ รอดมณี. (2538). เทคนิควิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวแปร
สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานคร
พิมพ์.
- สุดา วิไลเลิศ. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สุดารัตน์ ขวัญเงิน. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับวิถีทาง
ดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (การ
พยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543 , เมษายน-มิถุนายน). "สถานะสุขภาพและทิศทางการนโยบายด้านหลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุไทยตอน 2 : การจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย," วารสารพหุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 1(2) : 47-51.
- สุทัศน์ บวรสมบัติ และบรรจบ ชุณหสวัสดิกุล. (2527). "ปัจจัยที่หล่อหลอมต่อโรคโคโรนาเรีย," ใน หัวใจซำรด. หน้า 1-7. กรุงเทพฯ : สารมวลชน.
- สุทธนิจ หุณหสาร. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาพยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุพร พริ้งเพริศ. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุวิชา จันทรสุริยกุล. (2536). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาสุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุวิมล ฤทธิมนตร์. (2534). การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2539). "โรคหัวใจขาดเลือด". ใน ตำรายาอายุรศาสตร์ 2. หน้า 33-36. กรุงเทพฯ : ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- สุรศักดิ์ อธิคมานนท์. (2541). การประยุกต์แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุเ็ดด คชเสนี. (2531, 5 เมษายน). "กรณีโรคเรื้อรัง : โรคหัวใจขาดเลือด," คลินิก. 4(32) : 337-340.

- ไสว พรหมณี. (2538). "นโยบายรัฐบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ," ใน การสัมมนาโครงการ
ศึกษาวิจัยครบวงจร. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โปสเตอร์. (2543). สถานการณ์ประเทศไทย พ.ศ. 2543.
กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2538). สรุป
รายงานอาการป่วยของผู้ป่วยที่รับบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2536-2537.
กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). การ
สาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541. กรุงเทพฯ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- อรรวรรณ หุ่นดี. (2531). สารพันอันตรายจากบุหรี่และวิถีเลิก. กรุงเทพฯ : อักษรพิพัฒน์.
- อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ. (2536). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะ
อาหาร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อภิรยา พานทอง. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมด
ประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อาภา ใจงาม. (2533). "พยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ," วารสารพยาบาล.
33(2) : 140-149.
- อุรุวรรณ วลัยพัชรา, ไกรสิทธิ์ ดันติศิริพันธ์ และ กัลยา กิจบุญชู. (2534). "โภชนาการใน
ผู้สูงอายุ," วารสารรามาริบัติ. 14(1) : 37-42.
- อัจฉริยา พ่วงแก้ว. (2540). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบใน
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อัมพร ศิริวัลย์. (2532). ประสิทธิภาพของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความเข้มแข็งของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาสุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- Bell, J. M. (1977, January). "Stressfull Life Event and Method in Mental Illness and
Wellness Behavior," *Nursing Research*. 26(273) : 136.
- Benfante, R.D. & Frank, J. (1991, December). "Dose Cigare Smoking Have
Independent Effect on Coronary Heart Disease Incident in the Elderly,"
American Journal of Public Health. 81(175) : 879-899.
- Biddle, B.I. & Martin N.M. (1987, May). "Causality, Confirmation, Credibility, And
Structural Equation Modeling," *Child Development*. 58(355) : 4-17.

- Bulpitt, G.J. & Fletcher, A.E. (1992, August). "Aging, Blood Pressure, and Mortality," *Journal of Hypertension*. 10 : 540-549.
- Caldwell, J.R. et al. (1970). "The Dropout Problem in Antihypertension Therapy," *Journal of Chronic Disease*. 122(8) : 579-592.
- Clarke, S.B. (1995). *Health Promotion Indication and Action*. New York : Springer.
- Cronbach, J.L. (1970). *Essentials of Psychological Testing*. 3rd New York : Harper and Row.
- David, S.G. (1988). *Social Support, Social Network and Health Behaviors*. Ohio : Croom Helm.
- Gariballa, S E. et al. (1996). "The Knowledge of Hospital Patients About Vascular Disease and Their Risk Factor," *Postgraduate Medical Journal*. 72(852) : 605-608.
- Gochman, D.S. (1988). *Health Behavior : Emerging Research Perspectives*. New York : Plenum Press.
- Glasgow et al. (1987, June). "Self Care Behaviors and Glycemic Control in Type I Diabetes," *Journal of Chronic Disease*. 40 : 399-412.
- Hanton, J.J., & Pickett, G.E. (1989). *Public Health : Administration and Practice*. 8th ed. St Louis : Time Mirror / Mosby .
- Harris, D. M., & Guten, S. (1979, May). "Health Protection Behavior : an Exploratory Study," *Journal of Health and Social Behavior*. 20(12) : 17-19.
- Hildingh C. et al. (1995). "Cardiac Nurse Preparedness to Use Self-help Groups as a Support Strategy," *Journal of Advanced Nursing*. 22(5) : 921-928.
- Klinger, M. (1984, January). "Compliance and the Post Myocardial infarction Patient," *The Canadian Nurse*. 81(2) : 32-38.
- Kottket, F.J. (1982, April). "Philosophic Considerations of Quality of Life for the Disable," *Arch Physical Medical Rehabilitation*. 63(22) : 60-62.
- Larson, R. (1987, May). "Thirty Years of Research on the Subjective Well-being of Older American," *Journal of Gerontology*. 33 : 109-125.
- Liu, K. et al. (1982, June). "Relationship of Education to Major Risk Factors and Death in Coronary Heart Disease, Vascular Disease and all Causes : Finding of Three Chicago Epidemiologic Studies," *Circulation*. 66(15) : 1308-1314.

- Lukkarinen, H. *et al.* (1997). "Self-care Agency and Factors Related to This Agency Among Patients with Coronary Heart Disease," *International Journal of Nursing Studies*. 34(4) : 295-304.
- Marino, J.C., & Kooser, J.A. (1981). "The Psychosocial Care of Cancer Client and Their Families : Period of High Risk," *Cancer Nursing*. New York : McGraw Hill. 53-86.
- Marmot, M., & Brunner, E. (1991, April). "Alcohol and Cardiovascular Disease : The Status of the U-shaped Curve," *British Medical Journal*. 303(116) : 565- 568.
- Menotti, A. (1997). "Knowledge Attitude and Practice Regarding for Health," *Giornale Italiano di Cardiologia*. 27(11) : 1125-1132.
- Moreno, C. *et al.* (1997). "Heart Disease Education and Prevention Program," *Journal of Community Health*. 22(6) : 435-450.
- Muhlenkamp, A.F., & Broerman, N.A. (1988, January). "Health Beliefs, Health Value and Positive Health Behaviors," *Western Journal of Nursing Research*. 11(10) : 637- 646.
- Muhlenkamp, A.F., & Sayles, J.A. (1986, May). "Self Esteem, Social Support and Positive Health Practice," *Nursing Research*. 12(35) : 366.
- Murray, R.B., & Zenter, J.P. (1993). *Nursing Assessment and Health Promotion Strategies Through the Life Span*. 5th ed. Stamford : Appleton & Lange.
- Newton, K.M., & Froelicher, E.S. (1995). "Coronary Heart Disease Risk Factor," In *Cadiac Nursing*. New York : McGraw Hill
- Orem, D. (1985). *Nursing : Concept of Practice*. New York : McGraw Hill.
- Paffenbarger, R.S. *et al.* (1987, December). "Physical Activity as an Index of Heart Attack Risk in Collage Alumni," *American Journal of Epidermic*. 108(15) : 108- 161.
- Palang, C.L. (1991, June). "Determinant of Health-Promotive Behavior," *Nursing Clinics of North America*. 30(21) : 815-832.
- Pender, N.J. (1982). *Health Promotion in Nursing Practice*. New York : Appleton Century Croft.
- _____(1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. New York : Appleton Century Croft.
- _____(1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. Starnford, Connecticut : Appleton & Lange.

- Plous, S. *et al.* (1995). "Nutrition Knowledge and Attitudes of Cardiac Patients," *Journal of the American Diabetic Association*. 95(4) : 442-446
- Powell, K.E. *et al.* (1987, May). "Physical Activity and Incident of Coronary Heart Disease," *Annual Review of Public Health*. 8(11) : 251-287.
- Rice, D.P. *et al.* (1985, April). "The Economic Cost of Ill : Replication and Update," *Health Care Finance Review*. 7(16) : 61-80.
- Rosa, D. (1997, July). "Acculturation, Knowledge of Coronary Artery Disease Health-Promoting Life Style Behaviors, and Psychological Distress Among Puerto Ricans with Coronary Artery Disease," *American Journal of Nursing*. 58(1) : 452.
- Ruth, S. (1973). *Rehabilitation Aspects of Acute and Chronic Nursing Care*. Philadelphia : W. B. Sauder.
- Tran, T.V. Chatter, L. & Wright, R. (1991, January). "Health Stress, Psychology Resources and Subjective Well-being Among Elderly Blacks," *Psychology and Aging*. 6(11) : 100-108.
- Twaddle, A.C. (1981). *Sickness Behavior and the Sick role*. Massachusetts : Scheukman.
- Yamane, Taro. (1967). *Statistics an Introductory*. 2nd ed. New York : Harper and Low.
- Yarcheski, A. & Mahon, N.E. (1989, December). "Causal Model of Positive Health Practice : The Relationship Between Approach and Replication," *Nursing Research*. 38(15) : 88-93.
- Yuric, A.G. *et al.* (1980). *The Age Person and Nursing P/rocess*. New York : Appleton Century Crofts.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย
และรายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม



ที่ ทบ 10121 ส ๔146

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

31 กรกฎาคม 2544

เรื่อง ขอลาเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางวิรุษา ไตรรัตน์ โภส นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์อนันต์ มาลารัตน์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์วีระพล นิธิพงศ์ นายแพทย์ 9 ด้านเวชกรรมป้องกัน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางวิรุษา ไตรรัตน์ โภส ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 258-4119



ที่ ทบ 1012/ ๕๖๖๖

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๕๖ / กรกฎาคม 25๕๔

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางวิรุษา ไตรรัตโนภาส นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แขนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ชาดา วัฒนวิเศษ และ อาจารย์อัมรินทร์ มาลารัตน์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.บำเพ็ญ พงษ์เพชรชัย เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แขนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางวิรุษา ไตรรัตโนภาส ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 258-4119



ที่ ทบ 1012/ ๒๕๔๐

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๖/ กรกฎาคม 2544

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางวิรุษา ไตรรัตน์ โภส นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญาโท เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ชาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์อรรถนัย บาลรัตน์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาโท ในการนี้บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์ชนินทร์ กลิ่นจกกล นายแพทย์ 9 ด้านสัลยกรรมทรวงอก หัวใจ และหลอดเลือด เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางวิรุษา ไตรรัตน์ โภส ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 258-4119



ที่ ทม 1012/ ๕ ๔๔1

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๔/ กรกฎาคม 2544

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางวิรุณ ไตรรัตน์ภาส นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์อัมพันธ์ มาลารัตน์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางวิรุณ ไตรรัตน์ภาส ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1012/ 43๒๗



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๗ พฤศจิกายน 2544

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางวีรนุช ไตรรัตน์โนภาส นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์อรรถนัย มาลารัตน์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำนวน 50 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2544

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางวีรนุช ไตรรัตน์โนภาส ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1012/ 0097



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๙ มกราคม 2545

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางวีรนุช ไตรรัตนโนภาส นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์อนันต์ มาลารัตน์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำนวน 230 คน ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ในระหว่างเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ 2545

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางวีรนุช ไตรรัตนโนภาส ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิสาธกรณ์)
รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 258-4119

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

- | | | |
|--------------------|-------------|---|
| 1. รศ. เสาวลักษณ์ | เล็กอุทัย | รองศาสตราจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล
ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. รศ. สพ.ญ. นภาพร | มัธยมามกร | รองศาสตราจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3. ดร. บำเพ็ญ | พงศ์เพชรดิถ | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และ
ผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี |
| 4. นพ. วีรพล | นิธิพงษ์ | นายแพทย์ 9 ด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี |
| 5. นพ. ชรินทร์ | กลั่นจงกล | นายแพทย์ 9 ด้านศัลยกรรมทรวงอกและหลอดเลือด
โรงพยาบาลราชบุรี |

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

คำชี้แจง

1. การตอบแบบสอบถามของท่านครั้งนี้ เพื่อนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี” ซึ่งผลของการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้คำปรึกษา และให้การช่วยเหลือต่อผู้รับบริการทางสุขภาพต่อไป

2. แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งเป็น 5 ตอน คือ

- | | |
|----------|---------------------------------------|
| ตอนที่ 1 | แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล |
| ตอนที่ 2 | แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ |
| ตอนที่ 3 | แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ |
| ตอนที่ 4 | แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ |
| ตอนที่ 5 | แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง |

3. ให้ท่านกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือของข้อความแต่ละข้อ ตามความเป็นจริงในการปฏิบัติตนของท่าน และขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามทุกข้อ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ มา ณ โอกาสนี้

(นางวีรนุช ไตรรัตน์ภาส)

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาเอกสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ตามความเป็นจริง

1. เพศ

[] ชาย

[] หญิง

2. อายุ

[] 60 – 69 ปี

[] 70 – 79 ปี

[] 79 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

[] ต่ำกว่าประถมศึกษา

[] ประถมศึกษา

[] มัธยมศึกษา

[] อาชีวศึกษา หรือ อนุปริญญา

[] ปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี

4. สถานภาพสมรส

[] โสด / ม้าย / หย่า / แยกกันอยู่

[] คู่

5. ความพอเพียงของรายได้

[] พอใช้และมีเงินเหลือเก็บ

[] พอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ

[] ไม่พอใช้แต่ไม่มีภาระหนี้สิน

[] ไม่พอใช้และมีภาระหนี้สิน

6. ระยะเวลาการเจ็บป่วย

[] น้อยกว่า 1 ปี

[] 1 – 5 ปี

[] มากกว่า 5 ปี

7. ปัจจุบันท่านมีน้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านหลังข้อความแต่ละข้อ เพียงคำตอบเดียว

โดย ปฏิบัติประจำ หมายถึง ข้อความนั้นท่านกระทำสม่ำเสมอ หรือกระทำทุกครั้ง
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นท่านกระทำบางครั้ง หรือกระทำเป็นส่วนน้อย
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนั้นท่านไม่เคยกระทำเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพทั่วไป			
1. ท่านมาตรวจตามนัด			
2. ท่านไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น เหนื่อยหอบ / หัวใจเต้นผิดปกติ / เจ็บหน้าอก			
3. เมื่อท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพท่านมักจะ ถามจากแพทย์/พยาบาล และบุคลากรทางสาธารณสุข จนเข้าใจ			
4. ท่านนอนพักเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น เหนื่อย / เจ็บหน้าอก			
5. ท่านหลีกเลี่ยงฝุ่นละออง ควันบุหรี่			
6. ท่านดูแลทำความสะอาดปากและฟันหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ			
7. ท่านอ่านข่าวสาร ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรือพูดคุยกับ บุคลากรด้านสุขภาพเรื่องโรคต่าง ๆ			

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
ด้านร่างกาย			
8. ท่านออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง			
9. ท่านออกกำลังกายครั้งละ 20 – 30 นาที			
10. ท่านใช้เวลาว่างทำงานอดิเรก เช่น เล่นสัตว์ ปลุก ต้นไม้ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์			
11. ท่านนอนหลับพักผ่อนวันละ 6 – 8 ชั่วโมง			
ด้านโภชนาการ			
12. ท่านรับประทานอาหารไม่มากกว่า 3 ฟอง/สัปดาห์			
13. ท่านรับประทานอาหารมีไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน หนังไก่ ข้าวมันไก่ หรืออาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน เช่น อาหารทอด อาหารผัด			
14. ท่านรับประทานอาหารจำพวก กุ้ง ปลาหมึก หอย ปู เครื่องในสัตว์ เนื้อวัว สมอหมู			
15. ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูป / บรรจุกระป๋อง			
16. ท่านรับประทานอาหารหมัก ดอง			
17. ท่านรับประทานอาหารนมใส่กะทิ เช่น ขนมหวาน ไอศกรีม			

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
18. ท่านสูบบุหรี่			
19. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล			
20. เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย ท่านได้บอกให้ผู้อื่นทราบ			
21. ท่านปรึกษาและพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว			
22. ท่านปรึกษาและพูดคุยกับเพื่อนบ้าน			
23. ท่านยังคงไปมาหาสู่หรือพบปะกับญาติพี่น้องและ เพื่อนฝูง			
ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ			
24. ท่านได้รับความรักและความอบอุ่นจากบุคคลใน ครอบครัว			
25. ท่านแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้เกิดความสงบสุข			
26. ท่านให้อภัยกับผู้อื่น			
27. ท่านดูแลสุขภาพตนเองอย่างดีเพื่อสามารถทำประโยชน์ ต่อไป			
28. ท่านรับฟังเพื่อนและให้กำลังใจบุคคลอื่นที่ ต้องการความช่วยเหลือ			

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
29. ท่านกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการดำเนินชีวิต ของตนเอง			
30. เมื่อไม่สบายใจท่านหางานอดิเรกทำเช่น ฟังเพลง อ่าน หนังสือ ดูโทรทัศน์			
31. ท่านหลีกเลี่ยงการมีปากเสียง หรือสิ่งที่จะทำให้เกิด ความเครียด			
32. ท่านมักทำจิตใจให้สงบ ไม่โกรธ/หงุดหงิด ไม่หมกมุ่น อยู่กับปัญหา			
33. ท่านนั่งสมาธิ หรือปล่อยวาง			

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านหลังข้อความแต่ละข้อ เพียงคำตอบเดียว

โดย เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นมากกว่า
สอดคล้อง

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนี้

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับข้อความนั้นมากกว่า
สอดคล้อง

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การมาตรวจตามนัดเป็นสิ่งมี ประโยชน์โดยตรงต่อตัวท่านเอง					
2. การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง เป็นสิ่งจำเป็น					
3. เมื่อดูแลตนเองตามคำแนะนำของ แพทย์และพยาบาลอย่าง เคร่งครัด จะมีสุขภาพดีขึ้น					
4. การหยุดยารับประทานเอง ทำให้ เกิดอันตราย					
5. การออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีประโยชน์ต่อร่างกาย					
6. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือคาเฟอีน มีผลเสียต่อร่างกาย					
7. การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวเรื่องโรคหัวใจเป็นสิ่ง จำเป็น					
8. การควบคุมน้ำหนักตัวด้วยวิธีการ ควบคุมอาหารและออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่ควรกระทำ					
9. การสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้วยการพูดคุย ร่วมกิจกรรม ช่วยเหลือ เกื้อกูลกันเป็นสิ่งที่ มีประโยชน์					

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านหลังข้อความแต่ละข้อ เพียงคำตอบเดียว

โดย เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นมากกว่า
สอดคล้อง

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนี้

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับข้อความนั้นมากกว่า
สอดคล้อง

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านไม่สะดวกที่จะไปตรวจตามนัด					
2. ท่านไม่กล้าบอกอาการเจ็บป่วย (เมื่อมีอาการผิดปกติ) ให้บุคคลในครอบครัวทราบ เพราะกลัวจะไม่สบายใจ					
3. เมื่อเข้าร่วมสังคม ท่านจำเป็นต้องดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
4. การเดินทางไปตรวจร่างกายเป็นการเสียเวลา					
5. เมื่อคนในครอบครัวชอบทานอาหารที่มีไขมันสูงทำให้ท่านต้องรับประทานอาหารนั้นด้วย					
6. การรักษาโรคทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย					
7. ผลจากการเจ็บป่วย ทำให้ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมที่ชอบได้ เช่น ออกกำลังกาย มีเพศสัมพันธ์					

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านหลังข้อความแต่ละข้อ เพียงคำตอบเดียว

โดย เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นมากกว่า
สอดคล้อง

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนี้

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับข้อความนั้นมากกว่า
สอดคล้อง

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ของร่างกายที่ผิดปกติได้					
2. ท่านสามารถทำกิจกรรมหรืองาน อดิเรกต่างๆ เพื่อผ่อนคลายจิตใจได้					
3. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงอาหาร จำพวกกะทิ เนย น้ำตาล และเกลือ ในปริมาณมากได้					
4. ท่านสามารถควบคุมน้ำหนักตัว ให้คงที่ได้					
5. ท่านสามารถทำจิตใจให้สงบ พร้อมที่จะเผชิญกับการ เปลี่ยนแปลงได้					
6. ท่านสามารถสร้างสัมพันธภาพ กับบุคคลใกล้ชิดและบุคคลอื่น ได้ดี					
7. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์ หรือคาเฟอีนได้					
8. ท่านสามารถปฏิบัติตามคำ แนะนำของแพทย์และพยาบาลได้					

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

วิรัช ไตรรัตน์ภาส

ภาคผนวก ค
คำอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่น

ตาราง 20 ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1	.53
2	.23
3	.40
4	.27
5	.46
6	.29
7	.56
8	.07
9	.26
10	.46
11	.53
12	.53
13	.43
14	.51
15	.37
16	.75
17	.46
18	.52
19	.28
20	.56
21	.63

ตาราง 20 (ต่อ)

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
22	.79
23	.58
24	.45
25	.59
26	.62
27	.69
28	.57
29	.57
30	.32
31	.57
32	.45
33	.48

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ .89

ตาราง 21 ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1	.48
2	.65
3	.73
4	.39
5	.74
6	.36
7	.74
8	.75
9	.68

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำเท่ากับ .85

ตาราง 22 ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1	.65
2	.63
3	.42
4	.60
5	.36
6	.42
7	.24

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ เท่ากับ .75

ตาราง 23 ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของ
ตนเอง

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1	.58
2	.74
3	.70
4	.77
5	.82
6	.53
7	.63
8	.62

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง เท่ากับ .89

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้
อุปสรรคของการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เท่ากับ .91

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางวีรนุช ไตรรัตโนภาส
วัน เดือน ปีเกิด	30 ตุลาคม 2509
สถานที่เกิด	อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	9/84 หมู่ 1 ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพ 7 (ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก)
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลราชบุรี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2527	มัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนเบญจมราชูทิศ จังหวัดราชบุรี
พ.ศ. 2531	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
พ.ศ. 2540	ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ และทรวงอก มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2545	ประกาศนียบัตรการสอนการพยาบาลในคลินิก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
พ.ศ. 2545	การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ