

แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย

ปริญญานิพนธ์

ของ

จิตาพร เขียนวงษ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

พฤษภาคม 2547

ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๖๖.๑๓

จุ ๓๓๐.๒๑

๖

๖.๓

แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย

บทคัดย่อ

ของ

จิตาพร เขียนวงษ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา

พฤษภาคม ๒๕๔๗

๖๖.๑๓

จิตาพร เขียนวงศ์. (2547). *แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย*. ปรินูณานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม:รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที, ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน.

การศึกษาค้นนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย โดยจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษาคือ ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาของการเป็นโรค ประวัติครอบครัว และบุคลิกภาพ ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ การรับรู้สภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต และเจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยด้านสังคมวิทยา ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส และแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนแบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการออกกำลังกายแบบแอโรบิก และด้านการจัดการความเครียด รวมทั้งสภาวะสุขภาพ ด้านระดับดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก และระดับโคเลสเตอรอล ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม โรงพยาบาลวชิรภักดิ์ และโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 415 คน ซึ่งได้มาโดยสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

#### ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่มี เพศ การรับรู้สภาวะสุขภาพ เจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตต่างกันมีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่มี อายุ ประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ บุคลิกภาพ ความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
3. แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพด้านระดับดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก และระดับโคเลสเตอรอล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

LIFE STYLE OF CORONARY ARTERY DISEASES PATIENTS IN THAILAND

AN ABSTRACT

BY

THITAPORN KEINWONG

Presented in partial fulfillment of the requirement  
for the Master of Science degree in Health Education  
at Srinakharinwirot University

May 2004

*Thitaporn Keinwong. (2004). Life style of Coronary Artery Disease patients in Thailand.*

Master Thesis, M.S (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee Assoc. Prof. Dr. Thada Wimonwatwatee,  
Dr. Kamonmarn Virutsetazin

The objectives of this research were to study the life style on dietary, smoking, exercise, and release stress of Coronary Artery Disease patients in Thailand; then determined the life style of the patients with their biological factors including variables: sex, age, duration of illness, family history, and personality type; psychosocial factors including variables: perception of health status, knowledge of life style, attitude toward life style; and sociological factors including variables: education level, occupation, monthly income, marital status, and social support. The research also focused on determination of health status of the patients which including body mass index level, diastory level, and cholesterol level. And also determined the correlation between health status and life style of the patients.

The sample of this research was 415 Coronary Artery Disease patients which selected by multistage random sampling from the Out Patients Department of Rajvithi Hospital, Khonkean Hospital, Uttaradit Hospital, and Vajiraphuket Hospital. A self-administered questionnaire was used to gather data. The data were analyzed for frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, correlation coefficient.

**Results of the study are the followings:**

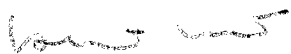
1. The Coronary Artery Disease patients had a life style at an average level.
2. The Coronary Artery Disease patients with different sex, perception of health status, and attitude toward life style had statistically significant differences in life style; whereas significant difference were not found in variables age, duration of illness, family history, personality type, knowledge of life style, education level, monthly income, marital status, and social support.
3. The life style of the Coronary Artery Disease patients had no correlation with health status.

ปริญญานิพนธ์  
เรื่อง

แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย

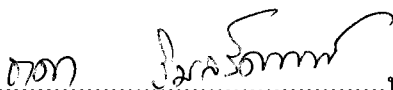
ของ  
นางสาวฐิตาพร เขียนวงศ์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา  
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

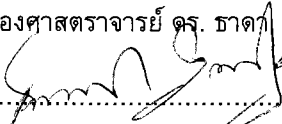


.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพร หะวานนท์)  
วันที่ เดือน..... พ.ศ. 2547

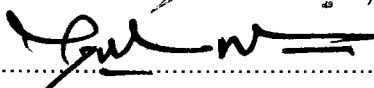
คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์



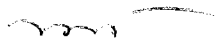
.....ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที)



.....กรรมการ  
(อาจารย์ ดร. กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน)



.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กฤตกรณ์ ประทุมวงศ์)



.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม  
(รองศาสตราจารย์ สพญ. นภาพร มัชฌมางกูร)

## ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและให้การช่วยเหลือ แนะนำเป็นอย่างดีจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิลลัตระเวที ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ อาจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐินกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤตกรณ์ ประทุมวงศ์ รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌิมางกูร กรรมการสอบปริญญานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ พร้อมทั้งให้ความสนับสนุนและให้กำลังใจตลอดมาอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

กราบขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือในการวิจัย ครั้งนี้ ซึ่งได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.ดุขฎิ โยเหลา ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ รองศาสตราจารย์ไมตรี สุนทรจิตต์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร รองศาสตราจารย์พรณวดี ตันติศิริพันธ์ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ดร.ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และ รองศาสตราจารย์เทเวศน์ พิริยะพจน์ มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่กรุณา ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรภูเก็ต ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่ได้ อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ตลอดจนขอขอบพระคุณ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีจนบรรลุวัตถุประสงค์

ขอขอบพระคุณ นายรัฐสยาม ดิยรัฐกาล นายแพทย์กนก สุวรรณกิจและนางพจนา สุวรรณกิจ ที่ช่วยเหลือให้คำแนะนำและตรวจสอบปริญญานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ครูบาอาจารย์ทุกท่านที่อบรมสั่งสอน ถ่ายทอดวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย รวมทั้ง พี่ๆ เพื่อนๆ ผู้ร่วมงาน และเพื่อนๆ นิสิตปริญญาโท เอกศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา 2544 ที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจเป็นอย่างดีตลอดมา

คุณค่าของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบบูชาพระคุณ บิดา มารดา ครูอาจารย์ที่เคารพที่ กรุณาเลี้ยงดูปลูกฝังสิ่งที่ดีงาม เป็นกำลังใจ และกำลังใจทรัพย์แก่ผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา จนทำให้ปริญญานิพนธ์ ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ฐิตาพร เขียนวงษ์

## สารบัญ

| บทที่ |                                                        | หน้า |
|-------|--------------------------------------------------------|------|
| 1     | บทนำ.....                                              | 1    |
|       | ภูมิหลัง.....                                          | 1    |
|       | ความมุ่งหมายของการวิจัย.....                           | 5    |
|       | ความสำคัญของการวิจัย.....                              | 5    |
|       | ขอบเขตของการวิจัย.....                                 | 6    |
|       | ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....           | 6    |
|       | ตัวแปรที่ศึกษา.....                                    | 6    |
|       | นิยามศัพท์เฉพาะ.....                                   | 7    |
|       | กรอบแนวคิดในการวิจัย.....                              | 10   |
|       | สมมุติฐานในการวิจัย.....                               | 11   |
| 2     | เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....                    | 12   |
|       | ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ.....           | 12   |
|       | คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดหัวใจ.....                   | 12   |
|       | กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหลอดเลือดแดงโคโรนารี..... | 12   |
|       | พยาธิสรีรวิทยาของหลอดเลือดหัวใจตีบ.....                | 14   |
|       | ทฤษฎีของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ.....                  | 17   |
|       | ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ.....               | 23   |
|       | อาการและอาการแสดง.....                                 | 24   |
|       | การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ.....                         | 24   |
|       | แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.....   | 26   |
|       | แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต.....               | 26   |
|       | แบบแผนการดำเนินชีวิตกับสภาวะสุขภาพ.....                | 26   |
|       | แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการรับประทานอาหาร.....         | 30   |
|       | แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการสูบบุหรี่.....              | 39   |
|       | แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการออกกำลังกาย.....            | 44   |
|       | แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการจัดการความเครียด.....       | 52   |
|       | องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ.....           | 58   |
|       | บุคลิกภาพ.....                                         | 59   |
|       | ปัจจัยด้านจิตวิทยา.....                                | 63   |
|       | ปัจจัยด้านสังคมวิทยา.....                              | 68   |
|       | เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....                    | 72   |
|       | งานวิจัยต่างประเทศ.....                                | 72   |

## สารบัญ(ต่อ)

| บทที่                                                           | หน้า |
|-----------------------------------------------------------------|------|
| 2(ต่อ) งานวิจัยในประเทศ .....                                   | 75   |
| 3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....                                | 79   |
| การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....                       | 79   |
| การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า .....                 | 80   |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล.....                                        | 89   |
| การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....                           | 89   |
| 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....                                     | 95   |
| สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....                        | 95   |
| ผลการศึกษาค้นคว้า.....                                          | 96   |
| 5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....                             | 121  |
| สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า ..... | 121  |
| ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....                             | 121  |
| สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า .....                               | 121  |
| วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....                               | 122  |
| การวิเคราะห์ข้อมูล.....                                         | 124  |
| สรุปผลการศึกษาค้นคว้า .....                                     | 124  |
| อภิปรายผล.....                                                  | 126  |
| ข้อเสนอแนะ .....                                                | 143  |
| บรรณานุกรม .....                                                | 145  |
| ภาคผนวก.....                                                    | 153  |
| ภาคผนวก ก.....                                                  | 154  |
| ภาคผนวก ข.....                                                  | 166  |
| ภาคผนวก ค.....                                                  | 179  |
| ภาคผนวก ง .....                                                 | 183  |
| ประวัติย่อผู้วิจัย.....                                         | 185  |

## บัญชีตาราง

| ตาราง |                                                                                                                                                                            | หน้า |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1     | อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามรายภาค พ.ศ. 2540-2544.....                                                                                   | 2    |
| 2     | จำนวนและอัตราการป่วยของโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากร แสนราย 3 จังหวัดแรกของแต่ละภาคและกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2544 .....                                                          | 3    |
| 3     | จำแนกระดับความดันโลหิตในกลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไป.....                                                                                                                         | 19   |
| 4     | ลักษณะต่างๆ ของบุคคลต่ออัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ .....                                                                                                        | 22   |
| 5     | ความผิดปกติของ Lipoprotein .....                                                                                                                                           | 32   |
| 6     | ระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติตามเกณฑ์ NCEP Expert Panel.....                                                                                                                 | 32   |
| 7     | ปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารบางชนิด .....                                                                                                                                      | 33   |
| 8     | เกณฑ์การตัดสินปริมาณไขมันในเลือดที่มีผลต่ออัตราเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ .....                                                                                        | 35   |
| 9     | ปริมาณไขมันในอาหารบางชนิด .....                                                                                                                                            | 37   |
| 10    | ดัชนีมวลกายและเกณฑ์การประเมินทางโภชนาการ .....                                                                                                                             | 45   |
| 11    | กิจกรรมในชีวิตประจำวันกับปริมาณพลังงานที่ถูกเผาผลาญ.....                                                                                                                   | 46   |
| 12    | ผลการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นจากการออกกำลังกายทำให้ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ .....                                                                                | 47   |
| 13    | ตัวอย่างกิจกรรมนันทนาการและค่าการใช้พลังงานคิดเป็น METs.....                                                                                                               | 50   |
| 14    | ตัวอย่างกิจกรรมทั่วไปและค่าการใช้พลังงาน คิดเป็น METs.....                                                                                                                 | 51   |
| 15    | ระดับการออกกำลังกายที่มีทำให้เกิดต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด .....                                                                                           | 51   |
| 16    | สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดที่ทำการศึกษาวิจัย .....                                                                                                                   | 80   |
| 17    | ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการดำเนินชีวิตในประเทศไทย .....                                                                                                                   | 87   |
| 18    | ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตในประเทศไทย .....                                                                                                          | 88   |
| 19    | ค่าความยากง่ายของแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย.....                                                                                  | 88   |
| 20    | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 415 คนจำแนกตามปัจจัยชีววิทยา และปัจจัยด้านสังคมวิทยา .....                                                                            | 96   |
| 21    | จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 415 คนจำแนกตามสภาวะสุขภาพ .....                                                                                                      | 99   |
| 22    | จำนวน ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบแผนการดำเนินชีวิตในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายแบบแอโรบิค การสูบบุหรี่ และการจัดความเครียดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน..... | 100  |

## บัญชีตาราง(ต่อ)

| ตาราง |                                                                                                                                                               | หน้า |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 23    | จำนวนและร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิต ด้านการบริโภคอาหาร กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยจำแนกตามรายภาค ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน ..... | 101  |
| 24    | แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการบริโภคอาหารด้านการบริโภคอาหาร กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน จำแนกตามรายภาค .....    | 101  |
| 25    | แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการบริโภคอาหารด้านการบริโภคอาหาร ที่ส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน จำแนกตามรายภาค.....                                   | 104  |
| 26    | จำนวนและร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน จำแนกตามรายภาค .....                                           | 104  |
| 27    | กิจกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน จำแนกตามรายภาค.....                                                                                         | 105  |
| 28    | จำนวน และร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการสูบบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน จำแนกตามรายภาค.....                                                       | 105  |
| 29    | แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการสูบบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน จำแนกตามรายภาค.....                                                                         | 106  |
| 30    | ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบแผนการดำเนินชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง 415 คน จำแนกตามปัจจัยชีววิทยา.....                                                     | 107  |
| 31    | เปรียบเทียบแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คนจำแนกตามปัจจัยชีววิทยา .....                                                                       | 108  |
| 32    | ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คนจำแนกตามปัจจัยจิตวิทยา .....                                                 | 110  |
| 33    | ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของแบบแผนการดำเนินของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คนจำแนกตามปัจจัยชีววิทยา.....                                                   | 111  |
| 34    | ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบแผนการดำเนินชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คนจำแนกตามปัจจัยจิตวิทยา.....                                                 | 112  |
| 35    | การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คนจำแนกตามปัจจัยจิตวิทยา.....                                       | 113  |
| 36    | เปรียบเทียบแบบแผนการดำเนินชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คนจำแนกตามปัจจัยจิตวิทยา .....                                                                      | 113  |
| 37    | ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คนจำแนกตามปัจจัยสังคมวิทยา .....                                               | 114  |
| 38    | การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของแบบแผนการดำเนินชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คนจำแนกตามปัจจัยสังคมวิทยา .....                                            | 116  |

## บัญชีตาราง(ต่อ)

| ตาราง                                                                                                       | หน้า |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 39 เปรียบเทียบแบบแผนการดำเนินชีวิต จำแนกการได้รับแรงสนับสนุนของกลุ่มตัวอย่าง<br>จำนวน 415 คน.....           | 117  |
| 40 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตกับสภาวะสุขภาพ ของกลุ่มตัว<br>อย่างจำนวน 415 คน..... | 117  |
| 41 ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม จำแนกตามปัจจัยชีววิทยาและ<br>ปัจจัยจิตวิทยา .....          | 177  |
| 42 ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิต.....                                   | 178  |
| 43 ค่าความยากง่ายของแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต .....                                 | 179  |

## บัญชีภาพประกอบ

| ภาพประกอบ                                                                 | หน้า |
|---------------------------------------------------------------------------|------|
| 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....                                              | 10   |
| 2 ลักษณะกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหลอดเลือดแดงโคโรนารี.....            | 13   |
| 3 โครงสร้างของ Muscular Artery ปกติ.....                                  | 14   |
| 4 ขบวนการเกิด Fatty Steak ขึ้นในผนังหลอดเลือดแดง.....                     | 15   |
| 5 ลักษณะภายในเส้นเลือดของขบวนการเกิด Fatty Steak .....                    | 16   |
| 6 ลักษณะ Response to Injury Hypothesis .....                              | 17   |
| 7 กลไกความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับโรคหลอดเลือดหัวใจ .....           | 43   |
| 8 แสดงองค์ประกอบที่มีผลให้เกิดสุขภาพสมบูรณ์ .....                         | 59   |
| 9 แสดงกลไกของความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพแบบ เอ กับโรคหลอดเลือดหัวใจ..... | 62   |

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ภูมิหลัง

แบบแผนการดำเนินชีวิตของประชากรโลกได้เปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ตามระดับการพัฒนาของแต่ละประเทศ ในประเทศที่ด้อยพัฒนาและ/หรือกำลังพัฒนา ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของประชาชนมักเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ แต่เมื่อประเทศมีระดับการพัฒนาที่สูงขึ้น ปัญหาสุขภาพของประชาชนด้วยโรคติดต่อได้ลดน้อยถอยลง ในขณะที่ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บที่ไม่ใช่โรคติดต่อกลับมีมากขึ้นตามลำดับโดยมีสาเหตุจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตเป็นสำคัญ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1996 พบว่าโรคไม่ติดต่อประเภทเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลกเกือบครึ่งของการเสียชีวิตทั้งหมด (52 ล้านคนต่อปี) โดยมากกว่า 15 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ บุหรี่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต 3 ล้านคนต่อปี จากมะเร็งปอดและในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ และในปี ค.ศ. 1998 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกอันดับ 1 ยังคงเป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ โดยพบ 7.38 ล้านคน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 28-29) และนอกจากนี้ยังพบภาวะโรคแอบแฝงอยู่ในประชากร(Burden of disease) เกือบร้อยละ 10 ที่เป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน โดยไม่ปรากฏอาการมาก่อน และในปี 1999 พบว่าประเทศที่มีรายได้ต่ำ และประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่ามีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 78 โดยเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลก(2002) มีการทำนายว่า ปี 2005 จำนวนการตายของโรคหลอดเลือดหัวใจจะสูงถึง 20 ล้านคน โดย 7 ล้านคนมาจากการตายจากกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา (The Catalonia Declaration. 1995 ; อ้างอิงจาก อุทัย เจริญจิตต์. 2542 : 2) และในปี 2010 องค์การอนามัยโลกคาดว่าโรคหลอดเลือดหัวใจจะเป็นสาเหตุการตายของประชาชนในประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยมีปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน แต่ในประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่าสาเหตุการตายของโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากเด็กที่คลอดน้ำหนักน้อย และภาวะโลหิตจางจากการขาดโฟเลต เพิ่มขึ้น (องค์การอนามัยโลก. 2002)

โรคไม่ติดต่อในภาษาไทยแปลมาจากคำว่า Non-communicable Disease ซึ่งเป็นคำที่องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความไว้เพื่อแยกกลุ่มโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อโรค โดยกลุ่มโรคที่ไม่ติดเชื่อนี้มีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงหลักๆ อาทิ พฤติกรรมที่ไม่สมดุลและพันธุกรรม บางส่วนมาจากการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมโดยสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม จากการประชุม WHO Meeting on the Development of the Global Strategy for Prevention and Control of Non-communicable Disease เมืองมอนทรีออล ประเทศแคนาดา (องค์การอนามัยโลก. 1997 : 28-29) ได้ให้ความหมายกลุ่มโรคนี้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยระบุว่าเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขหลักที่สำคัญ อาทิ กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ มะเร็ง เบาหวาน โดยกลุ่มโรคเหล่านี้เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสัดส่วนและในปริมาณอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วน ความเครียด ซึ่งองค์การอนามัยโลกรายงานว่าเป็นกลุ่มโรคที่ส่วนใหญ่เกิดจากมนุษย์ก่อขึ้นมาเอง (Man-made Disease) (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2541 : 26)

ในประเทศที่มีความเจริญก้าวหน้า เช่น สหรัฐอเมริกา พบว่าทุกๆ 32 วินาทีจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 ราย โรคหลอดเลือดหัวใจไม่เพียงแต่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญแล้ว ยังความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก บั่นทอนชีวิตภายหลังการเจ็บป่วย และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ทำลายความคาดหวังในชีวิต (Pleas. 1987 : 5)

ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าแนวโน้มของสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1988 – 1998 ต่อมาพบเป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 1999 – 2000 โดยพบว่าประเทศสิงคโปร์มีอัตราการตายสูงสุดร้อยละ 24 รองลงมาเป็นประเทศมาเลเซียร้อยละ 19.5 ส่วนประเทศไทยพบเป็นอันดับที่ 5 มีอัตราการตายร้อยละ 14.5 ในปี 2000 (SEMIC Health Statistic. 2001 : 63–75)

ในประเทศไทย ปัจจุบันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากข้อมูลสภาวะสุขภาพของคนไทยได้ระบุถึงสาเหตุการตายของคนไทยในปี 2541 ว่าสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกคือโรคติดเชื้อ มีอัตราการตาย 100.9 ต่อประชากรแสนราย รองลงมาคือโรคหลอดเลือดหัวใจมีอัตราการตาย 100 ต่อประชากรแสนราย และมะเร็ง มีอัตราการตาย 94.2 ต่อประชากรแสนราย เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายย้อนหลัง 10 ปี พบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 5 มาตลอด และยังมีแนวโน้มว่าจะลดลง ทำให้การรับภาระการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2522 ถึง 2541 สูงขึ้น 11 เท่า และอยู่ในโรงพยาบาลปีละ 22,080 ราย และมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 30-31)

สาเหตุการตายของโรคหลอดเลือดหัวใจ ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 – 2544 พบว่ามีอัตราการตายเพิ่มขึ้นตามลำดับอย่างชัดเจน ดังนี้ 3.1 , 3.6 , 7.9 , 10.1 และ 12.4 (กระทรวงสาธารณสุข. 2544 : 79-86) นอกจากนี้พบว่าจำนวนและอัตราการตายจำแนกตามรายภาค ของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีดังตาราง 1

ตาราง 1 อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามรายภาค พ.ศ. 2540 – 2544

| ภาค                   | 2540 | 2541 | 2542 | 2543 | 2544 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|
| กรุงเทพมหานคร         | 77.4 | 91.7 | 33.0 | 39.6 | 45.1 |
| ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.) | 86.7 | 65.0 | 59.8 | 32.9 | 35.1 |
| ภาคเหนือ              | 86.1 | 75.5 | 64.2 | 39.5 | 33.9 |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | 59.6 | 57.8 | 42.7 | 24.7 | 20.0 |
| ภาคใต้                | 46.5 | 37.7 | 41.4 | 32.5 | 33.0 |
| ทั่วราชอาณาจักร       | 71.1 | 63.5 | 49.9 | 31.9 | 30.3 |

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. 2544. รายงานการป่วยของผู้มารับบริการสาธารณสุข : 169

จากตารางข้างต้นพบว่าตั้งแต่ ปี 2540 เป็นต้นมา แนวโน้มอัตราการตายของผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบมากที่สุดกรุงเทพมหานคร รองลงมาเป็นภาคกลาง (ไม่รวม กทม.) ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบน้อยที่สุด

นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการป่วยของผู้ป่วยนอก เมื่อจำแนกตามสาเหตุการป่วยตามกลุ่มสาเหตุ (21 กลุ่มโรค) พบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจมีอัตราการป่วยจากสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจำแนกตามรายภาคพ.ศ. 2544 พบว่า ทวีราชอาณาจักร มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 111.12 โดยพบว่า ภาคกลาง(ไม่รวม กทม.)มีอัตราการป่วยสูงสุด คือ 146.00 รองลงมาเป็นภาคเหนือ เท่ากับ 140.40 ภาคใต้ เท่ากับ 123.14 กรุงเทพมหานคร เท่ากับ 117.66 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีน้อยที่สุด เท่ากับ 65.71 (สำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข. 2544 : 169)

และจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการป่วยจำแนกตามโรคพบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจมีอัตราการป่วยจำแนกตามจังหวัดที่มีอัตราการเกิดสูงสุด 3 อันดับแรก ของแต่ละภาค ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและอัตราการป่วยของโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากรแสนราย 3 จังหวัดแรกของแต่ละภาค และกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2544

| จังหวัด               | 2544   |        |
|-----------------------|--------|--------|
|                       | จำนวน  | อัตรา  |
| กรุงเทพมหานคร         | 6,538  | 117.66 |
| ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.) | 21,264 | 146.00 |
| นครปฐม                | 1,892  | 892.00 |
| สิงห์บุรี             | 1,180  | 528.15 |
| ราชบุรี               | 1,047  | 212.16 |
| ภาคเหนือ              | 15,551 | 140.40 |
| อุตรดิตถ์             | 1,694  | 350.01 |
| ลำพูน                 | 912    | 224.59 |
| ลำปาง                 | 1,385  | 169.25 |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | 13,478 | 65.71  |
| ขอนแก่น               | 2,028  | 115.71 |
| นครราชสีมา            | 1,104  | 43.19  |
| ยโสธร                 | 714    | 109.64 |
| ภาคใต้                | 10,177 | 123.14 |
| ภูเก็ต                | 1,922  | 154.87 |
| สงขลา                 | 1,071  | 115.24 |
| สุราษฎร์ธานี          | 1,453  | 102.36 |
| ทั่วประเทศ            | 67,008 | 111.12 |

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. 2544. รายงานการป่วยของผู้มารับบริการสาธารณสุข : 16-149.

สำหรับสภาวะการป่วยในชุมชน จากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 1 เมื่อปี 2534 พบว่า จากการตรวจคลื่นหัวใจในชุมชนพบความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 1 ของประชากรที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป โดยมีความชุกสูงสุดในกรุงเทพมหานคร รองลงมาเป็นภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 30-31) ซึ่งพบว่าจากการสูบบุหรี่อย่างประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 13,515 ราย พบว่าความชุกของระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเกิน 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เท่ากับร้อยละ 11.30 สำหรับกลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป ความชุกเท่ากับร้อยละ 11.99 และพบว่าความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกันเมื่อน้ำหนักเพิ่มขึ้น ความชุกในเพศหญิงพบมากกว่าเพศชาย และมีประชาชนเพียงร้อยละ 3.7 เท่านั้นที่รู้ว่าตนเองมีระดับโคเลสเตอรอลสูง (สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยและกระทรวงสาธารณสุข. 2534 : 131)

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่คุกคามชีวิตของคนไทย ใช้เวลาในการรักษานาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีอาการเจ็บหน้าอก อาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหยุดเต้น (อิศรา สุขุมาลจันทร์. 2536 : 292) ผู้ป่วยจึงมีความวิตกกังวล หวาดกลัว เครียดและรู้สึกไร้ค่า และยังส่งผลกระทบต่อการทำงานมีปริมาณและคุณภาพในการทำงานลดลง ก่อให้เกิดความกดดันในการทำงานอาจต้องมีการเปลี่ยนงานหรือออกจากงาน ทำให้มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยกลายเป็นผู้ช่วยเหลือตนเองในสังคมได้น้อยลง ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทำให้เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม

นอกจากผลกระทบด้านการเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากภาวะเรื้อรังของโรคแล้ว ยังมีผลกระทบทั้งที่วัดได้และที่ไม่สามารถวัดได้ต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชนอยู่หลายประการ คือ ค่าใช้จ่ายของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยตรงจากระบบบริการสาธารณสุข ส่วนการสูญเสียที่วัดไม่ได้ เช่น ความเครียด วิตกกังวล ความเจ็บปวด การเปลี่ยนแปลงทางสถานะอาชีพและสังคม ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและภาระการดูแลของครอบครัว รวมถึงผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจของสังคมชาติ ซึ่งเป็นการยากที่จะประมาณค่าการเสียหายนี้ได้อย่างถูกต้องครบถ้วน เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังใช้เวลาในการรักษายาวนาน การก่อกวนยาสภาพค่อยเป็นค่อยไปกว่าจะรู้ตัวก็ปรากฏอาการมากแล้วจนกระทั่งบางรายเสียชีวิตในครั้งแรกที่ปรากฏอาการก็มีให้พบเห็นอยู่เสมอ และเมื่อป่วยแล้วรักษาไม่หายขาด นอกเหนือไปจากความไม่ผาสุกจากการถูกบั่นทอนศักยภาพลงเรื่อยๆ จนอาจถึงขั้นไร้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ แล้วก็ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่น โดยต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับการปฏิบัติตามข้อจำกัดต่างๆ เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของโรค และป้องกันอันตรายจากการเสียชีวิต

ในปัจจุบันประเทศไทยต้องเผชิญวิกฤตเศรษฐกิจอย่างรุนแรง ดังนั้นการป้องกันโรคจึงมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น ในการมุ่งที่จะสร้างเสริม ปรับเปลี่ยน และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ทั้งนี้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจต้องมุ่งเน้นที่ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การสำรวจแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนไทย ซึ่งได้มีการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนทั้งประเทศในปี 2534 ซึ่งผ่านมานานถึง 12 ปี และสำรวจบางพื้นที่ที่คาดว่าจะมีขนาดความเสี่ยงและความรุนแรงของปัญหาของโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง โดยสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยและกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในปัจจุบันแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนไทยได้เปลี่ยนแปลง และปรับเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็วตามวิกฤตเศรษฐกิจและการปกครอง

พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของบุคคลซึ่งจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล โดยมีส่วนให้สุขภาพดีหรือเจ็บป่วยได้ พฤติกรรมที่ดีจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพที่แข็งแรงช่วยทำให้ชีวิตยืนยาวขึ้น

ลดความต้องการในการใช้บริการทางสุขภาพ ซึ่งซาราฟิโน (Sarafino. 1989 : 15-17) กล่าวว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพ และส่งผลให้เกิดสุขภาพที่สมบูรณ์นั้น ประกอบด้วย ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านจิตวิทยา และปัจจัยด้านสังคม โดยทั้ง 3 ปัจจัยจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษานั้นมาจากทุกภูมิภาคของประเทศไทย และบางรายมารับการรักษาซ้ำๆ ด้วยอาการที่รุนแรงมากขึ้นตามลำดับ บางรายแม้จะได้รับการรักษาด้วยการสวนหัวใจและผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จนกระทั่งถึงวิธีการสุดท้ายคือใช้เลเซอร์ยิงที่กล้ามเนื้อหัวใจเพื่อให้เกิดเส้นเลือดเทียมเพื่อไปเลี้ยงหัวใจ พบว่าผู้ป่วยแต่ละรายแม้ได้รับคำแนะนำจากผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพก็ไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค ดังนั้นการศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทำให้สามารถเข้าใจปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นอย่างดี แบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของบุคคล การมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีเป็นกุญแจสำหรับสุขภาพที่บุคคลสามารถรับผิดชอบต่อตนเอง ซึ่งมีความสำคัญในการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยรวมถึงการศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังเป็นประโยชน์ต่อประชาชน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและรัฐบาล เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนต่อไป

## ความมุ่งหมายในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งจุดมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจดังนี้
  - 1.1 การบริโภคอาหาร
  - 1.2 การออกกำลังกายแบบแอโรบิค
  - 1.3 การสูบบุหรี่
  - 1.4 การจัดการความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามปัจจัยต่อไปนี้
  - 2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา
  - 2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา
  - 2.3 ปัจจัยด้านสังคมวิทยา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตกับสภาวะสุขภาพต่อไปนี้ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
  - 3.1 ระดับโคเลสเตอรอล
  - 3.2 ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก
  - 3.3 ดัชนีมวลกาย

## ความสำคัญของการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในประชาชนไทยในปัจจุบัน
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ในด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และเป็นข้อมูลในการวางแผนการพัฒนาการจัดดำเนินงานทางสุขศึกษากับประชาชนเพื่อให้เกิดพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจต่อไป
4. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป

## ขอบเขตของการวิจัย

### การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ คลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลประจำจังหวัดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 67,008 คน (สถิติผู้ป่วยนอกประจำปี พ.ศ. 2544 )

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ในคลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลประจำจังหวัด นครปฐม อุดรดิตถ์ ขอนแก่น ภูเก็ต และโรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร จำนวน 415 คน โดยการเก็บทุกรายในระยะเวลาตั้งแต่เดือน มกราคม – มีนาคม 2547 ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling )

### ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ แบ่งได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา ( Biological factors)
  - 1.1 เพศ
  - 1.2 อายุ
  - 1.3 ระยะเวลาของการเป็นโรค
  - 1.4 ประวัติครอบครัว
  - 1.5 บุคลิกภาพ
2. ปัจจัยด้านจิตวิทยา ( Psychological factors )
  - 2.1 การรับรู้สภาวะสุขภาพ
  - 2.2 ความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต
  - 2.3 เจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต
3. ปัจจัยด้านสังคมวิทยา ( Sociological factors)
  - 3.1 ระดับการศึกษา
  - 3.2 อาชีพ
  - 3.3 รายได้ครอบครัว

### 3.4 สถานภาพสมรส

3.5 การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์  
ตัวแปรตาม แบ่งได้เป็น

1. แบบแผนการดำเนินชีวิต ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ด้านการสูบบุหรี่ และด้านการจัดการความเครียด
2. สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งประเมินจากระดับโคเลสเตอรอล ระดับความดันโลหิต ไตเอสโตลิก และดัชนีมวลกาย

## นิยามศัพท์เฉพาะ

### 1. แบบแผนการดำเนินชีวิต

หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1 การบริโภคอาหาร หมายถึง ลักษณะการรับประทานอาหารในแต่ละวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.2 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก หมายถึง การมีกิจกรรมการออกกำลังกาย ตามความสามารถและเหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยใช้แรงกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวร่างกายทุกส่วน มีความต่อเนื่องและเป็นกิจกรรมที่เป็นจังหวะ และใช้ออกซิเจนธรรมชาติ เช่น การบริหารร่างกาย การเดินเร็ว หรือการเล่นกีฬาที่ให้ความสนุกสนาน มิได้มุ่งเน้นเป็นการแข่งขันโดยวัดจากความถี่ ระยะเวลาและความหนักของการออกกำลังกาย

1.3 การสูบบุหรี่ หมายถึง พฤติกรรมการสูบ / ไม่สูบบุหรี่ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยวัดจากจำนวนบุหรี่ที่สูบ ชนิดของบุหรี่ ความถี่ของการสูบบุหรี่ และระยะเวลาของการสูบบุหรี่ รวมทั้งการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่

1.4 การจัดการความเครียด หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำเพื่อลดปฏิกิริยาของร่างกาย ที่ตอบสนองต่อสิ่งคุกคามหรือสิ่งกระตุ้นเพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกาย ได้แก่ การมีกิจกรรมนันทนาการ การนอนพักผ่อน และการใช้หลักศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยวัดจากลักษณะความถี่ของการจัดการความเครียด และวิธีในการจัดการความเครียด

### 2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการตรวจพบภาวะเส้นเลือดหัวใจตีบโดยการวินิจฉัย จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านโรคหัวใจ ยกเว้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ

3. ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ คุณลักษณะปัจจัยต่าง ๆ ที่จะนำมาศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาของการเป็นโรค ประวัติครอบครัวและบุคลิกภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 3.1 เพศ

หมายถึง คุณลักษณะทางบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น

#### 3.1.1 เพศหญิง

#### 3.1.2 เพศชาย

### 3.2 อายุ

หมายถึง จำนวนปีที่เกิดนับตามปฏิทินจนถึงวันเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

3.2.1 น้อยกว่า 40 ปี

3.2.2 41 – 50

3.2.3 51 – 60

3.2.4 61 – 70

3.2.5 70 ปีขึ้นไป

### 3.3 ระยะเวลาของการเป็นโรค

หมายถึง ช่วงเวลาของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จนถึงปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ คือ

3.3.1 น้อยกว่า 1 ปี

3.3.2 1 - 5 ปี

3.3.3 6 - 10 ปี

3.3.4 มากกว่า 10 ปี

### 3.4 ประวัติครอบครัว

หมายถึง ประวัติการมีญาติหรือพี่น้องในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

3.4.1 มี

3.4.2 ไม่มี

3.5 บุคลิกภาพ หมายถึง ลักษณะเฉพาะของบุคคล ตามลักษณะการแสดงออก โดยแบ่งออกเป็นบุคลิกภาพแบบ เอ และ บุคลิกภาพแบบ บี

## 4. ปัจจัยด้านสังคมวิทยา ได้แก่

### 4.1 ระดับการศึกษา

หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2534 : 39)

4.1.1 ประถมศึกษา

4.1.2 มัธยมศึกษา

4.1.3 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

4.1.4 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

### 4.2 อาชีพ

หมายถึง ลักษณะงานที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ยึดเป็นหลักในการหาเลี้ยงชีพที่เป็น รายได้สูงสุด แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มคือ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2534 : 6)

4.2.1 รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่ทำงานในหน่วยงานของทางราชการหรือหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ

4.2.2 ค้าขายหรือประกอบธุรกิจ หมายถึง ผู้ทำการค้าหรือทำธุรกิจทุกชนิด

4.2.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ประกอบอาชีพ ทำนา ทำไร่ ทำสวน หรือ เลี้ยงสัตว์

4.2.4 รับจ้าง หมายถึง ผู้ที่รับจ้างเป็นรายวัน รายเดือน หรือมีรายได้ไม่แน่นอน

#### 4.2.5 ไม่ประกอบอาชีพ หมายถึง ผู้ไม่ประกอบอาชีพใด ๆ

#### 4.3 รายได้ครอบครัว

หมายถึง เงินเดือนและรายได้พิเศษของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของสามีและ/หรือภรรยา โดยเฉลี่ยรวมกันต่อเดือน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

4.3.1 น้อยกว่า 5,000 บาท

4.3.2 5,000 - 10,000 บาท

4.3.3 10,001 - 15,000 บาท

4.3.4 15,001 - 20,000 บาท

4.3.5 มากกว่า 20,000 บาท

#### 4.4 สถานภาพสมรส

หมายถึง ฐานะทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกันแบบสามี ภรรยา ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งออกเป็น 5 ลักษณะ คือ

4.4.1 อยู่ด้วยกัน

4.4.2 แยกกันอยู่

4.4.3 หย่าร้าง

4.4.4 โสด

4.4.5 หม้าย

4.5 แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการสนับสนุนแบบแผนการดำเนินชีวิตจาก ครอบครัว ญาติ เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ แบ่งเป็น

4.5.1 ได้รับ

4.5.2 ไม่ได้รับ

#### 5. ปัจจัยด้านจิตวิทยา หมายถึง

5.1 การรับรู้สภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น และการแสดงออกถึงความเข้าใจ ว่าตนเองมีความสมบูรณ์แข็งแรง หรือต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป

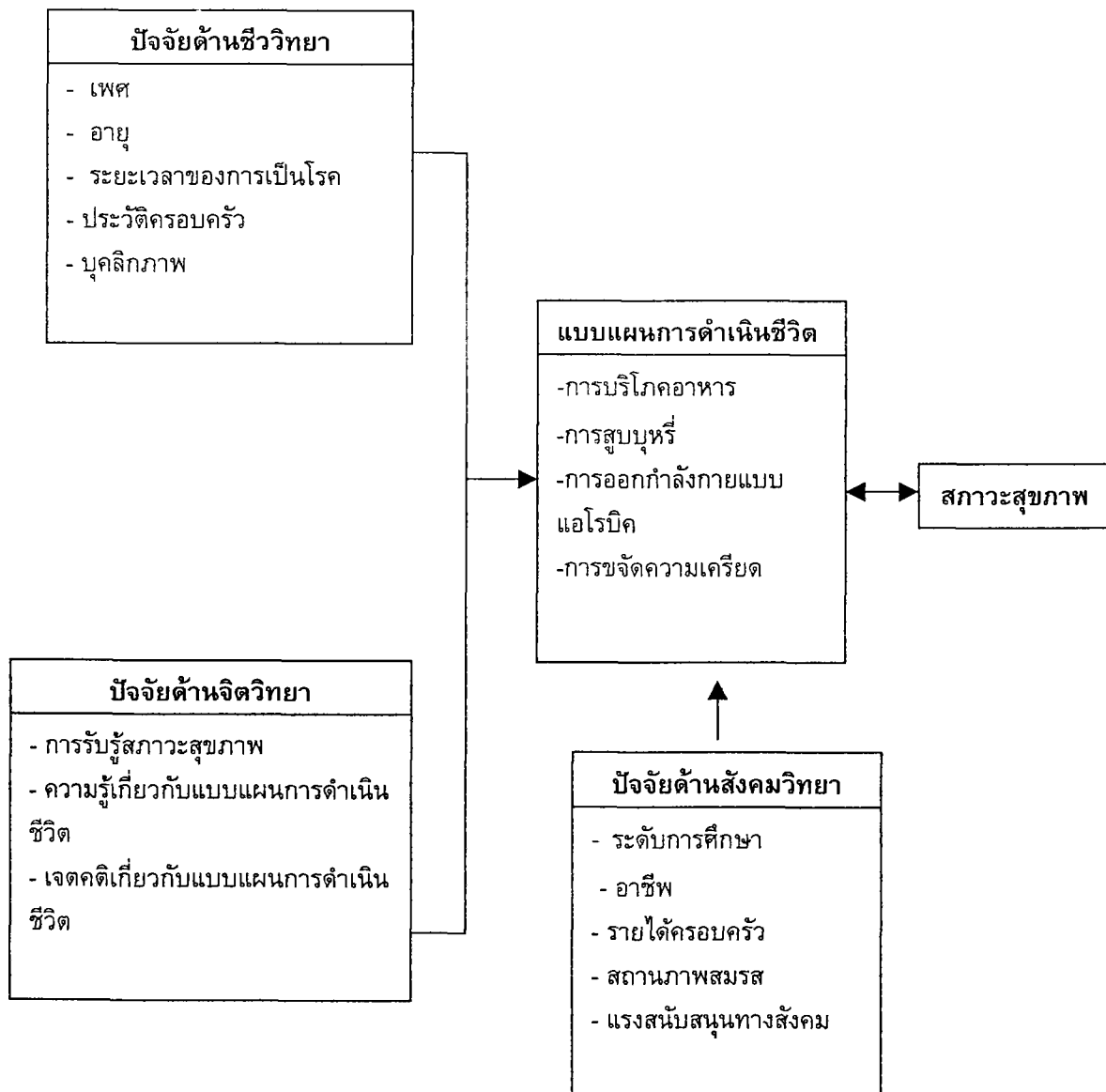
5.2 ความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง ความสามารถที่จะอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ด้านการสูบบุหรี่ และด้านการจัดการความเครียด

5.3 เจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็นเป็น ความรู้สึกที่จะตอบสนองในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ด้านการสูบบุหรี่ และด้านการจัดการความเครียด

#### 6. สภาวะสุขภาพได้แก่ ระดับโคเลสเตอรอล ระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย

จากการศึกษาสภาพปัญหาและข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเพื่อศึกษาวิจัย ดังกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพประกอบ 1

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## สมมติฐานการวิจัย

1.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีปัจจัยด้านชีววิทยาต่อไปนี้ต่างกัน จะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน

- 1.1 เพศ
- 1.2 อายุ
- 1.3 ระยะเวลาของการเป็นโรค
- 1.4 ประวัติครอบครัว
- 1.5 บุคลิกภาพ

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีปัจจัยด้านจิตวิทยาต่อไปนี้ต่างกัน จะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน

- 2.1 การรับรู้สภาวะสุขภาพ
- 2.2 ความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต
- 2.3 เจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีปัจจัยด้านสังคมวิทยาต่อไปนี้ต่างกัน จะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน

- 3.1 ระดับการศึกษา
- 3.2 อาชีพ
- 3.3 รายได้ครอบครัว
- 3.4 สถานภาพสมรส
- 3.5 แรงสนับสนุนทางสังคม

4. แบบแผนการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพต่อไปนี้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

- 4.1 ระดับโคเลสเตอรอล
- 4.2 ระดับความดันโลหิตใต้แอสโตลิค
- 4.3 ดัชนีมวลกาย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อรวบรวมสรุปวิเคราะห์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้อง
  - 1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
  - 1.2 แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
  - 1.3 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ และในประเทศไทย

### เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

#### ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน

##### คำจำกัดความของโรคหัวใจโคโรนารี

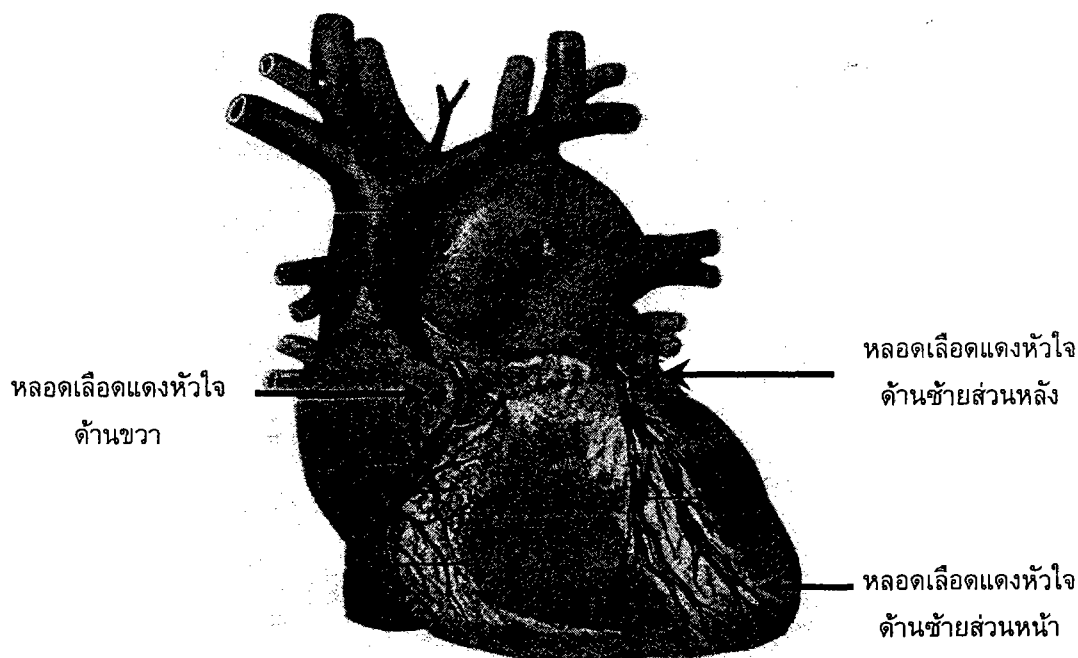
องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความว่าเป็นความพิการของหัวใจชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรังจากการที่เลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง หรือชะงักไป เพราะเกิดโรคขึ้นในหลอดเลือดโคโรนารี (วิชชุตา ใจคุ้มเก่า. 2541 : 28) ซึ่งอาจมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้ โรคนี้มีชื่อที่นิยมเรียกกันหลายชื่อ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease) โรคหัวใจโคโรนารี (Coronary Heart Disease) โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular Disease) และโรคหัวใจจากหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerotic Heart Disease) เป็นต้น

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคหัวใจที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารีที่มาเลี้ยงหัวใจ พบได้บ่อยในผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยทำงาน เป็นเพราะคนวัยนี้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ การทำงานมากเกินไป การขาดการพักผ่อน และมีการออกกำลังกายน้อย (ชูศักดิ์ พฤษาพงษ์. 2532 : 20 – 21) และในผู้สูงอายุที่มีสภาพการเปลี่ยนแปลงสภาพของหลอดเลือดตามวัยที่สูงขึ้น สาเหตุที่พบบ่อยคือการที่ผนังภายในหลอดเลือดหนาตัวขึ้น เนื่องจากการหนาตัวขึ้นที่ผนังหลอดเลือดหัวใจชั้นในทำให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่สะดวก เป็นผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน การทำหน้าที่ในการสูบฉีดเลือดเพื่อนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง หัวใจทำงานมากกว่าปกติ โดยการบีบตัวให้เร็วขึ้นเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับจำนวนของหลอดเลือดที่เป็นและเปอร์เซ็นต์ในการตีบแคบในหลอดเลือด

##### กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหลอดเลือดแดงโคโรนารี

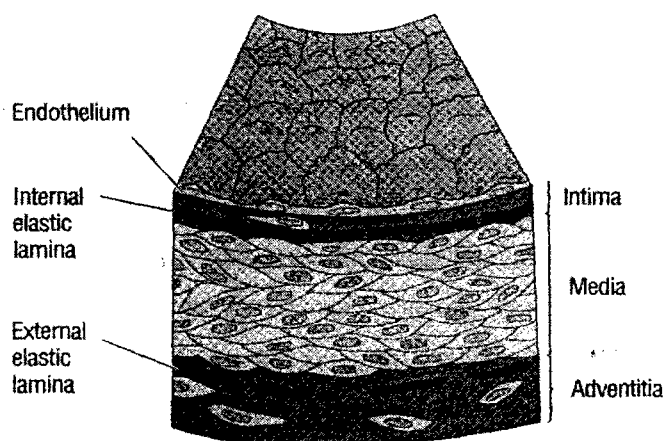
หลอดเลือดแดงโคโรนารีมีรูเปิดที่ส่วนต้นของหลอดเลือดแดงใหญ่เออร์ตา แบ่งเป็นแขนงใหญ่ขวาและซ้าย แขนงขวาเป็นหลอดเลือดเดี่ยวๆ มีแขนงเล็กแยกออกไปตลอดทาง ส่วนแขนงซ้ายเมื่อออกจากรูเปิดมาได้เล็กน้อยก็จะแยกออกเป็น 3 แขนงดังภาพประกอบ 2 (Rod.R.Seeiey, Trend D.Stephen. 1992 : 618 ) ได้แก่

- 1) หลอดเลือดแดงหัวใจด้านขวา (Right Coronary Artery)
- 2) หลอดเลือดแดงหัวใจด้านซ้ายส่วนหน้า (Left Anterior descending Artery)
- 3) หลอดเลือดแดงหัวใจด้านซ้ายส่วนหลัง (Left Circumflex Artery)



ภาพประกอบ 2 ลักษณะกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหลอดเลือดแดงโคโรนารี

หลอดเลือดโคโรนารี จัดเป็นหลอดเลือดขนาดกลางและขนาดเล็ก สามารถแบ่งได้เป็น 3 ชั้น คือ เยื่อบุหลอดเลือด เยื่อเกี่ยวพันใต้เยื่อบุ และชั้นกล้ามเนื้อ หลอดเลือดมีลักษณะเป็นท่อ ทำหน้าที่ลำเลียงเลือดส่งผ่านไปถึงหลอดเลือดฝอยที่กล้ามเนื้อหัวใจ พยาธิสภาพที่เกิดกับผนังหลอดเลือดโคโรนารี มีผลกระทบโดยตรงต่อการไหลเวียนของเลือด โดยเฉพาะพยาธิสภาพที่ทำให้หลอดเลือดแดงแคบหรืออุดตัน ดังภาพประกอบ 3 (กำธร ธรรมประเสริฐ. 2541 : 54 –55)

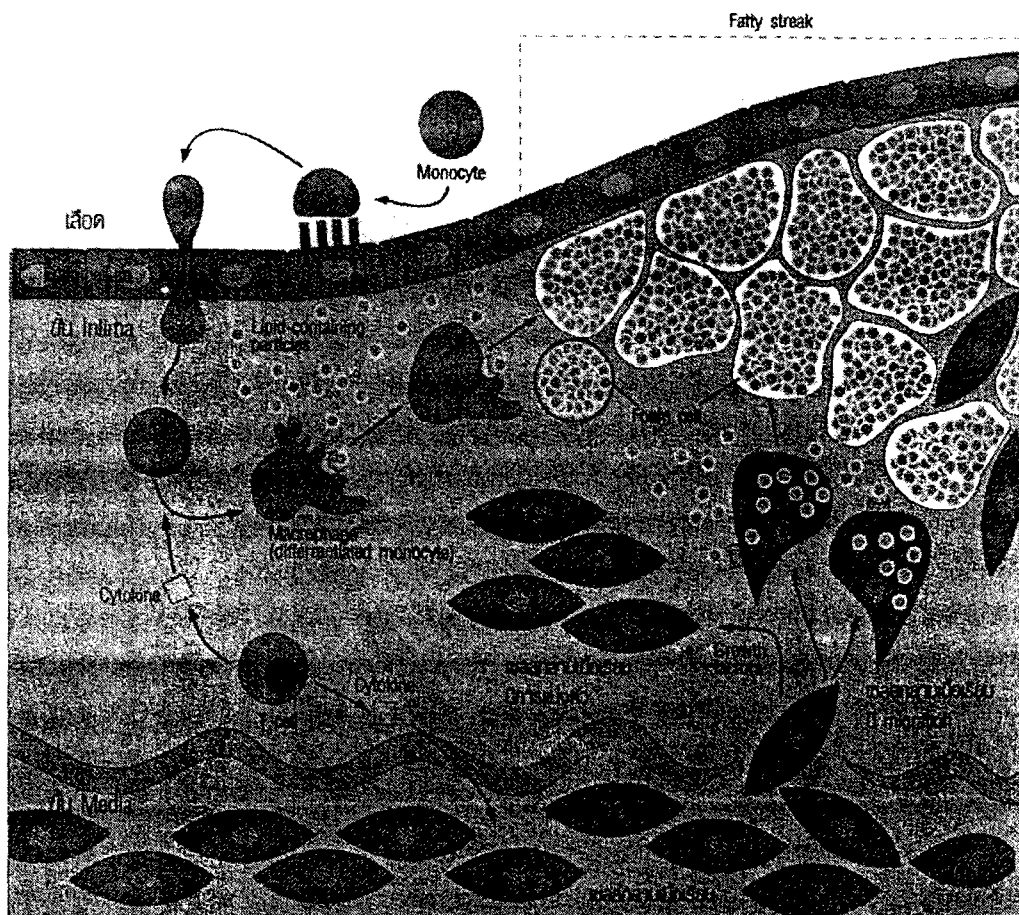


ภาพประกอบ 3 โครงสร้างของ Muscular Artery ปกติ

#### พยาธิสภาพและพยาธิสรีรวิทยาของหลอดเลือดหัวใจตีบ

พยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจตีบเกิดจากการหนาตัวและแข็งตัวของผนังหลอดเลือด (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นขบวนการเปลี่ยนแปลงที่สลับซับซ้อน การดำเนินการของโรคจะขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงและกรรมพันธุ์ของแต่ละบุคคลและแต่ละตำแหน่งของหลอดเลือด แรกเริ่มสุดจะมีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดชั้นใน (Intimal Layer) โดยเซลล์บุชั้นใน (Endothelial Cell) จะทำหน้าที่ผิดไปจากปกติ เกิดการเกาะจับของไขมัน มีการกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ Macrophage และ Lymphocyte ตลอดจนเกร็ดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัวและหนาตัวขึ้น รูของหลอดเลือดก็จะแคบเล็กลง เลือดไหลผ่านไม่สะดวกและมีปริมาณน้อยลง ขบวนการที่เกิดขึ้นบางครั้งจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหลังจากเกิด Fissure หรืออาจจะเกิดแล้วดีขึ้นและเป็นซ้ำอีก ขบวนการนี้สามารถทำให้หลอดเลือดอุดตันทันทีหรือตีบมากขึ้น และเกิดอาการที่เรียกว่ากลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตทันทีเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือเกิดการเจ็บอกชนิดพักไม่หายหรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเจ็บแบบไม่คงที่ (Unstable Angina)

นอกจากนี้ได้มีการจัดแบ่งลักษณะของการหนาตัวของผนังหลอดเลือด จากระยะ Fatty Steak ถึงระยะ Complicated Plaque ตามขบวนการดำเนินการของการเปลี่ยนแปลงออกเป็น 5 ระยะ (Phase) โดยดูส่วนประกอบและลักษณะของความผิดปกติของผนังหลอดเลือด ดังภาพประกอบ 4 (กำธร ธรรมประเสริฐ. 2541 : 54 –55)



ภาพประกอบ 4 ขบวนการเกิด Fatty Steak ขึ้นในผนังหลอดเลือดแดง

ระยะ 1 ร่องรอยของโรคน้อยมาก พบบ่อยในกลุ่มคนอายุน้อยกว่า 30 ปี และส่วนมากไม่มีอาการผิดปกติ โดยผนังหลอดเลือดมีลักษณะผิดปกติแบบ I,II,III คือ

ผิดปกติแบบ I มีแต่ Foam Cell ซึ่งเป็น Macrophage ที่มี Lipid droplet อยู่ภายใน

ผิดปกติแบบ II มี Foam Cell เซลล์กล้ามเนื้อเรียบและไขมันนอกเซลล์เข้ามา

ผิดปกติแบบ III ส่วนใหญ่ประกอบด้วยเซลล์กล้ามเนื้อเรียบและไขมันนอกเซลล์

ระยะ 2 ตุ่ม (Plaque)บนผนังหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงเป็นความผิดปกติแบบ IV และ Va

ผิดปกติชนิด IV มีเซลล์ต่างๆ และมีไขมันนอกเซลล์สูงมาก

ผิดปกติชนิด Va ไขมันนอกเซลล์สูงและอยู่ตรงกลาง Lesion ซึ่งถูกคุมด้วย Fibrous Cap ที่

บางมาก

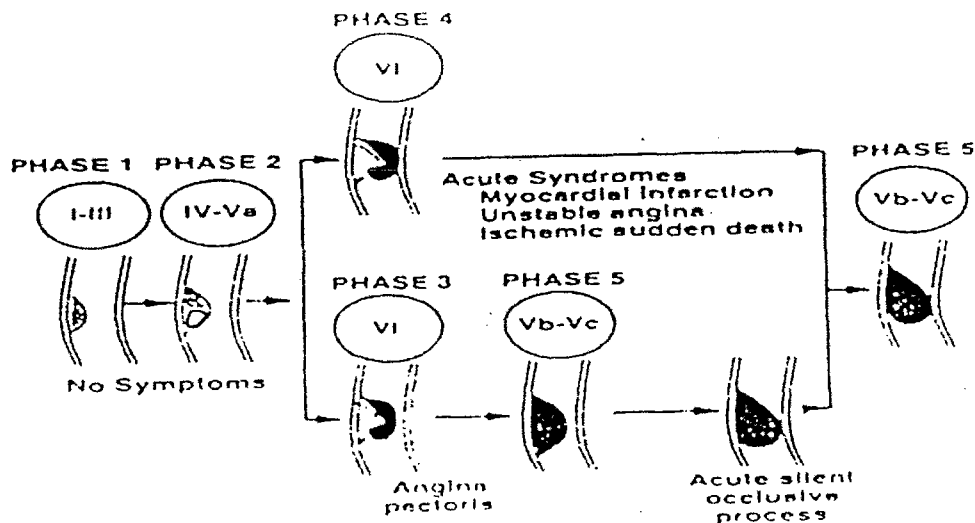
Plaque ในระยะ 2 นี้จึงจะแตกได้ง่าย เกิดการเปลี่ยนในลำดับต่อไปถึงระยะ 3 หรือระยะ 4 ซึ่งสามารถจะเปลี่ยนสู่ระยะ 5 ได้

ระยะ 3 ประกอบด้วย การเปลี่ยนที่เรียกว่า ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (Acute Complicated) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงผิดปกติชนิด VI คือ

ผิดปกติชนิด VI เป็นผลจากการเกิดรอยแตก (Rupture) หรือช่องแตก (Fissure) ของความผิดปกติชนิด IV หรือ Va ทำให้ลิ่มเลือดหรือลิ่มเกร็ดเลือดมาอุดเพิ่มเติมไม่ถึงกับเกิดการอุดตันทันที ผนังหลอดเลือดจะเปลี่ยนแปลงต่อไปโดยมีเนื้อเยื่อพังผืด (Connective Tissue) มากขึ้น ทำให้แข็งตัวและมีพังผืดมากขึ้นในผนังหลอดเลือด ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงผิดปกติแบบ Vb หรือ Vc ซึ่งบรรยายไว้ในระยะที่ 5 การเปลี่ยนแปลงนี้อาจทำให้เกิดการเจ็บหน้าอก (Angina) หรือถ้าค่อยๆ เปลี่ยนแปลงจนเกิดการอุดตันก็อาจจะไม่มีอาการได้แม้ หลอดเลือดถูกอุดตันทั้งหมด ทั้งนี้เพราะมีหลอดเลือดทางเบี่ยง (Collateral) มาช่วยไว้

ระยะ 4 เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติแบบ VI แบบเดียวกับที่เกิดในระยะ 3 แต่ลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นจะอุดตันหรือเกือบอุดตันรูของหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะกลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) ถ้าลิ่มเลือดไม่ได้ถูกละลายไปทั้งโดยธรรมชาติหรือการได้รับการรักษา การเปลี่ยนแปลงในผนังหลอดเลือดก็จะดำเนินต่อไปเป็นพังผืดมากขึ้นและมีการอุดตันทั้งหมด เป็นการเปลี่ยนแปลงระยะ 5 คือเกิดความผิดปกติแบบ Vb หรือ Vc

ระยะ 5 หลอดเลือดอุดตัน ซึ่งอาจจะมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้ ดังภาพประกอบ 5 (การธรรมชาติ 2541 : 54 -55)

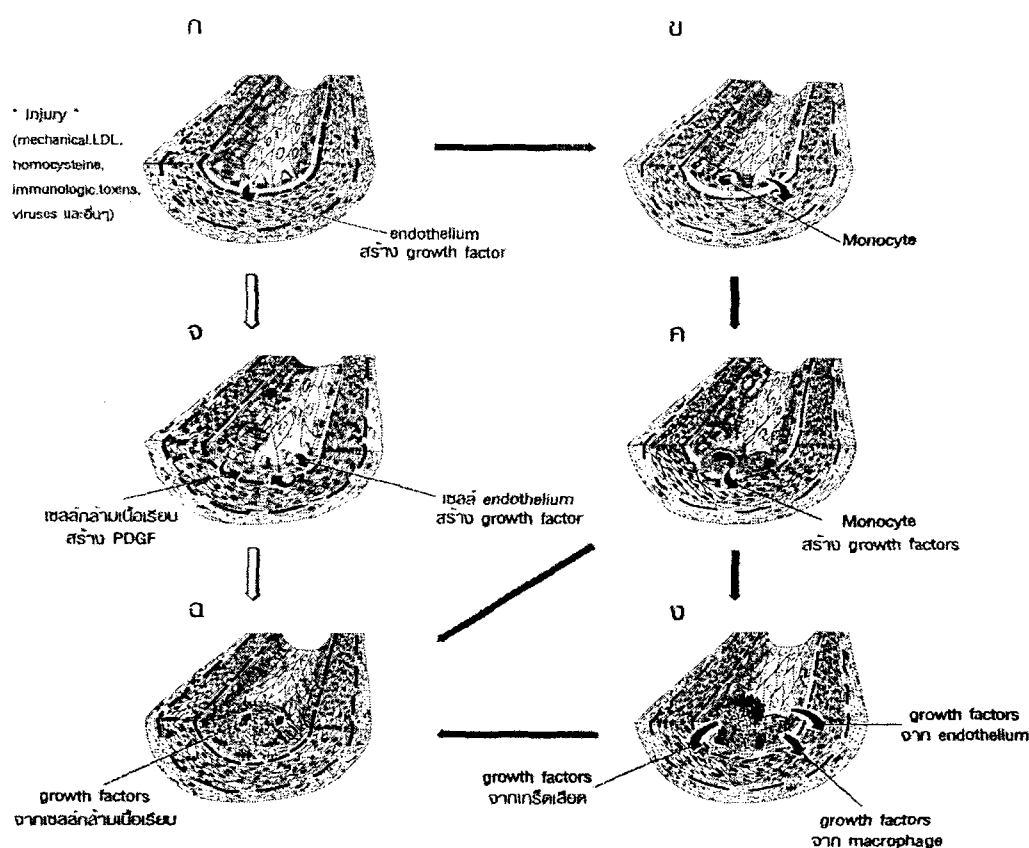


ภาพประกอบ 5 ลักษณะภายในเส้นเลือดของขบวนการเกิด Fatty Steak

### ทฤษฎีของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

มากกว่า 10 ปี มาแล้ว ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง (Atherosclerosis) ได้เปลี่ยนแปลงไป ได้มีทฤษฎีจำนวนมากที่พยายามอธิบายการก่อให้เกิดการแข็งตัวของเลือด ซึ่งทฤษฎีเหล่านี้ ยังคงเป็นที่โต้แย้งกัน มีความพยายามในการสืบร่องรอยการก่อตัวของรอยไขมัน (Fatty Streak) การเพิ่มขึ้นของเนื้อเยื่อพังผืดหนาๆ (Fibrous Plaques) และได้มีการตั้งสมมติฐานการตอบสนองต่อภัยอันตรายที่เกิดขึ้นต่อหลอดเลือดดังนี้

1. สมมติฐานการตอบสนองต่อภัยอันตรายที่เกิดขึ้นต่อหลอดเลือด (The Response to Injury Hypothesis) ซึ่งทฤษฎีนี้ได้ให้ข้อเสนอว่า การเปลี่ยนแปลงจากการตอบสนองนั้น ทำให้มีรอยแผลเกิดขึ้นทั่วไปในผนังบุด้านในของหลอดเลือดแดง (จากปฏิกิริยาทางกลศาสตร์ เคมีฮอโมนหรือวิทยาภูมิคุ้มกัน ) ซึ่งรอยแผลเหล่านี้ เกิดจากความดันโลหิตสูง สารไฮโดรคาร์บอนจากการสูบบุหรี่ โคเลสเตอรอล แคทีโคลามีน แอนจิโอเทนซิน หรือฮอโมน ผลของการหลุดลอกของสะเก็ดแผลเหล่านี้ที่ชั้นผิว (Superficial Layer) ของหลอดเลือดแดง เป็นทางเปิดสู่บาดแผลที่ผนังบุด้านใน ผลตามมาก็คือการเกาะตัวของไขมันและเซลล์กล้ามเนื้อเนื้อเรียบ ดังภาพประกอบ 6 (กัชร ธรรมประเสริฐ. 2541 : 54 -55)



ภาพประกอบ 6 ลักษณะ Response to Injury Hypothesis

2. สมมติฐานจากเซลล์เดียว (The Monoclonal Hypothesis) กล่าวว่า การแข็งตัวของหลอดเลือดแดง (Atherosclerosis) เกิดจากกระบวนการขั้นแรกของการขยายตัวของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบซึ่งเกิดจากการเพิ่มจำนวนของเซลล์เพียงเซลล์เดียว

3. สมมติฐานกระบวนการสูงอายุ (The Senescence Hypothesis) ได้เสนอว่า กระบวนการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง (Atherosclerosis) เกิดจากอายุ โดยการขยายตัวของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบเป็นผลจากความเสื่อมอายุซึ่งไม่สามารถควบคุมกระบวนการถอดแบบที่มากเกินไปของผนังชั้นในของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบได้

4. สมมติฐานการเกิดลิ่มเลือด (The Thrombogenic Hypothesis) การเกาะตัวของเกร็ดเลือดที่เกิดขึ้นบริเวณเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ และผลจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบและไฟโบรบลาสต์ (Fibroblasts) ผนังหลอดเลือดแดงเติบโตแทรกเข้าไปในก้อนเลือด

5. สมมติฐานการระคายเคืองของสารไขมัน (The Lipid-irritation) เชื่อว่าการที่ไขมันในเลือดเกาะติดกับหลอดเลือดแดง กระตุ้นให้เกิดการเพิ่มจำนวนของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ

6. สมมติฐานการไหลเวียนของเลือด (The Hemodynamic Hypothesis) พยายามที่จะอธิบายว่าทำไมไขมันจึงมักปรากฏในส่วนของหลอดเลือดแดงส่วนเล็กๆ "ตามสมมติฐานการไหลเวียนของเลือด เชื่อว่าการเกิดก้อนไขมันเกิดจากกระแสนวน (Turbulence) ความดันโลหิตและความเครียด ซึ่งล้วนรบกวนต่อผนังของเอนโดทีเลียม (Endothelial Wall)" (Luckmann & serensen. 1993 : 1140-1141 อ้างใน อภิชาติ สุขนครธรรม. 2543 )

### สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดว่าอะไรเป็นสาเหตุ ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว แต่จากการศึกษาระบาดวิทยาของโรคนี้พบว่า มีภาวะหลายประการทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเร็วขึ้น ดังนั้นความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จึงมีความสำคัญในการป้องกันโรค และยังสามารถใช้พยากรณ์การดำเนินของโรคได้อีกด้วย

#### 1. ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ (Unmodifiable Risk Factor)

1.1 อายุและเพศ (Age and Sex) พบได้บ่อยขึ้นตามอายุส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปี เพศชายจะเสียชีวิตด้วยโรคนี้เป็น 13 เท่าของเพศหญิง และเมื่ออายุ 40-60 ปี การเสียชีวิตของเพศชายเมื่อเทียบกับเพศหญิงแล้วจะลดลงประมาณ 2 เท่า และเมื่ออายุ 60 ปีไปแล้ว เพศชายและเพศหญิงจะมีโอกาสที่เป็นโรคนี้ได้ใกล้เคียงกัน

1.2 กรรมพันธุ์ (Family History) พบว่า ผู้ที่มีประวัติการเป็นโรคนี้ในครอบครัวมีโอกาสที่จะเกิดโรคหลอดเลือดได้มากกว่าผู้ที่ไม่มียีนประวัติการเป็นโรคประมาณ 2 - 7 เท่า นอกจากนี้ยังพบโรคกรรมพันธุ์ที่เห็นได้ชัด เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูงในครอบครัว ซึ่งมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคนี้

#### 2. ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้ (Modifiable Risk Factor)

##### 2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ (Major Risk Factor)

2.1.1 ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ผู้ที่มีความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันตัวล่างมากกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนที่มีความดันปกติถึง 5 เท่า เพราะความดันเลือดสูงจะทำลายหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือด

แข็ง หลอดเลือดแดง และตีบตัน ทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจ ไต สมอง และอวัยวะส่วนปลายของร่างกายลดน้อยลง

องค์การอนามัยโลก (ชมพูนุช อ่องจรีต. 2534 : 75) ได้กำหนดเกณฑ์ไว้ว่า ผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตเท่ากับ 160/95 มิลลิเมตรปรอท หรือสูงกว่านี้ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่ต่ำกว่านี้ ความดันโลหิตปกติ ถ้าอยู่ในช่วงสูงกว่า 140/90 แต่ไม่ถึง 160/95 มิลลิเมตรปรอท อยู่ในเกณฑ์กำกึ่ง

จากการศึกษา ของ The Joint National Committee on Prevention Detection Evaluation of High Blood Pressure 1997 พบว่าระดับความดันโลหิตที่มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น จึงกำหนดระดับความดันโลหิต ดังตาราง 3

ตาราง 3 การจำแนกระดับความดันโลหิต ในกลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไป (The Joint National Committee on Prevention Detection Evaluation of High Blood Pressure. 1997)

| ประเภท  | ความดันซิสโตลิก(mmHg) | ความดันไดแอสโตลิก(mmHg) |
|---------|-----------------------|-------------------------|
| ต่ำ     | น้อยกว่า 120          | น้อยกว่า 80             |
| ปกติ    | 121 - 129             | 81 - 84                 |
| กำกึ่ง  | 130 - 139             | 85 - 89                 |
| สูง     |                       |                         |
| ระดับ 1 | 140 - 159             | 90 - 99                 |
| ระดับ 2 | 160 - 179             | 100 - 109               |
| ระดับ 3 | มากกว่า 180           | มากกว่า 110             |

ที่มา: ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. 2541. อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน .137.

ความดันโลหิตนั้นเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้คือ

1. อายุ เมื่ออายุมากขึ้นความดันโลหิตก็จะเพิ่มขึ้นไปตามอายุ
2. เวลา ความดันโลหิตจะไม่เท่ากันทั้งวัน มีการขึ้นๆ ลงๆ ตลอดเวลาในระยะ 24 ชั่วโมง ของวัน เวลานอนหลับความดันโลหิตจะลดลงต่ำสุดจนเหลือเพียง 60 - 70 มิลลิเมตรปรอท แต่เวลาตื่นขึ้นมาความดันโลหิตอาจจะสูงขึ้นเป็น 120 - 130 มิลลิเมตรปรอท เป็นต้น
3. ภูมิศาสตร์ ผู้ที่อยู่ในแหล่งที่มีความเจริญ ความดันโลหิตมักจะสูงขึ้นตามอายุ แต่ผู้ที่อยู่ห่างไกลความเจริญและอาศัยอยู่ในกระท่อมดินนั้น จากการสำรวจพบว่าไม่ค่อยเป็นความดันโลหิตสูง และความดันโลหิตไม่ขึ้นไปตามอายุด้วย
4. จิตใจและอารมณ์ ทำให้ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงได้เร็วและอาจจะเปลี่ยนไปได้เป็นเวลานาน อารมณ์เครียดจากการโต้เถียงทะเลาะ และความเจ็บปวดเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้มากและขึ้นโดยเร็วด้วย

5. เพศ พบว่าเพศชายจะเป็นความดันโลหิตสูงได้บ่อยกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงในวัยที่มีประจำเดือนอยู่ เชื่อว่าอิทธิพลของฮอร์โมนเอสโตรเจนในสตรีอาจเป็นตัวอธิบายความแตกต่างที่ปรากฏระหว่างเพศทั้ง 2 นี้

6. กรรมพันธุ์ พบว่าผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าบุคคลที่ไม่มีประวัติโรคนี้ในครอบครัว

7. สิ่งแวดล้อม ที่เคร่งเครียดก็ทำให้มีแนวโน้มของการเป็นโรคนี้สูงมากขึ้น

8. ปริมาณเกลือที่รับประทาน มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตสูงโดยตรง พบว่าผู้ที่รับประทานเกลือมาก ซึ่งได้แก่ชาวจีน ญี่ปุ่นและเกาหลี มีอุบัติการณ์ของโรคนี้สูงมากกว่ากลุ่มชาวซีกโลกตะวันตก มีการศึกษาที่ผลสอดคล้องกันทั้งในอังกฤษ อเมริกาและญี่ปุ่นยืนยันชัดเจนว่ากลุ่มผู้รับประทานเกลือมาก จะมีอุบัติการณ์ของโรคนี้สูงมาก ส่วนกลุ่มผู้รับประทานเกลือน้อยจะมีอุบัติการณ์ของโรคนี้ต่ำมาก โดยพบว่าชาวญี่ปุ่นทางตอนเหนือรับประทานเกลือปริมาณวันละ 27 กรัม มีโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 39 ส่วนชาวญี่ปุ่นทางตอนใต้รับประทานเกลือปริมาณวันละ 17 กรัม พบโรคนี้เพียงร้อยละ 21 (ชุมพูนุช อ่องจรีต. 2534 : 76)

ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เชื่อกันว่าในภาวะความดันโลหิตสูงผนังหลอดเลือดจะบีบตัวแรง เนื่องจากต้องต้านกับแรงดันของเลือดแดงที่เพิ่มขึ้นจนทำให้การไหลเวียนของเลือดไปยังอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆ เป็นไปอย่างไม่สะดวก แรงกระแทกนี้เป็นอันตราย ซึ่งจะทำให้ลายผนังหลอดเลือดให้เป็นแผล ร่างกายจึงเกิดกลไกทางชีวเคมีในขั้นตอนของการผลิตเลือดให้แข็งตัวเพื่อซ่อมแซม โดยมีเกร็ดเลือดไปเกาะจับบริเวณที่มีพยาธิสภาพนั้น ทำให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดเกิดการขยายตัวและสูญเสียความยืดหยุ่น ความดันโลหิตที่สูงอยู่นานๆ จะทำให้มีสารพวกที่เป็นไขมันไปเกาะติดได้ง่ายซึ่งเป็นตัวเร่งให้หลอดเลือดเกิดการตีบตัน หรือแตกได้เร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิก จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดของสมอง หัวใจ และไตได้ ความดันซิสโตลิกสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง(Stoke) และความดันไดแอสโตลิกสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรักษาและควบคุมสภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยเหล่านี้พบว่าจะทำให้ลดอัตราการแทรกซ้อนดังกล่าวได้มาก ในประเทศไทยพบโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยประมาณร้อยละ 25-30 (พรหมเสถียรโชค. 2536 : 431-432)

การศึกษาทางระบาดวิทยาแสดงให้เห็นอย่างเด่นชัดว่า ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายอัตราการตายและการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ประมาณครึ่งหนึ่งจะมีความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ความชุกของความดันโลหิตสูงจะแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมากกว่าขณะหัวใจบีบตัว และความดันโลหิตสูง (ความดันโลหิต  $\geq 160 / 95$  มิลลิเมตรปรอท) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะอัมพาตจากโรคหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงสมอง (วินัส ลิพทกุล. 2540 : 40)

**2.1.2 ระดับไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia)** โดยปกติระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดไม่ควรสูงเกิน 200 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร การที่มีระดับไขมันในเลือดสูงเป็นผลเนื่องมาจากการรับประทานอาหารไม่ถูกส่วน รับประทานอาหารที่มีไขมันมาก หรือรับประทานไขมันชนิดอิ่มตัวมากเกินไป เช่นไขมันจากสัตว์และมะพร้าว ผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะโคเลสเตอรอลจะทำให้เกิดโรค

หลอดเลือดหัวใจ โดยเพิ่มการตกค้างไขมันในชั้นในของหลอดเลือดแดงและผู้ป่วยได้แสดงรายละเอียดในแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการรับประทานอาหาร

**2.1.3 การสูบบุหรี่ (Smoking)** ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคนี้ สูบบุหรี่เกินกว่าวันละ 20 มวน เป็นเวลานาน และเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้มากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ 3 - 4 เท่า อัตราเสี่ยงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับจำนวนบุหรี่ที่สูบ การสูบบุหรี่ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติและทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สารนิโคตินจากบุหรี่เป็นตัวกระตุ้นระดับคาทีโคลามีน(Catecholamines)ในซีรัมให้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วใน 2-3 นาที หลังจากหายใจเข้าไป ทำให้เพิ่มกรดไขมันอิสระ เพิ่มความดันโลหิต ซีพจร และการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ลดความต้านทานต่อการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะของเวนตริกิวลาร์(Ventricular fibrillation) เกิดการตีบของหลอดเลือดหัวใจ ภาวะคาร์บอนมอนอกไซด์ทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัวโดยรวมตัวกับออกซิฮีโมโกลบิน เป็นคาร์บอกซิฮีโมโกลบิน เม็ดเลือดแดงจึงจับกับออกซิเจนได้ลดน้อยลง และยังทำให้เกิดอันตรายต่อผนังของหลอดเลือดแดง และผู้ป่วยได้แสดงรายละเอียดในแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการสูบบุหรี่

**2.1.4 ความอ้วน (Obesity)** ความอ้วนมากเกินไป จะเป็นปัจจัยต่อการเกิดโรคโคโรนารีเพราะความอ้วนจะมีอิทธิพลต่อระดับไขมันในเลือด ทำให้โคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น

**2.1.5 วิถีชีวิตการดำเนินชีวิต (Life style)** เช่น การไม่ออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไปตามค่านิยมตะวันตก และผู้ป่วยได้แสดงรายละเอียดในแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

## 2.2 ปัจจัยเสี่ยงร่วม (Minor Risk Factor)

**2.2.1 เบาหวาน (Diabetes mellitus)** ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคนี้มากกว่า คนปกติ 2 เท่า เพราะเบาหวานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่หลอดเลือด เช่น มีการแข็งตัว และตีบแคบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่สะดวก จากเกณฑ์การวินิจฉัยปัจจัยเสี่ยงAtheromatous (สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยและกระทรวงสาธารณสุข. 2537 : 130) กำหนดให้ผู้ที่มิระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเมื่ออดอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง(Fasting Plasma Glucose / Fasting Blood Sugar : FBS) ตั้งแต่ 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไปเป็นผู้ป่วยเบาหวาน และระดับ FBS 70 -110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นระดับน้ำตาลปกติ ระดับน้ำตาลที่เกิน 110 แต่ไม่ถึง 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่าเป็นระดับก้ำกึ่ง ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานจะพบว่ามีโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้บ่อย ๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานเป็นเวลานานและมักจะพบเป็น 2 เท่าของคนปกติ

กลไกการเกิดหลอดเลือดแดงตีบในโรคเบาหวานยังอธิบายไม่ได้เด่นชัด แต่พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะมีความดันโลหิตสูง พบการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในไตได้มาก นอกจากนั้นยังพบว่าไขมันในเลือดผิดปกติ โดยเฉพาะพบระดับ Triglyceride และ LDL สูง ส่วน HDL จะต่ำ ผู้ป่วยมักจะอ้วน ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความผิดปกติของการเกาะตัวของเกร็ดเลือด (Abnormal Platelet Adhesiveness) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นเบาหวานอยู่เดิมมักจะพบว่ามีอาการรุนแรงกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวาน เช่น มักจะเป็นกับหลอดเลือด 2 หรือ 3 เส้นขึ้นไป (Double or Triple Coronary Atherosclerosis) และมักจะพบว่าการอุดตัน จะเป็นตลอดเส้นของหลอดเลือด หรืออาจจะเป็นตลอดถึงส่วนปลายและแขนงเล็กๆ ของหลอดเลือด การใช้อินซูลิน หรือไม่ใช้ในโรคเบาหวานไม่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง และพบว่าแม้การ

ควบคุมเบาหวานจะดีเพียงไร ไม่ทำให้การเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงได้เลย (พรณี เสงี่ยมโชค. 2536 : 432)

**2.2.2 ความเครียด(Stress)** เชื่อว่าความเครียดและวิถีทางในการดำเนินชีวิต บุคคลที่มีความเครียดไม่ได้พักผ่อน มีความวิตกกังวล ตราคร่ำคร่าต้องงานมักเกิดโรคนี้ได้ง่าย และผู้ป่วยได้แสดงรายละเอียดในแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

**2.2.3 บุคลิกภาพ ( Personality type )** มักเป็นคนประเภทย้ำคิดย้ำทำ ต่อสู้ชีวิต จริ่งจังก้าวร้าว ทะเยอทะยาน และผู้ป่วยได้แสดงรายละเอียดในองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจุบัน จากการศึกษาระบาดวิทยาของโรคนี้ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพหรือ แบบแผนการดำเนินชีวิต มีส่วนสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ กอร์ดอนและคณะ ได้สรุปถึงปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัย 3 อย่างที่สำคัญคือ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูงมากกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท และการมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง โดยได้คาดประมาณไว้ว่า (Gordon, W.A. 1988 : 8)

การสูบบุหรี่ทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ถึง 2 เท่า ของคนปกติ

ถ้ามีปัจจัยเสี่ยงเพียง 1 ใน 3 อย่างจะมีความเสี่ยง 2.4 เท่า ของคนปกติ

ถ้ามีปัจจัยเสี่ยง 2 ใน 3 อย่างจะมีความเสี่ยง 4.5 เท่า ของคนปกติ

ถ้ามีปัจจัยเสี่ยง 3 อย่างจะมีความเสี่ยง 6 เท่า ของคนปกติ

นอกจากนั้นซินเดอร์ (Synder, J.J. 1989 : 129-130 ) ได้สรุปความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจดังตาราง 4

ตาราง 4 ลักษณะต่าง ๆ ของบุคคลต่ออัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

| ลักษณะ (Character)                          | ความเสี่ยง (Risk) |
|---------------------------------------------|-------------------|
| 1. อายุ                                     |                   |
| มากกว่า 65 ปี                               | สูง               |
| 45-65 ปี                                    | ปานกลาง           |
| 2. เพศ                                      |                   |
| ชาย                                         | สูง               |
| 3. ประวัติครอบครัว                          |                   |
| มีอาการหัวใจโจมตี (Heart Attack) ก่อน 55 ปี | สูง               |
| มีอาการหัวใจโจมตี (Heart Attack) ก่อน 65 ปี | ปานกลาง           |
| และโรคหัวใจหลอดเลือดชนิดอื่น ๆ              | ปานกลาง           |

ตาราง 4 (ต่อ)

| ลักษณะ (Character)                | ความเสี่ยง (Risk) |
|-----------------------------------|-------------------|
| 4. ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด        |                   |
| มากกว่า 270 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์  | สูง               |
| 240-270 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์      | ปานกลาง           |
| 220-239 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์      | น้อย              |
| น้อยกว่า 220 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ | ไม่มีนัยสำคัญ     |
| 5. ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด      |                   |
| มากกว่า 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์  | สูง               |
| 150-200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์      | ปานกลาง           |
| น้อยกว่า 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ | ไม่มีนัยสำคัญ     |
| 6. การออกกำลังกาย                 |                   |
| ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ            | ปานกลาง           |
| ออกกำลังกายสม่ำเสมอ               | ไม่มีนัยสำคัญ     |
| 7. ความอ้วน                       |                   |
| อ้วนมาก                           | สูงมาก            |
| ปานกลาง                           | น้อย              |
| น้อย                              | ไม่มีนัยสำคัญ     |

ที่มา: Synder, J.J. 1989. Cardiac Nursing. 129-130.

### โรคหลอดเลือดหัวใจแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. แอ่นจินา เพ็คตอริส (Angina Pectoris) หมายถึง อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการ แต่เป็นเพียงระยะไม่นาน และยังไม่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายแบ่งออกเป็น

1.1 เจ็บหน้าอกสม่ำเสมอ (Stable Angina) มีลักษณะสำคัญคือ มีอาการเจ็บหน้าอกที่เป็นมานานกว่า 60 วัน ไม่มีความเปลี่ยนแปลงในความถี่หรือระยะเวลาที่เจ็บ และสาเหตุที่ทำให้เจ็บ

1.2 เจ็บหน้าอกไม่สม่ำเสมอ (Unstable Angina) มีอาการเจ็บหน้าอกที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นกว่า สเตเบิล แอ่นจินา มีอาการปวดบ่อยขึ้นและเจ็บอยู่นานกว่า 20-30 นาที หรือเกิดเมื่อมีการออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย หรือขณะที่ไม่มีการออกกำลังกาย หรือเกิดโดยไม่มีสาเหตุชักนำ

1.3 เจ็บหน้าอกที่กลับเป็นปกติได้ (Variant Angina Pectoris) มีอาการเจ็บหน้าอกที่มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดงลักษณะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แต่จะกลับเป็นปกติได้ เชื่อว่าสาเหตุเกิดจากการหดตัวของรูปร่างของหลอดเลือดโคโรนารี

2. หลอดเลือดโคโรนารีหย่อนประสิทธิภาพ (Coronary Insufficiency) หรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial Ischemic) มีอาการคล้ายแอ่นจินา เพ็คตอริส แต่ระยะเวลาการเจ็บนานกว่าและเป็นในคนที่เคยเป็นแอ่นจินาเพ็คตอริสมาแล้ว เจ็บครั้งหนึ่งมักไม่เกิน 30 นาที

3. กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Myocardial Infraction) เป็นการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเนื่องจากการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ อาการคล้ายแอสโตริสแต่รุนแรงกว่า เจ็บครั้งหนึ่งเกิน 30 นาที

#### ระดับความรุนแรงของโรค

ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจในระบบ Canandian Heart Association Criteria ซึ่งจำแนกระดับความรุนแรงของโรคหัวใจตามความสามารถในการทำกิจกรรม และอาการแสดงของ Angina Pectoris แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ไม่มีอาการ (None) สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ในระดับปกติ โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก จะเกิดอาการเมื่ทำงานอย่างหนักเป็นเวลานาน

ระดับที่ 2 มีอาการเล็กน้อย (Slight) มีข้อจำกัดเล็กน้อยในการปฏิบัติกิจกรรมระดับปกติ เดินบนพื้นราบได้มากกว่า 180 เมตร และขึ้นลงบันไดมากกว่า 1 ชั้น มีอาการเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 3 ต้องสังเกตอาการ (Marked) มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมระดับปกติอย่างชัดเจน เดินบนพื้นราบน้อยกว่า 90-180 เมตร และขึ้นลงบันได 1 ชั้น มีอาการเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 4 อาการรุนแรง (Severe) ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ หรือมีอาการเจ็บหน้าอกขณะพัก

#### อาการและอาการแสดง

1. เจ็บหน้าอก เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด

1.1 ลักษณะการเจ็บ เป็นการเจ็บที่ค่อนข้างลึกในอกด้านใน เจ็บแน่นอึดอัดเหมือนมีอะไรมาทับและบีบหัวใจ

1.2 ตำแหน่งที่เจ็บ พบบ่อยบริเวณกลางหน้าอกด้านหน้า หรือบริเวณลิ้นปี่ หรือหน้าอกด้านซ้าย ไม่สามารถชี้บอกตำแหน่งได้

1.3 การเจ็บร้าว เจ็บร้าวที่ไหล่ซ้าย ข้อศอก แขนโดยเฉพาะด้านในของแขนซ้าย

1.4 สิ่งที่ทำให้เจ็บ คือ การออกกำลังกาย หลังรับประทานอาหารใหม่ๆ หรือ อิ่มจัด ความเย็น การสูบบุหรี่ และอารมณ์โกรธ หงุดหงิด

2. ความดันโลหิตต่ำหรือช็อค จากการได้รับความเจ็บปวดจากการเจ็บหน้าอก หรือจากการที่เลือดออกจากหัวใจลดลง

3. มีไข้ใน 24 ชั่วโมง จากการที่มีการอักเสบและการตายของกล้ามเนื้อหัวใจและไข้จะลดลงเมื่อมีรอยแผลเป็น

4. การคั่งของเลือดในปอด จะแสดงอาการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ไอมีเสมหะเป็นฟอง

5. คลื่นไส้ อาเจียน เกิดเนื่องจากมีความเจ็บปวดอย่างรุนแรง ส่งปฏิกิริยาไปยังการทำงานของระบบทางเดินอาหาร

#### การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน

1. การรักษาด้วยยา

1.1 ไนโตรกลีเซอริน ปัจจุบันมียาชนิดนี้หลายรูปแบบ เช่น ชนิดอมใต้ลิ้น ซึ่งสำหรับทาสารเหลวสำหรับฉีดเข้าหลอดเลือด มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดหัวใจโดยตรง

1.2 ในเตรท ที่ใช้กันบ่อยได้แก่ ไอโซซอร์ไบด์ ไดไนเตรท มีทั้งชนิดอม รับประทาน และชนิดพ่นได้ลิ้น ใช้เป็นยาหลักในการรักษาอาการเจ็บหัวใจจากภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตัน

1.3 เบต้า บล็อกเกอร์ ให้ใช้ได้ตลอดไปถ้าไม่มีผลข้างเคียง

1.4 แคลเซียม แชนเนลบล็อกเกอร์ มีฤทธิ์ต้านไม่ให้แคลเซียม เข้าไปในกล้ามเนื้อหัวใจ หรือผนังหลอดเลือดแดง ทำให้การบีบตัวของหัวใจลดลง

1.5 เพลตเลต อินฮิบิชั่น เอเจนท์ ยาเหล่านี้จะช่วยลดการจับตัวของเกร็ดเลือด ทำให้ลดลิ้มเลือดในหลอดเลือดหัวใจ

2. การใช้สารบางอย่างในการละลายลิ้มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดหัวใจ เช่น สเตรปโตไคเนส หรือยูโรไคเนส

3. การใช้สายสวนพิเศษเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี แล้วถ่างขยายหลอดเลือดด้วยลูกโป่งแข็งที่ปลายสายสวนให้เบียดขยายบริเวณที่ตีบนั้น (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty : PTCA) ทำได้หลายครั้งตามความจำเป็น ทดสอบการไหลเวียนเลือดด้วยการวัดแรงดันเลือดในหลอดเลือดโคโรนารีและด้วยการฉีดสารทึบรังสี เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่หลอดเลือดตีบมากในส่วนต้น ข้อดี คือ ง่าย ไม่แพง ไม่ต้องดมยาสลบ ไม่เจ็บตัวเพราะไม่มีการผ่าตัด และผู้ป่วยสามารถทนต่อการรักษาได้ดีกว่า หรือบางครั้ง จะใส่ขดลวด (Stent Deployment) ไว้เพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดตรงตำแหน่งนั้นได้อีกด้วย การตีบของหลอดเลือดอาจจะแข็งแรงมากเนื่องจากมีหินปูนมาเกาะตีบเป็นลึวยาว การขยายด้วยบอลลูน มักไม่ได้ผล อาจพิจารณาใช้วิธีการขยายด้วยหัวกรอก่อน แล้วตามด้วย PTCA

4. การผ่าตัด สามารถทำได้ 2 วิธีคือ

4.1 การผ่าตัดย้ายหลอดเลือดดำเซฟฟีนัสหรือเส้นเลือดดำฟีเมอร์อล มาเป็นทางเดินแทนหลอดเลือดโคโรนารีที่อุดตันไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด เรียกว่า เอออร์ตา โคโรนารีบายพาส (Aorta Coronary By pass Graft)

4.2 ใช้หลอดเลือดที่เลี้ยงเต้านมต่อเข้าโดยตรงกับหลอดเลือดโคโรนารีบริเวณที่เลยจุดอุดตัน ใช้เวลานานมากในการเตรียมเส้นเลือด และการต่อเชื่อมกับหลอดเลือดทำได้ยากกว่า มักทำในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

5. การผ่าตัดโดยใช้เลเซอร์ทำให้เกิดทางผ่านของเส้นเลือดใหม่ในกล้ามเนื้อ (Transmyocardial Laser Revascularization : TMR ) เป็นการใช้เลเซอร์เพื่อทำให้เกิดช่องให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้โดยตรง ใช้กับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันระยะที่มีรอยโรคมาก ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีการอื่นได้ (สุทธิ สุเกียรติ ชาญกุล. 2539 : 13 )

จากการศึกษาข้างต้นผู้วิจัยพบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจ มีสาเหตุและพยาธิสภาพต่อเส้นเลือดแดงโคโรนารีโดยตรง สาเหตุเกิดจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ทั้งที่สามารถแก้ไขได้ และไม่สามารถแก้ไขได้ ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยสามารถประเมินได้จาก ระดับโคเลสเตอรอล ระดับความดันโลหิต และค่าดัชนีมวลกาย ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาและประเมินสภาวะสุขภาพจาก 3 ปัจจัยดังกล่าว

## แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

### แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

ได้มีผู้ให้คำนิยาม ความหมายของแบบแผนการดำเนินชีวิต ( Life Style ) ในหลายความหมายที่คล้ายและแตกต่างกัน ดังนี้

วาสนา ปุณณณวิวัฒน์ (2532 : 9) แบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง แบบแผนนิสัยหรือพฤติกรรมส่วนบุคคล ที่เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีทั้งผลทางบวก และทางลบต่อสุขภาพ

ดร.ณี ขุนหวัด (2533 : 1) แบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นการปฏิบัติหรือนิสัยการดำรงชีวิตเฉพาะบุคคล ซึ่งการปฏิบัตินี้สามารถก่อให้เกิดผลดีและผลเสียต่อสุขภาพได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการฝึกฝนการเรียนรู้ การเลือกปฏิบัติจนเป็นนิสัย หากบุคคลมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม จะก่อให้เกิดสุขภาพที่ดี

ประนอม ดวงใจ (2540 : 7) แบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง พฤติกรรม หรือ ลักษณะนิสัยการดำเนินชีวิตของบุคคล ที่ประพฤติเป็นประจำ ซึ่งอาจส่งผลทั้งทางบวก และทางลบต่อสุขภาพ

ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 26) แบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง แบบแผนนิสัยหรือพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ประพฤติ เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีทั้งผลบวกและผลลบต่อสุขภาพหรืออีกนัย หมายถึง ลักษณะทางจิตและสังคมที่คนในสังคมนั้นประพฤติปฏิบัติ

สุนทรา เลียงเชวงวงศ์ (2541 : 32) แบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง พฤติกรรมหรือนิสัยในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล มีการปฏิบัติเป็นประจำจนเป็นนิสัย สร้างและพัฒนาขึ้นตามพัฒนาการของชีวิต มีกรอบคร่าวเป็นสิ่งแวดล้อมแรก เพื่อตอบสนองความต้องการของชีวิต

ฮาเฟิน (Hafen 1981 : 6) แบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง แบบแผนของชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร คนที่เราอาศัยอยู่ด้วย ยา บุหรี่ และอื่นๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ

โอเบรอน และ โอมาเลย์ (O Brien and O M alley.1983 : 39-40) แบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง นิสัยที่ประพฤติในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพ

คูลบอกส์ (Kulbox Earl and Montgomery.1988 : 25) แบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง พฤติกรรมการดำเนินชีวิตซึ่งบุคคลแสดงออกมาโดยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนนั้นๆ

องค์การอนามัยโลก (WHO Health Education Unit.1986 : 118) แบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง แบบแผนซึ่งแสดงพฤติกรรมของบุคคลเป็นไปตามสภาพสังคม เศรษฐกิจ และความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนั้น

กล่าวโดยสรุป แบบแผนการดำเนินชีวิต (Life Style) หมายถึง กิจวัตรประจำวันของแต่ละบุคคล ปฏิบัติภายใต้สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ เศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางบวก และทางลบต่อสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ และสังคม

### แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ

ในปัจจุบันนี้การแพทย์และสาธารณสุข เห็นพ้องกันว่านอกจากปัจจัยทางกรรมพันธุ์ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิตมีผลต่อสุขภาพเช่นกัน (Bandura. 1984 : 341 ; อ้างอิงจาก วาสนา ปุณณณวิวัฒน์)

เว็บสเตอร์ ( Webster. 1985 : 713) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ส่วน คือ สิ่งแวดล้อม ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน แพทย์ สถานบริการสุขภาพมีร้อยละ 31 ธรรมชาติร้อยละ 16 และส่วนที่สำคัญที่สุด คือแบบแผนการดำเนินชีวิตร้อยละ 53 และอธิบายว่ามีมิติที่ใช้ในการปรับปรุงให้มีสุขภาพดีคือ

1. มีความรับผิดชอบตนเอง
2. การมีโภชนาการดี
3. สามารถควบคุมความเครียดได้
4. สมรรถภาพร่างกายดี
5. มีความรักต่อสิ่งแวดล้อม

ซึ่งส่วนประกอบเหล่านี้ขึ้นอยู่กับ แบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคนใน 5 มิติ ดังกล่าว ดังนั้นแบบแผนการดำเนินชีวิตในทางบวก โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง

แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ เป็นพฤติกรรมซึ่งสนับสนุนสุขภาพ เกิดจากค่านิยม เจตคติ ความเชื่อ พลังทางสังคมและวัฒนธรรมที่แน่นอน (พรสุข หุ่นรินทร์. 2545 : 115)

แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ คือ วิธีการใช้ชีวิตที่ขึ้นอยู่กับแบบแผนพฤติกรรมที่ต่างกัน ซึ่งถูกกำหนดโดยตัวแปรต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อด้าน ได้แก่ บุคลิกเฉพาะตัวของบุคคล ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพความเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจสังคม และสิ่งแวดล้อม (เฉลิมพล ต้นสกุล. 2541 : 3-4)

แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพเกี่ยวกับสุขภาพปฏิบัติ อายุขัยเฉลี่ยของบุคคลสูงขึ้นเมื่อมีสุขภาพปฏิบัติและสุขภาพดี จึงเห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตทางด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สุขปฏิบัติ และสุขภาพดังนี้ (Robbing, Powers and Burgess. 1991 : 5)

1. รับประทานอาหาร 3 มื้อ และไม่ควรรับประทานอาหารระหว่างมื้อ
2. รับประทานอาหารเช้าทุกวัน
3. ออกกำลังกาย 2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์
4. นอนหลับอย่างน้อย 6 ชั่วโมงทุกคืน
5. ไม่สูบบุหรี่
6. ควบคุมน้ำหนักตัว
7. ดื่มน้ำอย่างน้อยถึงไม่ดื่มเลย
8. ลดการรับประทานอาหารที่มีไขมัน และน้ำตาลมากเกินไป
9. ตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อค้นหาสิ่งผิดปกติ
10. เคารพกติกา ใช้เข็มขัดนิรภัย หมวกนิรภัย และไม่ขับรถเร็ว

#### ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เจตคติและปรัชญาชีวิต พฤติกรรมสุขภาพได้ถูกเรียนรู้ระหว่างพัฒนาการของการเจริญเติบโตผ่านพ่อแม่และเพื่อน เรียนรู้ผ่านข้อมูลข่าวสารทางสื่อมวลชนและช่องทางอื่น ๆ ทำให้มีแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป

แบบแผนการดำเนินชีวิตสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงอย่างหนึ่งอย่างใดจึงมีผลกระทบอีกอย่างหนึ่งเสมอ เช่น นิสัยการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปมี

อิทธิพลกระทบต่อสถานที่เลือกซื้ออาหารและร้านอาหารที่ไปรับประทาน เมื่อสังเกตจะพบว่า การเปลี่ยนแปลงตลอดวงจรชีวิต มีการปรับเปลี่ยนเกิดขึ้นทั้งในแบบแผนการดำเนินชีวิตสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อชีวิตที่เปลี่ยนไปจากเดิม (Bruhn. 1988 : 72)

### การส่งเสริมแบบแผนการดำเนินชีวิต

การส่งเสริมแบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง แบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในทางบวก คือการที่ทำให้บุคคลได้ตระหนักถึงความสามารถสูงสุดในการใช้ชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดโรค โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดสิ่งดังกล่าวได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว แคลลอรีและเกลือในปริมาณที่มากกว่าปกติ มีกิจกรรมในการใช้พลังงานน้อย การควบคุมน้ำหนักร่างกาย การสูบบุหรี่ เป็นต้น (วาสนา ปุณณณวิวัฒน์. 2532 : 11)

การส่งเสริมให้แบบแผนการดำเนินชีวิตทางสุขภาพด้านบวก ได้แก่

1. ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา หรือดื่มไม่เกิน 2 ออนซ์ต่อวัน
2. สนใจความต้องการของร่างกาย เช่น ความต้องการพักผ่อน
3. สุขภาพทางสังคม ได้แก่ การมีบทบาทที่ดีต่อสังคม เพื่อน ญาติ และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน
4. สุขภาพทางอารมณ์ ประกอบด้วยความสามารถในการทำงาน การเรียน มีความเข้าใจใน

อารมณ์ของตนเอง และมีวิธีการเผชิญปัญหาอย่างถูกต้องในแต่ละวัน มีการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อตนเองได้ดี

5. สุขภาพทางจิตวิญญาณ คือ พฤติกรรมของบุคคลนั้นแสดงออกมาบนพื้นฐานของคุณค่าของชีวิต ซึ่งจะออกมาเป็นความรู้สึกถึงสิ่งที่ดีๆ และเคารพต่อธรรมชาติ

การปฏิบัติทั้ง 5 ข้อ ดังกล่าว เป็นสิ่งที่ทุกคนสามารถกระทำ และควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงได้ โดยลำพัง ดังนั้นการมีสุขภาพดีขึ้นอยู่กับการปฏิบัติของตนเอง หรือการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีจะทำให้บุคคลตระหนักถึงความสามารถที่จะทำใหตนเอง มีความเป็นอยู่ที่ดีซึ่งแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชนต้องสามารถดูแลตนเองทางด้านสุขภาพให้ได้

แบบแผนการดำเนินชีวิตมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายด้านแต่พบว่าปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการเลือกปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ไม่แน่นอน เช่น ปัจจัยทั่วไปด้านเพศพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศหญิง ภายหลังการเจ็บป่วยจะเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า มีความผิดปกติด้านเพศสัมพันธ์ การจำกัดกิจกรรมและกลับไปทำงานน้อยกว่าเพศชาย ทำให้การฟื้นฟูสภาพนานและมีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าเพศชาย (Schuster & Weidron. 1991 : 54 -56) ส่วนในด้านอายุผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 20-25 ปี) จะปฏิบัติพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมากกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 35-60 ปีขึ้นไป) ซึ่งมีผลจากผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีโรคประจำตัวและขาดแรงสนับสนุนทางสังคม แต่ปัจจัยด้านอายุ ก็ยังไม่สามารถบอกถึงการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างแน่นอน (Lovato & Green. 1990 ) ในด้านสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยสำคัญในด้านแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเป็นแรงจูงใจในการเริ่มต้นกระทำและการคงพฤติกรรมต่อไปรวมทั้งการให้ข้อมูลในการประเมินและแนวทางการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่อายุมากจึงมีแนวโน้มที่แรงสนับสนุนทางสังคมจะลดลง จึงมีผลต่อการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ด้อยลงได้

แต่จากการศึกษาของนักวิจัยไทยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต ในด้านระดับการศึกษาผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการรับรู้วิเคราะห์ข้อมูลด้านการรักษา การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมได้ด้วย ความเข้าใจมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า เช่น จากการศึกษาของ วาสนา ปุณณณวิวัฒน์ พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีการศึกษาสูง จะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า ส่วนปัจจัยด้านอาชีพ พบว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แตกต่างตามลักษณะของอาชีพ เช่น อาชีพใช้แรงงาน อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตหลังการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ โดยผู้ป่วยมีการทำงานและออกกำลังกายมากเกินไปจนสมรรถนะของหัวใจ ส่วนอาชีพนักบริหารหรือผู้มีอาชีพเกี่ยวกับการใช้ความคิด ขาดการออกกำลังกาย จะทำให้มีแบบแผนการดำเนินชีวิตเคร่งเครียดและร่างกายมีการเคลื่อนไหวน้อย มีการเผาผลาญพลังงานต่ำทำให้ร่างกายอ้วน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและสุขภาพ คือปัจจัยด้านการคิดและการรับรู้ของบุคคล (Cognitive-Perceptual) เป็นปัจจัยปฐมภูมิของบุคคลในการรับรู้ การคิดและการเรียนรู้ของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987) ความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น การรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เมื่อทราบว่าป่วยด้วยโรคหัวใจ รวมทั้งการมีประสบการณ์ตรงจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยรับรู้โรคหลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรงและมีความสำคัญ อาจทำให้เสียชีวิตได้ (จริยา ดันดิธรรม, 2536 : 69) ซึ่งการรับรู้ความสำคัญของสุขภาพสูง จะทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมตามการรับรู้ (Pender, 1987) แต่ทั้งนี้การรับรู้ความสำคัญทางด้านสุขภาพโดยรวม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เฉพาะ เช่น ด้านการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร เป็นต้น การรับรู้การควบคุมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีอาการของโรคไม่แน่นอน และส่วนใหญ่รับรู้ด้วยตนเองไม่สามารถ ควบคุมอาการเจ็บหน้าอก อ่อนล้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ต้องพึ่งการรักษาจากยาและการดูแลจากแพทย์พยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อในอำนาจการควบคุมด้วยตนเองต่ำ มีผลต่อการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม แต่มีผลการศึกษาขัดแย้งและพบว่าการรับรู้การควบคุมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมได้ (สมจิต หนูเจริญผล และประครอง อินทรสมบัติ, 2531 : 152)

#### แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

แบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคนจะแตกต่างกันออกไป ซึ่งการมีแบบแผนชีวิตที่ไม่ดี เช่น การสูบบุหรี่ มีความเครียดสูง ขาดการออกกำลังกาย และบริโภคนิสัย จะก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งเรียกว่าโรคของแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ทำให้มีความผิดปกติของหลอดเลือด (Atherosclerosis Life Style) ซึ่งมีสาเหตุสำคัญมาจากการบริโภคไขมันอิ่มตัว เกลือ มีกิจกรรมในการใช้พลังงานน้อย การสูบบุหรี่ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ (Kannel, 1987 : 213)

การมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่ดีซึ่ง ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีความเครียดสูง การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย จะทำให้เกิดโรคเรื้อรังซึ่งเรียกว่า โรคของแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคน จึงได้เสนอรูปแบบของแบบแผนการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทางด้านต่าง ๆ ดังนี้

### 1. แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการบริโภคอาหาร

เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าการบริโภคอาหารที่มีไขมัน และโคเลสเตอรอลสูงมีผลทำให้โคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด ในทางโภชนาการจึงได้มีการกำหนดปริมาณของอาหารไขมันที่เหมาะสม American Heart Association ได้เสนอแนวทางในการให้โภชนาการบำบัดแก่ผู้ที่มีโคเลสเตอรอลในเลือดสูงโดยยึดหลักการจำกัดปริมาณไขมันทั้งหมด ไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลที่รับประทาน โดยให้บริโภคอาหารโดยให้มีสัดส่วนของไขมัน : คาร์โบไฮเดรต: โปรตีน ในอัตราส่วนร้อยละ 30 : 55 : 15 ชนิดของไขมันให้ได้จากไขมันอิ่มตัว Monounsaturated Fatty Acids และ PUFA (Polyunsaturated Fatty Acid) อย่างละเท่ากันคือ ร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด จำกัดโคเลสเตอรอลที่รับประทานให้น้อยกว่าวันละ 300 มิลลิกรัม ชนิดของคาร์โบไฮเดรตควรเพิ่มคาร์โบไฮเดรตประเภท Complex Carbohydrates เช่น ข้าว แป้ง มากกว่าน้ำตาล ส่วนพลังงานจากโปรตีนควรได้รับร้อยละ 15 หรือ 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม และควรเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพและย่อยง่ายจำพวก ไข่ขาว นม ปลา หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มโดยจำกัดโซเดียมน้อยกว่าวันละ 2 กรัมต่อวัน งดอาหารและเครื่องดื่มที่มีผลกระตุ้นหัวใจ รวมทั้งหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดต่าง ๆ

นอกจากนี้ยังพบว่า ชนิดของกรดไขมันอิ่มตัว (Saturated Fatty Acid) ซึ่งพบมากในไขมันสัตว์ เช่น เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ไข่ หนังของสัตว์ต่างๆ อาหารทะเล และไขมันจากพืชบางชนิด เช่น มะพร้าว ปาล์ม ไขมันชนิดอิ่มตัวเหล่านี้มีผลต่อการเพิ่มระดับโคเลสเตอรอลในเลือดด้วยเช่นกัน

1. อาหารคาร์โบไฮเดรต การบริโภคอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลมากเกินไป จะมีผลทำให้ระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้นเนื่องจากตับสามารถเปลี่ยนคาร์โบไฮเดรตที่มากเกินไปเป็นไขมัน โดยเฉพาะการบริโภคน้ำตาลซูโครส และฟรุคโตส จะมีผลทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงมากกว่าอาหารพวกแป้ง

2. อาหารโปรตีน ได้มีการศึกษาในสัตว์ทดลอง พบว่า การให้โปรตีนจากพืช เช่น ถั่วเหลือง สามารถลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ เมื่อเทียบกับการให้โปรตีนจากสัตว์ และสำหรับการศึกษาในมนุษย์ พบว่า ถ้าได้รับโปรตีนจากถั่วเหลืองแทนโปรตีนจากสัตว์ จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลดลงประมาณ ร้อยละ 5

3. ปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อระดับโคเลสเตอรอล ถ้าได้รับพลังงานมากกว่าความต้องการของร่างกาย พลังงานส่วนนี้จะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันไปสะสมตามส่วนต่างๆ ของร่างกายและถ้าเป็นไขมันชนิดอิ่มตัว จะมีผลทำให้ระดับโคเลสเตอรอลสูงขึ้น และจากการศึกษาของ เฟลินใจ ดังคณะกุลและคณะ เกี่ยวกับอาหารฟาสต์ฟู้ดของชาวตะวันตกและอาหารไทยกับปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อระดับโคเลสเตอรอล พบว่าอาหารจานเดียว เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ข้าวผัด และก๋วยเตี๋ยวผัดชนิดต่างๆ เป็นอาหารที่ให้พลังงานและไขมันสูงส่วนอาหารฟาสต์ฟู้ดของชาวตะวันตก เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ ไก่ทอด แชนวูซึ่งจะให้พลังงาน 900 - 1,800 แคลอรีต่อมื้อ โดยทั่วไปร่างกายต้องการอาหารเฉลี่ยวันละ 2,000 - 2,800 แคลอรีต่อวันเท่านั้น (เฟลินใจ ดังคณะกุล และคณะ. 2537 : 190-191)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงแสดงถึงการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงด้วย และถ้าบริโภคอาหารเหล่านี้เป็นจำนวนมากหรือติดต่อกันเป็นเวลานานก็จะทำให้มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้นเช่นกัน นอกจากนั้นแล้วยังทำให้เกิดการสะสมไขมันบริเวณเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายรวมทั้งผนังหลอดเลือดแดงด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญในการนำไปสู่ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและโรคหลอดเลือดหัวใจในที่สุด

### ชนิดของไขมันในเลือด

ไขมันในเลือดที่สำคัญจำแนกได้เป็น 3 ชนิด คือ

1. โคเลสเตอรอล (Cholesterol)
2. ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)
3. ฟอสโฟไลปิด (Phospholipid)

ไขมันทั้ง 3 ชนิดนี้ต้องเกาะอยู่กับโปรตีน เพื่อให้ละลายตัวในเลือดได้ องค์ประกอบที่เกิดจากการรวมตัวของโปรตีนและไขมัน 3 ชนิด ดังกล่าว เรียกว่า ไลโปโปรตีน ซึ่งมีอยู่ 4 ชนิดคือ

1. ไคโลไมครอน (Chylomicron) ลำไส้เล็กทำหน้าที่สร้างไคโลไมครอน ไคโลไมครอนทำหน้าที่ขนถ่ายไตรกลีเซอไรด์ที่ได้จากอาหารซึ่งเรารับประทาน นำไปสะสมไว้ที่เนื้อเยื่อไขมัน เพื่อใช้เป็นพลังงานเมื่อร่างกายต้องการ ไคโลไมครอนเป็นไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำที่สุด

2. วี.แอล.ดี.แอล (VLDL ซึ่งย่อมาจาก Very Low Density Lipoprotein) เป็นไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำมาก ไขมันและลำไส้เล็กเป็นตัวสร้าง VLDL ทำหน้าที่ขนถ่ายไตรกลีเซอไรด์ ซึ่งร่างกายสร้างขึ้น ไปสู่เนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อ

3. แอล.ดี.แอล. (LDL ซึ่งย่อมาจาก Low Density Lipoprotein) ซึ่งเป็นไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ ซึ่งได้มาจากการเผาผลาญ VLDL มีหน้าที่ขนถ่ายโคเลสเตอรอลไปสู่เซลล์ของอวัยวะอื่นๆ ที่ไม่ใช่ตับ

4. เอช.ดี.แอล. (HDL ซึ่งย่อมาจาก High Density Lipoprotein) เป็นไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง ไขมันและลำไส้เล็กเป็นตัวสร้าง HDL มีหน้าที่ขนถ่ายโคเลสเตอรอลจากเซลล์อื่นๆ เข้าสู่ตับ เพื่อให้ตับเผาผลาญโคเลสเตอรอล

ไลโปโปรตีนทั้ง 4 ชนิดนี้มีองค์ประกอบเหมือนกัน คือ ประกอบด้วยโปรตีนและไขมัน 3 ชนิด คือ โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และฟอสโฟไลปิด แต่มีความแตกต่างกันที่ปริมาณของโปรตีนและไขมันแต่ละชนิด ความแตกต่างนี้เองทำให้ไลโปโปรตีนทั้ง 4 ชนิด มีความหนาแน่นหรือหนักเบาไม่เท่ากัน และคุณสมบัติดังกล่าวมีส่วนที่เป็นน้ำเลือดมาบั่นแยกไลโปโปรตีนทั้ง 4 ชนิดได้ ผลจากการที่ร่างกายมีภาวะไลโปโปรตีนในเลือดสูงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับชนิดของไลโปโปรตีนดังนี้

ภาวะ LDL ในเลือดสูง ก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งมากที่สุด เนื่องจาก LDL นำโคเลสเตอรอลที่เพิ่มมากขึ้นไปพอกไว้ที่ผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงสูงกว่า ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดน้อยกว่า 250 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร ถึง 2 และ 3 เท่า จากข้อมูลดังกล่าวนี้องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดให้ภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือดเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและได้เสนอแนะให้คนปกติไม่ควรจะมีระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 200 มิลลิกรัม ต่อเลือด 100 มิลลิลิตร

การวินิจฉัยและแบ่งประเภท Dyslipoproteinemia มีความสำคัญในการวางแผนการรักษา เนื่องจากสาเหตุของไขมันที่ผิดปกตินี้มีหลายประเภท และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดจากความผิดปกติของไขมันต่างๆ ก็แตกต่างกัน Ferderickson และคณะ ได้จัดแบ่งความผิดปกติของ Lipoprotein เป็น 5 ประเภท ดังตาราง 5

ตาราง 5 ความผิดปกติของ Lipoprotein

| ชนิด | Lipoprotein       | ไขมันที่ผิดปกติ    | ลักษณะเลือดเมื่อตั้งทิ้งไว้   |
|------|-------------------|--------------------|-------------------------------|
| I    | Chylomicron       | Triglyceride (TG)  | ใส, มีครีมหาวลอยข้างบน        |
| IIa  | LDL               | Cholesterol (Chol) | ใส                            |
| IIb  | LDL, VLDL         | TG : Chol < 5:1    | ขุ่นเล็กน้อย                  |
| III  | HDL               | TG : Chol 1:1      | ขุ่นเล็กน้อย, มีชั้นครีมบาง ๆ |
| IV   | VLDL              | TG : Chol > 5:1    | ขุ่น                          |
| V    | VLDL, Chylomicron | TG : Chol >10:1    | ขุ่นและมีชั้นครีมหนา          |

ที่มา: วินัส พิสุทธิกุล. 2540. โภชนศาสตร์. 5.

การศึกษาทางระบาดวิทยาในระยะหลังพบว่าผู้ที่ผู้ป่วยมีระดับ HDL ต่ำในเลือดจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ดังนั้นจึงเปลี่ยนคำเรียกปัญหาไขมันสูง จาก Hyperlipoproteinemia เป็น Dyslipoproteinemia (ปริยานุช แยมวงษ์. 2540 : 1-7)

การวินิจฉัยว่าระดับไขมันเท่าใดจึงจะจัดว่าผิดปกติ ใช้ระดับที่ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่ง The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel (Ewper Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in adults. 1993 : 15-23 ; อ้างอิงจากวินัส ลิทธิกุล. 2540 : 4) ได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดที่ผิดปกติตามความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติตามเกณฑ์ของ NCEP Expert Panel

|                             | ระดับที่มีความเสี่ยง |                 |             |
|-----------------------------|----------------------|-----------------|-------------|
|                             | (Normal)             | (Moderate risk) | (High risk) |
| Total cholesterol (mg / dl) | < 200                | 200 - 239       | ≥ 240       |
| LDL-cholesterol (mg / dl)   | < 130                | 130 - 159       | ≥ 160       |
| HDL (mg / dl)               | ≥ 60                 | 35 - 59         | < 35        |
| Triglyceride (mg / dl)      | < 200                | 200 - 399       | 400 - 1000  |

ในการเจาะเลือดตามปกติ จะไม่มีค่า LDL ต้องคำนวณโดยใช้สมการของ Friedewald คือ

$$\text{LDL-C} = (\text{Total Cholesterol}) - (\text{HDL-C}) - (\text{Triglyceride}/5)$$

การคำนวณวิธีนี้ ใช้ในกรณีที่ Triglyceride  $\geq 400$  mg / dl

ที่มา : วินัส ลิพทกุล. 2540 โภชนศาสตร์. 4.

### ภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือดอาจเกิดจากสาเหตุต่อไปนี้

1. ความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ กรรมพันธุ์มีส่วนควบคุมการเผาผลาญ LDL ผู้ที่มีความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ ร่างกายในส่วนที่ควบคุมการเผาผลาญ LDL จะมี LDL คั่งอยู่ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น

2. การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชาชนที่มีพฤติกรรมบริโภคไขมันมากเกินไปกว่าร้อยละ 35 ของแคลลอรี่ทั้งหมดที่ได้รับในแต่ละมื้อ/วัน และส่วนใหญ่ของประเภทไขมันอิ่มตัว ซึ่งได้มาจากไขมันสัตว์และรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลมากกว่าวันละ 300 มิลลิกรัม มีโอกาสมากที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูงในเลือด

โคเลสเตอรอลจัดอยู่ในสารอาหารประเภทไขมัน ร่างกายได้รับโคเลสเตอรอล 2 ทาง คือ

1. จากอาหารที่รับประทานโดยเฉพาะอาหารที่มาจากเนื้อสัตว์เท่านั้นซึ่งเป็นแหล่งให้โคเลสเตอรอลที่สำคัญ โดยอาหารแต่ละชนิดมีโคเลสเตอรอลน้อยแตกต่างกัน พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ต่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือดซึ่งเป็นปัจจัยที่พบมากอันดับ 1 ในประเทศไทย ได้แก่อาหารประเภทต่างๆ ดังตาราง 7

ตาราง 7 ปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารบางชนิด

| อาหาร                |           | อาหาร     |           |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|
| ประเภท               | มก./กรัม* | ประเภท    | มก./กรัม* |
| เนื้อวัว (ไม่ติดมัน) | 91        | ตับหมู    | 438       |
| เนื้อหมู (ไม่ติดมัน) | 89        | ตับไก่    | 746       |
| เนื้อไก่             | 80        | ไต        | 375       |
| หอยแครง              | 50        | ตับอ่อน   | 466       |
| เนื้อปู              | 101       | สมอง      | 2,000     |
| เนื้อกุ้ง            | 150       | เนยเหลว   | 250       |
| ไข่ขาวและไข่แดง      | 504       | เนยแข็ง   | 100       |
| ไข่ขาว               | 0         | น้ำมันหมู | 95        |
| ไข่แดง               | 1,480     | น้ำมัน    | 14        |
| เนยเทียม             | 0         |           |           |

หมายเหตุ ปริมาณโคเลสเตอรอลเป็นมิลลิกรัม ในอาหารหนัก 100 กรัม\*

ที่มา : ปรียา พิณฑกุล. 2543. โภชนาบำบัด. 4 .

2. จากร่างกายสร้างขึ้นเอง ร่างกายสังเคราะห์โคเลสเตอรอลขึ้นเองได้โดยเริ่มต้นจากสารซึ่งเรียกว่าอะซิติลโคเอนไซม์ เอ (Acetylcoenzyme A) สารดังกล่าวนี้ได้มาจากการเผาผลาญสารอาหารคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน อวัยวะสำคัญที่ทำหน้าที่สร้างโคเลสเตอรอลได้แก่ตับและลำไส้

3. โรคบางอย่าง เช่น โรคไตประเภทกลุ่มอาการเนฟโรติก และโรคต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ โรคต่อมหมวกไตทำงานมาก โรคเมเร็งตับอ่อนก่อให้เกิดความผิดปกติในการเผาผลาญ LDL ก่อให้เกิดการคั่งของ LDL ภายในร่างกาย ส่งผลให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น ภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือดส่วนใหญ่ เกิดจากการกินอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ อย่างไรก็ตามไม่ว่าโคเลสเตอรอลในเลือดสูงจะมาจากสาเหตุใดก็ตามล้วนคุกคามให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้

### ภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือดอาจเกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้

1. ความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ กรรมพันธุ์มีส่วนควบคุมการเผาผลาญ VLDL ผู้ที่มีความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ส่วนที่ควบคุมการเผาผลาญ VLDL จะมี VLDL คั่งภายในร่างกาย ส่งผลให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงขึ้น

2. การกินอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการโดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนที่นิยมบริโภคไขมันมากเกินไปกว่าร้อยละ 35 ของแคลอรีทั้งหมดที่ได้รับ และส่วนใหญ่เป็นประเภทไขมันอิ่มตัว ตลอดจนการกินน้ำตาลทรายมากที่ประกอบด้วยซูโครส (Sucrose) ล้วนๆเมื่อผ่านเข้าสู่ลำไส้เล็ก น้ำย่อยจะย่อยซูโครสเป็น กลูโคส (Glucose) และฟรุคโตส (Fructose) ซึ่งถูกนำไปสร้างเป็นไตรกลีเซอไรด์ได้ จึงทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงได้

3. คนที่ดื่มเหล้ามากเป็นประจำจะทำให้มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด

4. โรคอ้วน คนที่เป็นโรคอ้วนมักมีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด

5. โรคหรือภาวะบางอย่างเช่น โรคเบาหวาน โรคไตประเภทกลุ่มอาการเนฟโรติก ภาวะไตวายเรื้อรัง ความเครียดและการกินยาเม็ดคุมกำเนิดล้วนก่อให้เกิดความผิดปกติในการเผาผลาญ VLDL ทำให้เกิดการคั่งของ VLDL ภายในร่างกาย เป็นผลให้ระดับไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด

การวินิจฉัยภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด วัดที่ระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 150 มิลลิกรัม ต่อเลือด 100 มิลลิลิตร จัดเป็นผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง

ไลโปโปรตีนความหนาแน่นสูง (HDL) เป็นสารที่สร้างขึ้นจากตับและลำไส้เล็กโดยเกิดจากการเผาผลาญโคเลสเตอรอน และ VLDL ซึ่ง HDL มีไขมันร้อยละ 50 - 55 โดยอยู่ในรูปไตรกลีเซอไรด์ร้อยละ 3 - 6 โคเลสเตอรอลร้อยละ 17 - 23 และฟอสโฟไลปิดร้อยละ 20 - 30 ที่เหลือเป็นโปรตีนร้อยละ 45 - 50 ปริมาณโคเลสเตอรอลใน HDL เป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยมีกระบวนการทำงานดังนี้

1. HDL ทำหน้าที่ลำเลียงโคเลสเตอรอล จากเซลล์เนื้อเยื่อส่วนปลายกลับไปเผาผลาญที่ตับ และขับออกจากร่างกายทางน้ำดี

2. HDL ช่วยป้องกันไม่ให้เซลล์ต่างๆ รับเอา LDL เข้าไปมากเกินไป โดยที่ HDL สามารถแย่งที่ LDL ในการจับกับ LDL Receptor

ความผิดปกติของระดับ HDL ในเลือด ในปัจจุบันนี้ได้มีการตรวจวัดระดับ HDL ในเลือดเมื่อต้องการประเมินภาวะไขมันในเลือด เพราะระดับ HDL ในเลือดที่ต่ำร่วมกับภาวะโคเลสเตอรอลหรือไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด ช่วยบ่งบอกถึงอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

### ความสัมพันธ์ระหว่างไลโปโปรตีนกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

มีหลักฐานปรากฏชัดแล้วว่า การที่ร่างกายมีระดับ LDL สูงในเลือดเป็นเวลานานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจนอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มี HDL ในเลือดต่ำลงจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังตาราง 8

ตาราง 8 เกณฑ์การตัดสินปริมาณไขมันในเลือดที่มีผลต่ออัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

| ชนิดไขมัน                              | อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ |           |      |
|----------------------------------------|----------------------------------------|-----------|------|
|                                        | น้อย                                   | ปานกลาง   | มาก  |
| European Atherosclerosis Society       |                                        |           |      |
| Triglyceride (มก./ดล.)                 | <200                                   | 200 - 500 | >500 |
| Cholesterol (มก./ดล.)                  | <200                                   | 200 - 250 | >250 |
| HDL - cholesterol (มก./ดล.)            | -                                      | -         | <35  |
| National Cholesterol Education Program |                                        |           |      |
| Cholesterol (มก./ดล.)                  | <200                                   | 200 - 239 | ≥240 |
| LDL- cholesterol (มก./ดล.)             | <130                                   | 130 - 159 | ≥160 |
| Triglyceride (มก./ดล.)                 | <200                                   | 200 - 399 | ≥400 |
| HDL - cholesterol (มก./ดล.)            | >40                                    | 35 - 40   | <35  |

หมายเหตุ มก./ดล. = มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (1 เดซิลิตร = 100 มิลลิิตร)

ที่มา: วิชัย ตันติธรรม. 2538. "ภาวะไขมันในเลือดสูง" : โภชนคลินิก. 63.

### การวินิจฉัยระดับไขมันในเลือด

การวินิจฉัยระดับไขมันในเลือด ทำได้โดยการตรวจวัดปริมาณไขมันในเลือดยังรวมกับการตรวจร่างกาย เพื่อดูอาการต่างๆ ที่บ่งชี้ระดับไขมันในเลือดสูง พร้อมซักประวัติการรับประทานอาหารซึ่งจะใช้เป็นข้อบ่งชี้ว่าบุคคลนั้นได้รับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์จากอาหารมากน้อยเพียงใด ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคของบุคคลนั้นด้วย

การตรวจวัดระดับไขมันในเลือดต้องมีการเตรียมตัวก่อนเจาะเลือดเพื่อให้การวัดระดับไขมันได้ผลถูกต้องและวินิจฉัยได้แน่นอน ดังนั้นสิ่งที่แพทย์ควรแนะนำและเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการเจาะเลือดคือ

1. ให้อาหารมาเป็นเวลา 10 -12 ชั่วโมงก่อนการเจาะเลือด
2. ควรรับประทานอาหารชนิดที่รับประทานเป็นประจำปกติ ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ก่อนการเจาะเลือด
3. ควรมีน้ำหนักตัวคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนักในระยะเวลาที่ทำการตรวจเลือด
4. ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงในระยะเวลาที่ทำการตรวจเลือด

5. ในผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือมีภาวะเครียดทางจิตใจควรจะเจาะเลือด ภายหลังผ่านพ้นอาการรุนแรงของโรคแล้วประมาณ 4 - 8 สัปดาห์

6. หยุดยาทุกชนิดที่กินอยู่อย่างน้อย 2 สัปดาห์ (ถ้าไม่มีข้อห้ามในการหยุดยานั้นๆ) โดยเฉพาะยาลดไขมันในเลือดและยาที่มีผลต่อระดับไขมันในเลือดชนิดอื่นๆ รวมทั้งเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด

7. เจาะเลือดนำมาแยกส่วนเม็ดเลือดออก นำส่วนซีรั่ม ไปตรวจหาระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และ HDL

ในประเทศไทยมีผู้ที่พยายามสร้างแนวทางในการลดปริมาณการบริโภคอาหารไขมัน และแนวทางในการกำจัดโคเลสเตอรอล เช่น (มันทนา ประทีปะเสน. 2539 : 106-107) ได้กล่าวถึงแนวทางการจำกัดหรือ ลดปริมาณไขมันในอาหารที่บริโภคประจำวัน ดังนี้

1. ใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพดประกอบอาหาร ใช้น้ำมันหมู น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม

2. งด หรือลดอาหารทอด เช่น ไก่ทอด ไข่เจียว กุ้งชุบทอด เนื่องจากมีไขมันแฝงอยู่มาก

3. งด หรือลดอาหารที่ใส่กะทิหรือมะพร้าว ได้แก่ แกงกะทิ หลนต่างๆ กุ้งอบวชชี ขนมหม้อแกง ข้าวเหนียวหน้าต่าง ๆ ข้าวโพดคั่ว

4. งด หรือลดกินขนมที่มีไขมันแฝงอยู่ เช่น ขนมขบเคี้ยว โดนัท เค้ก ลูกก๊ี้

5. กินเนื้อสัตว์ที่เป็นเนื้อล้วนๆ แยกเอาไขมันและหนังออกให้หมด

6. กินอาหารประเภทต้ม ต้มยำ แกงส้ม ยำ นึ่ง ย่าง อบ (ไม่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ)

7. กินผัก และผลไม้ไม่น้อยกว่าวันละ 2 มื้อ

8. ถ้าดื่มนมให้ดื่มนมพร่องมันเนย หรือ นมขาดมันเนยแทนนมธรรมดา

9. พยายามทำอาหารง่ายๆ กินเอง กินอาหารนอกบ้านหรืออาหารสำเร็จรูปให้น้อยที่สุด

10. งด หรือลดการใช้น้ำตาลทรายโดย กินขนมไม่เกิน 3 ถ้วยหรือชิ้นต่อสัปดาห์ กาแฟหรือไอวัลตินไม่ควรใส่น้ำตาลหรือนมข้นหวานเกิน 2 ช้อนชาต่อถ้วยต่อวัน

11. งด หรือลดการกินหมูปดเพราะมีไขมันแฝงมาก และอาหารที่กินได้ไม่จำกัด คือ ผักต่างๆ ที่นำมาประกอบอาหารโดยวิธีต้ม นึ่ง ยำ และผลไม้ที่ไม่หวาน ซึ่งแสดงดังตาราง 9

ตาราง 9 ปริมาณไขมันในอาหารบางชนิด

| ประเภทอาหาร                                                                                                                                                                        | ปริมาณอาหาร  | ปริมาณไขมันโดยประมาณ<br>(กรัม) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| <b>อาหารจานเดียว</b>                                                                                                                                                               |              |                                |
| 1. หอยทอด ข้าวขาหมู                                                                                                                                                                | 1 จาน        | 40                             |
| 2. ข้าวหรือก๋วยเตี๋ยวผัดใส่ไข่<br>(เช่น ข้าวผัดใส่ไข่ ผัดไทย ผัดซีอิ๊ว)                                                                                                            | 1 จาน        | 35                             |
| 3. ข้าวหรือก๋วยเตี๋ยวผัดไม่ใส่ไข่และอาหาร<br>ประเภทข้าวที่มีไก่หรือหมูเป็นส่วนประกอบ<br>เช่น ข้าวหมูแดง, ข้าวมันไก่, ข้าวคลุกกะปิ, ข้าวผัด<br>ไม่ใส่ไข่, ข้าวกะเพราไก่, ข้าวหมกไก่ | 1 จาน        | 25                             |
| 4. อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบเช่น ขนมจีน<br>หมี่กะทิ, ข้าวราดแกงเขียวหวาน                                                                                                        | 1 จาน        | 20                             |
| 5. ก๋วยเตี๋ยว หรือเกี๊ยว เช่น ก๋วยเตี๋ยวหมู, บะหมี่<br>ราดหน้า, เย็นตาโฟ, ก๋วยจั๊บ, เกาเหลา, สุกี้                                                                                 | 1 จาน /ชาม   | 15                             |
| 6. ข้าวต้มหมู, ไก่, ปลา, มาม่า                                                                                                                                                     | 1 ชาม        | 10                             |
| <b>กับข้าว</b>                                                                                                                                                                     |              |                                |
| 1. ผัดผักใส่ไข่                                                                                                                                                                    | 1 ถ้วย       | 15                             |
| 2. ผัดเนื้อสัตว์ต่าง ๆ เช่นกะเพราหมู                                                                                                                                               | 1 ถ้วย       | 15                             |
| 3. ผัดผัก                                                                                                                                                                          | 1 ถ้วย       | 10                             |
| 4. แกงกะทิ, ผัดที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ                                                                                                                                             | 1 ถ้วย       | 12                             |
| 5. ยำ, ลาบ, น้ำตก                                                                                                                                                                  | 1 จานเล็ก    | 10                             |
| 6. แกงจืด, แกงส้ม, ต้มยำ                                                                                                                                                           | 1 ถ้วย       | 6                              |
| 7. อาหารทอดเช่น หมูทอด, ปลาทอด                                                                                                                                                     | 1 ช้อน       | 15                             |
| 8. อาหารย่าง, ปิ้ง, ต้ม เช่น หมูย่าง, ไข่ต้ม                                                                                                                                       | 1 ช้อน / ฟอง | 15                             |
| 9. อื่น ๆ                                                                                                                                                                          |              |                                |
| - ไข่เจียว                                                                                                                                                                         | 1 ฟอง        | 25                             |
| - ไข่ดาว                                                                                                                                                                           | 1 ฟอง        | 20                             |
| - ไข่ตุ๋น                                                                                                                                                                          | 1 ฟอง        | 10                             |
| - ใส่กรอกอีสานปิ้ง                                                                                                                                                                 | 1 อัน        | 10                             |
| - ปลาย่าง                                                                                                                                                                          | ครึ่งตัว     | 5                              |
| - ทอดมัน                                                                                                                                                                           | 1 ช้อน       | 5                              |

## ตาราง 9 (ต่อ)

| ประเภทอาหาร                                                                    | ปริมาณอาหาร | ปริมาณไขมันโดยประมาณ<br>(กรัม) |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------|
| <b>อาหารฟาสต์ฟู้ด</b>                                                          |             |                                |
| 1. ฮอตดอก                                                                      | 1 ชิ้น      | 10                             |
| 2. มันฝรั่งทอด                                                                 | 20 ชิ้น     | 15                             |
| 3. พิซซ่า                                                                      | 1 ชิ้น      | 21                             |
| 4. แฮมเบอร์เกอร์และแซนวิช                                                      | 1 ชิ้น      | 28                             |
| 5. โดนัท                                                                       | 1 ชิ้น      | 10                             |
| <b>ของหวาน</b>                                                                 |             |                                |
| 1. ขนมที่ตัดเป็นชิ้นสี่เหลี่ยมมีกะทิหรือไข่เป็นส่วนประกอบ เช่น หม้อแกง, สังขยา | 1 ชิ้น      | 9                              |
| 2. นม และไอศกรีม                                                               | 1 กล่อง/ลูก | 8                              |
| 3. ข้าวเหนียวหน้าต่าง ๆ เช่น ข้าวเหนียวหน้าสังขยา ข้าวเหนียวหน้ากุ้ง           | 1 ชิ้น      | 5                              |
| 4. ขนมที่ทอดด้วยน้ำมัน เช่น ปาท่องโก๋ กล้วยทอด, ขนมฝักบัว, ไขนกกกระทา          | 1 ถ้วยเล็ก  | 5                              |
| 5. ขนมหวานใส่กะทิ เช่น ลอดช่อง, กล้วยบวชชี                                     | 1 ถ้วยเล็ก  | 5                              |
| 6. อื่น ๆ                                                                      |             |                                |
| - เม็ดขนุน                                                                     | 5 เม็ด      | 12                             |
| - ทองหยิบ                                                                      | 2 ชิ้น      | 9                              |
| - เค้ก หรือขนมอบ                                                               | 1 ชิ้น      | 7                              |
| - ขนมปังทาเนย                                                                  | 1 ชิ้น      | 4                              |
| - ฝอยทอง                                                                       | 1 แพ        | 7                              |
| - ลูกกั๊ก                                                                      | 8 ชิ้น      | 6                              |

ที่มา: มันทนา ประทีปเสนา . 2539. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวที่มีฐานเศรษฐกิจต่ำในชุมชนเมือง. 108-110.

#### แนวทางในการจำกัดโคเลสเตอรอลในอาหาร

1. ไม่ควรกินอาหารที่มาจากสัตว์ และผลิตภัณฑ์จากสัตว์มากเกินไปเพราะโคเลสเตอรอลจะมีในอาหารที่มาจากสัตว์เท่านั้น
2. กินอาหารประเภทปลาทะเลให้บ่อยขึ้น ถ้าทำได้ควรกินอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์
3. กินเนื้อสัตว์ที่มีไขมันน้อย ได้แก่ ปลาต่างๆ เนื้อเป็ดหรือเนื้อไก่ ไม่ติดหนัง เนื้อหมูสันใน เนื้อวัวไม่ติดมัน
4. กินไข่แดงไม่เกิน 3 ฟอง/สัปดาห์

5. งดหรือหลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ ไข่แดง ไข่ปลา เครื่องในสัตว์ หนังสัตว์ หอย กุ้ง ปู ปลาหมึก แสม เบคอน ไส้กรอก กุนเชียง หมูยอ สลัดน้ำข้น เนย ไอศกรีม
6. กินอาหารที่มีเส้นใยอาหารมาก เช่น ผัก ผลไม้ ข้าวซ้อมมือ

## 2. แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการสูบบุหรี่

แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในปัจจุบัน พบอุบัติการณ์จากการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น โดยได้มีการศึกษาวิจัยในเรื่องปัจจัยเสี่ยงทางระบาดวิทยาพบว่า บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดย Hammound and Horn. 1985 : 132 ศึกษาแบบตามไปข้างหน้าเพื่ออัตราการตายของประชากร 187,783 คน ในเวลา 44 เดือน ได้รายงานว่าผู้ที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและตายสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 70 และผู้ที่สูบบุหรี่จำนวนมากเป็นประจำอัตราการตาย จะเพิ่มขึ้นเป็น 2.5 เท่า และจากการศึกษา Chadha ได้ศึกษาอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุ 24-64 ปี ในประเทศอินเดีย พบอัตราป่วยรวมเท่ากับ 96.8 ต่อพันประชากร เมื่อแยกอุบัติการณ์ตามช่วงอายุ พบอัตราป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูบบุหรี่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 50 ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 2.87 เท่า ซึ่งมากกว่ากลุ่มอายุ 50-70 ปี และในกลุ่มอายุน้อยกว่า 65 ปี เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่ากลุ่มอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ทั้งในเพศชายและเพศหญิงโดยเพศชายที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 2 - 3 เท่า และเพศหญิงเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 - 3 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบกับบุหรี่ยุคในประเทศออสเตรเลีย ในกลุ่มอายุ 35-69 ปี ที่พบว่าเพศชายที่สูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 2.9 เท่า และในเพศหญิง เท่ากับ 3.5 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในช่วงอายุเดียวกัน และในกลุ่มอายุน้อยกว่า 65 ปี มากกว่า 1.6 เท่าตามลำดับ นอกจากนี้ Fetter S. et al. 1996 : 812 ได้รายงานว่าการอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้สูบบุหรี่สูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่า และการตายอย่างกะทันหันจากโรคหัวใจสูงถึง 6 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัยของคณะแพทยศาสตร์อังกฤษที่ว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ในระหว่างอายุ 35 ปี และ 40 ปี จะมีโอกาสตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 5 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ สำหรับประเทศไทยได้มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นกัน ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่สำคัญ 3 อย่าง คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง บุหรี่และภาวะความดันโลหิตสูง โดยพบว่าบุหรี่ยุคเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดถึงร้อยละ 44 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 21 ภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 19 โรคเบาหวานร้อยละ 9 ประวัติครอบครัวร้อยละ 6 และโรคอ้วนร้อยละ 12.5 ซึ่งผู้ที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 2.4 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rosenman et al. 1976 : 930 ที่พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 1 ซองต่อวัน 1 ซองต่อวัน และมากกว่า 1 ซองต่อวัน ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่เท่ากับ 0.98 1.63 และ 2.32 เท่า ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อูไรวันท์ และคณะที่รายงานว่าผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งแต่ 20 มวนต่อวันขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจถึง 6.5 เท่าของผู้ที่ไม่สูบ ส่วนผู้ที่สูบบุหรี่ 10-20 มวนต่อวันจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่ากลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ถึง 8.8 เท่า โดยความเสี่ยงของการเกิดโรคในเพศหญิงที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีความเสี่ยงเป็น 1.29 เท่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่เพศชายที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีความเสี่ยงเป็น 1.29 เท่า นอกจากนี้ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จะเพิ่มขึ้นตามชนิด ลักษณะการสูบบุหรี่ โดยผู้ที่สูบบุหรี่ (Cigarette) มีความเสี่ยงของการเกิดโรคเป็น 2.1 เท่า ซิการ์ (Cigar) เป็น 2.4 เท่า

บุหรืพม่า (Cheroot) เป็น 2.8 เท่า และไปป์เป็น 1.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ซึ่งลักษณะความแตกต่างดังกล่าวจะขึ้นอยู่กับลักษณะของการสูบบุหรี่ที่ว่า ผู้ที่สูบบุหรี่แบบสูดควันเข้าปอดจะมีความเสี่ยงเป็น 2 เท่า ของพวกที่ไม่ได้สูดควันเข้าปอด ตลอดจนลักษณะการสูบบแบบอัดควันเข้าปอด จะมีผลต่อการเพิ่มของระดับCarboxy Haemoglobin ในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ผู้ที่สูบบุหรี่หรือไปป์ที่มีวิธีการสูบพ่นควันออกทางปาก จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าผู้ที่สูบในลักษณะอัดควันเข้าปอด

จากรายงานวิจัยที่กล่าวมาแล้ว ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของระยะเวลาการสูบบุหรี่กับการเกิดโรคในกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ โดย (Heller et al. 1984 : 228) ได้ศึกษาผู้ป่วยจำนวน 8,147 คน ไปข้างหน้าเป็นเวลา 53 ปี เพื่อดูการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จะเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 5 ปี ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ (Keily et al. 1972 : 815) ที่พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง และโอกาสที่จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 5 ปี รวมทั้งอุบัติการณ์การตายในระดับสูง และในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ก่อนการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคแตกต่างกัน โดยผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จะพบอุบัติการณ์การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายลดลงร้อยละ 50 - 70 และผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายลดลงเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ภายในระยะเวลา 2 - 3 ปี หลังเลิกสูบบุหรี่แล้วทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยไม่ขึ้นอยู่กับจำนวนและระยะเวลาที่เคยสูบบมาก่อน และจากการศึกษาของ (Robinson et al. 1992 ; อ้างอิงจาก มนสิน แยมสกุล. 2541 : 62) ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือ Unstable Angina ที่เลิกสูบบุหรี่น้อยกว่า 5 ปี ก่อนการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ในช่วงระยะเวลา 5 -15 ปี ยังคงมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเท่ากับผู้ที่สูบบุหรี่ประจำ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ที่สำคัญที่สุด ในการศึกษาาระบาดวิทยาของหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (Atherosclerosis) พบว่า"การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากเมื่อบุหรืถูกเผาไหม้จะได้สารประกอบดังต่อไปนี้ คือ ทาร์ นิโคติน และคาร์บอนมอนนอกไซด์" (สถาบันบริโภคนาสุขภาพ. 2536 : 14)

ทาร์มีส่วนผสมของไฮโดรคาร์บอนและสารก่อมะเร็ง จะจับอยู่ที่ริมฝีปาก และปอด

นิโคตินจะจับอยู่ที่ริมฝีปากและปอด มีบางส่วนที่ดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้เกิดอันตรายต่อเยื่อบุผิวภายในหลอดเลือด ทำให้สารอื่นๆ รวมทั้งโคเลสเตอรอลและไขมันแทรกตัวเข้าไปในเยื่อบุผิว ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว กระตุ้นให้ระดับแคททีโคลามีน (Catecholamines) ในซีรัมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เพิ่มการหลั่งของอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟริน ทำให้หลอดเลือดหดตัว ส่งผลให้ชีพจรและความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างเฉียบพลัน และการใช้ออกซิเจนมากขึ้น นิโคตินยังทำให้เกิดเลือดจับตัว และกระตุ้นกระบวนการเพิ่มเซลล์ของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบที่ผนังหลอดเลือดแดง ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว

ส่วนคาร์บอนมอนนอกไซด์ อาจทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) โดยรวมตัวกับออกซียีโมโกลบิน เป็นคาร์บ็อกซียีโมโกลบิน เม็ดเลือดแดงจึงจับตัวกับออกซิเจนได้ลดน้อยลง และยังทำให้เกิดภัยอันตรายต่อผนังของหลอดเลือดแดง เมื่อเข้าสู่กระแสเลือดจะเป็นตัวขัดขวางการนำออกซิเจนไปใช้เป็นผลให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน

ผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน เสี่ยงต่อการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 3 เท่า (อิศรา สุขุมาลจันทร์. 2536 : 294)

ผู้ที่สูบบุหรี่ชนิดที่ไม่มีก้นกรอง บุหรี่ที่มีนิโคตินต่ำหรือยาสูบชนิดเคี้ยว และผู้ที่ต้องอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่ มากกว่า 60 นาทีต่อวัน บุคคลเหล่านั้นจะได้รับสารนิโคตินเท่ากับผู้ที่สูบบุหรี่ ดังนั้นจึงเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่

ผู้ที่สูบบุหรี่หรือ ไปป์ โดยที่ฟันคว้นออกจากปากมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ น้อยกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ โดยการสูดควันเข้าสู่ปอด

ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ จะลดการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ใน 24 เดือน หลังจากหยุดสูบบุหรี่ 10 ปี อัตราตายจะกลับมาเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่

ผลของการสูบบุหรี่ทำให้ระดับไขมันในเลือดของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีระดับ LDL ในเลือดสูงขึ้น ส่วนระดับ HDL ในเลือดจะลดต่ำลง การเปลี่ยนแปลงนี้จึงมีส่วนทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้

Pooling Project Research Group ได้ทำการศึกษาประชากรจำนวน 7,000 คน เป็นเวลา 8.6 ปี พบว่าประชาชนที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน (1 ชอง) เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 3 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่หรือไปป์ มีวิธีการสูดคือฟันคว้นออกทางปาก ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่ากลุ่มสูบบุหรี่ ซึ่งมีวิธีการสูดโดยสูดควันเข้าสู่ปอด และถึงแม้ว่าผู้สูบบุหรี่จะเปลี่ยนไปสูบบุหรี่หรือไปป์แทน แต่ยังไม่ได้เปลี่ยนวิธีการสูดซึ่งบุคคลที่สูดควันบุหรี่เข้าสู่ปอด ยังคงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเท่ากับผู้ที่สูบบุหรี่เช่นเดิม (Kaplan. 1993 : 56 อ้างอิงจาก กนกพร วิสุทฺธาล. 2536 : 21-22)

ตั้งแต่ปี 2526 ประธานสภากายวิเทศของสหรัฐอเมริกา สรุปว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งชายและหญิงอเมริกัน จากรายงานการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสหรือมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่สูบบุหรี่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือมีไขมันในเลือดสูง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดอีก 1.5 เท่า แต่หากผู้สูบบุหรี่นั้นเป็นทั้งความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจถึง 8 เท่าของคนทั่วไป โดยเฉลี่ยแล้วผู้ติดบุหรี่จะพบว่ามีเส้นเลือดเสื่อมและเกิดความตีบตันเร็ว มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 10 - 15 ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า 1 ใน 4 หรือร้อยละ 25 ของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจเป็นผลจากการสูบบุหรี่

ในสตรีสูบบุหรี่ที่ได้กินยาคุมกำเนิดจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจมากกว่าสตรีทั่วไปถึงเกือบ 40 เท่า และยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดสมองตีบ และเกิดโรกระบบหลอดเลือดสูงกว่าสตรีทั่วไปด้วย นอกจากนี้ผู้สูบบุหรี่ยังมีความเสี่ยงจากการเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 10 เท่า โดยความเสี่ยงจะเพิ่มจากจำนวนบุหรี่ที่สูบ และในกลุ่มผู้ที่เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันนั้นครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 50 จะเสียชีวิตในที่เกิดเหตุเลยและอีกร้อยละ 25 จะไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาล (สถาบันบริโภคนาสูบ. 2540 : 3)

## กลไกการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่

มีสารที่สำคัญอยู่ 2 ชนิด ที่มีผลต่อหัวใจคือสารนิโคติน (Nicotine) และก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์

### สารนิโคติน (Nicotine)

ส่วนใหญ่จะจับอยู่ที่ริมฝีปากและปอด มีบางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดทำให้เกิดอันตรายต่อเอนโดทีเลียม (Endothelium) ภายในหลอดเลือดและมีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยผ่านระบบประสาทซิมพาเทติก มีผลต่อการเพิ่มอัตราการเต้นและการบีบตัวของหัวใจ เพิ่มความดันโลหิตและเส้นเลือดชั้นผิวหนังหดตัว มีผลให้ลดอุณหภูมิของผิวหนัง รวมทั้งการหลั่งสารเคมีแคทีโคลามีน (Catecholamine release)

2. ระบบการเผาผลาญของร่างกาย (Metabolism) มีผลต่อการเพิ่มกรดไขมันอิสระ (Free Fatty Acids) เพิ่มกลีเซอรอลและเพิ่มแลคเตท

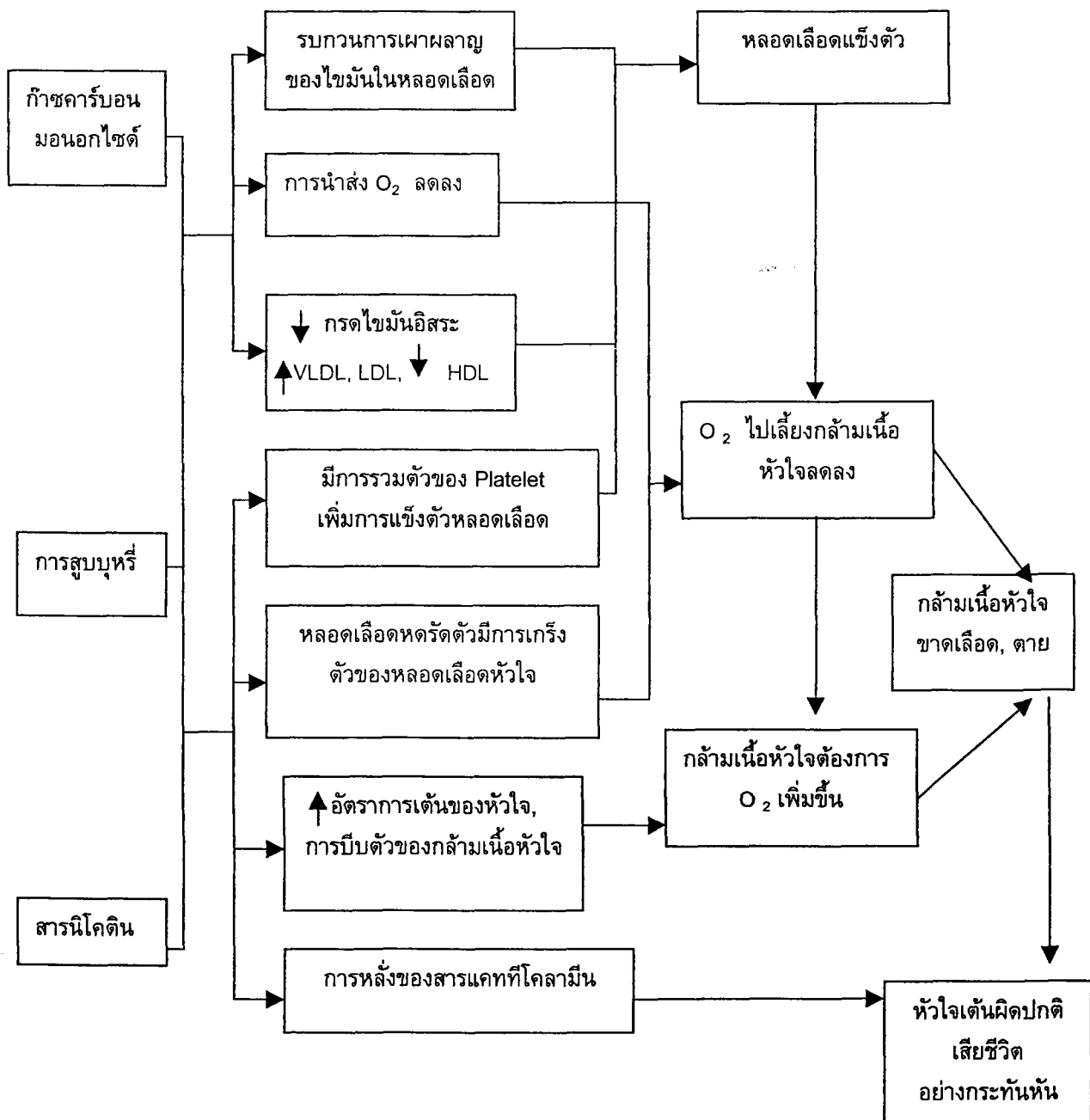
3. ระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) ทำให้คลื่นหัวใจไฟฟ้าเปลี่ยนแปลง

4. ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine) มีผลต่อการเพิ่ม Growth Hormone เพิ่ม ACTH หรือ Cortisol เพิ่มสาร Vasopressin เพิ่ม B-endorphins และยับยั้งการสังเคราะห์ Prostacyclin

นอกจากนี้การสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้เกิดเส้นเลือดแดงแข็งตัวในหลอดเลือดโคโรนารี เนื่องจากไขมันในเลือดและการแข็งตัวของเลือด ซึ่งการสูบบุหรี่ทำให้เพิ่มระดับ LDL (Low Density Lipoprotein) และ VLDL (Very Low Density Lipoprotein) และลด HDL (High Density Lipoprotein) เมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว เพิ่ม Free Fatty Acids และเพิ่มการสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์และ VLDL โดยตับ ในทางกลับกันลดการสร้าง HDL มีผลต่อการเพิ่มการสะสมโคเลสเตอรอลที่ผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบขึ้น นอกจากนี้เกร็ดเลือดจะหลั่ง Growth Hormone ทำให้มีการเติบโตของเอนโดทีเลียมเซลล์ในเส้นเลือด ส่งผลกับการเกิด Atherosclerosis Plaque ทำให้เส้นเลือดเกิดการอุดตันได้ รวมทั้งเลือดคนที่สูบบุหรี่แข็งตัวง่ายเนื่องจากการสูบบุหรี่กระตุ้นการรวมตัวของเกร็ดเลือดทันทีหลังจากการสูบบุหรี่ และสารนิโคตินยังกระตุ้นให้มีการหลั่งสารแคทีโคลามีนมากขึ้น มีผลทำให้หลอดเลือดหดตัวตีบเล็กลงความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น จากปัจจัยดังกล่าวทำให้เกิดหลอดเลือดตีบแคบมากขึ้น

### ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์

ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ เป็นสารพิษที่เข้าไปแทนที่ออกซิเจน โดยจะรวมตัวกับสารฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถดูดซึมก๊าซออกซิเจนที่ร่างกายต้องการ ปริมาณออกซิเจนจะลดลงในกระแสเลือดมีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน และเมื่อจับกับเม็ดเลือดแดงจะทำให้เม็ดเลือดแดงแข็งกระด้าง การยืดหยุ่นตัวเสียไปไม่สามารถชกแซกไปตามหลอดเลือดเล็ก ๆ ได้จึงครูดกับผนังของหลอดเลือดเกิดรอยแผล เมื่อร่างกายทำการซ่อมแซมเนื้อเยื่อมาเคลือบก็มีผลทำให้รูหลอดเลือดตีบตัน ดังภาพประกอบ 7 (มนสิน แยมสกุล. 2542 : 56)



ภาพประกอบ 7 กลไกความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับโรคหลอดเลือดหัวใจ

### 3. แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีส่วนทำให้มีการใช้แรงกล้ามเนื้อ และร่างกายได้เคลื่อนไหวโดยทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นประจำสม่ำเสมอ มีผลต่อสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงสามารถป้องกันโรค และได้กล่าวถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการออกกำลังกายไว้ 3 ประการหลักๆ คือ

1. มีสมรรถภาพทางกายที่ดี ส่วนประกอบของสมรรถภาพทางกายมีหลายชนิด อาทิ สมรรถภาพทางกายในด้านความยืดหยุ่นอ่อนตัวของร่างกาย (Flexibility) ความแข็งแรง (Strength) หรือความทนทาน (Endurance or Stramina) เป็นต้น แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดของการออกกำลังกายก็คือ สมรรถภาพที่เกี่ยวข้องกับการไหลเวียนของโลหิต (Cardio Vascular Circular Fitness) เพราะสมรรถภาพทางกายในลักษณะนี้สามารถสังเกตได้ชัดเจนถึงผลการเปลี่ยนแปลงจากการออกกำลังกาย การออกกำลังกายสามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานโดยปราศจากความเหนื่อย บุคคลที่มีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น จะมีร่างกายที่ทนทาน เพราะการออกกำลังกายเช่นนี้ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น จึงส่งผลทำให้บุคคลที่มีสมรรถภาพทางกายดีมีความรู้สึกดีขึ้น นอนหลับง่าย ตลอดจนช่วยให้ระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบการย่อยอาหารทำงานได้เป็นปกติ เป็นต้น

2. ลดอัตราเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ในประเทศที่ประชาชนมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ประกอบด้วยไขมันพบว่าจะมีอัตราเสี่ยงต่อโรคหัวใจต่ำ นอกจากนั้น แม้แต่ผู้ป่วยโรคหัวใจ ถ้าได้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับสภาพของหัวใจของตน ก็จะทำให้สภาพของหัวใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพดีขึ้น มีผลทำให้โอกาสที่จะเกิดโรคหัวใจวายน้อยลง ลดอัตราเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจได้ โดยการออกกำลังกายทำให้ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจต่ำลงหัวใจจึงใช้ออกซิเจนน้อยลง ระดับของไขมันในเส้นเลือดก็จะต่ำลง ทั้งนี้เนื่องจากการออกกำลังกายสามารถละลายไขมันที่มีอยู่ในเส้นเลือด หัวใจก็จะมีสมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น

3. การควบคุมน้ำหนักและสัดส่วนของร่างกาย การออกกำลังกายโดยรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง มีประโยชน์ไม่มากต่อการควบคุมและลดน้ำหนัก การออกกำลังกายจะเกิดประโยชน์อย่างแท้จริงก็ต่อเมื่อรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ซึ่งต้องปฏิบัติควบคู่กันไปเพื่อให้ได้ผลที่แน่นอนในการลดน้ำหนัก นั่นก็คือความอ้วนลดลง และสัดส่วนร่างกายจะเปลี่ยนไปซึ่งเกณฑ์ในการประเมินภาวะโภชนาการกำหนดโดยคณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก (Expert Committee) ได้พิจารณากำหนดเกณฑ์การตัดสินค่าดัชนีมวลกายซึ่งหมายถึงระดับของการมีน้ำหนักตัวเกินออกเป็น 3 ระดับ คือ 25 , 30 และ 40 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ค่าดัชนีมวลกายปกติจะอยู่ในช่วง 18.5 -24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และระดับที่เป็นภาวะขาดสารอาหารจะมีค่ามวลกายที่ต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อีก 3 ระดับ ซึ่งดัชนีมวลกาย เป็นการประเมินภาวะโภชนาการของร่างกายว่าอยู่ในภาวะอ้วน ปกติ หรือขาดสารอาหาร เป็นค่าที่ได้จากการคำนวณโดยใช้น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูง (เมตร)<sup>2</sup> เขียนเป็นสูตรได้ดังนี้

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กก.)}}{\text{ส่วนสูง}^2 \text{ (เมตร)}}$$

ดัชนีมวลกายคนปกติจะมีค่าระหว่าง 20-25 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ในเพศชายและ 19-24 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ในเพศหญิง บุคคลที่มีน้ำหนักต่ำกว่าดัชนีร้อยละ 20 ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ จากการประชุมของกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

แห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 -2544) ได้แบ่งดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ดังตาราง 10

ตาราง 10 ดัชนีมวลกายและเกณฑ์การประเมินทางโภชนาการ

| ดัชนีมวลกาย (กก./ม. <sup>2</sup> ) | เกณฑ์การประเมิน        |
|------------------------------------|------------------------|
| น้อยกว่า 16.0                      | ผอมระดับ 4             |
| 16.0 - 16.9                        | ผอมระดับ 3             |
| 17.0 - 18.4                        | ผอมระดับ 2             |
| 18.5 - 19.9                        | ผอมระดับ 1             |
| 20.0 - 24.9                        | น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ |
| 25.0 - 29.9                        | อ้วนระดับ 1            |
| 30.0 - 39.9                        | อ้วนระดับ 2            |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 40.0            | อ้วนระดับ 3            |

ที่มา: ประณีต ผ่องแผ้ว. 2539 (เอกสารเผยแพร่ไม่ปรากฏหน้าที่ยพิมพ์)

การออกกำลังกาย มีส่วนช่วยในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการลดปริมาณโคเลสเตอรอล LDL และเพิ่มปริมาณ HDL ซึ่งเท่ากับเป็นการลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ในสหรัฐอเมริกาจากการศึกษาระบาดวิทยาพบว่า คนที่ออกกำลังกายแบบเบาๆ หรือใช้พลังงานน้อยกว่า 2,000 แคลลอรี่ต่อวัน กับคนที่ไม่ได้ออกกำลังกายเลย มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเท่ากัน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 65 ของคนที่ใช้พลังงานมากกว่าวันละ 2,000 แคลลอรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร วิสุทธิกุล. 2539 ที่พบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายทุกวัน มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่าคนที่ไม่ออกกำลังกาย และในกลุ่มคนที่เคยออกกำลังกายมาก่อนแต่ต่อมาหยุดการออกกำลังกาย พบว่าไม่มีผลต่อการลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นเดียวกับคนที่ไม่ได้ออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) เพื่อเสริมสร้างความอดทนของการทำงานของปอดและหัวใจ มีผลทำให้อัตราชีพจรขณะพักต่ำลง ความดันโลหิตต่ำลง ช่วยลดไขมันที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เป็นผลทำให้ปอดและหัวใจ ตลอดจนระบบไหลเวียนเส้นเลือดแข็งแรง ตัวอย่างเช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ถีบจักรยาน กระโดดเชือก และว่ายน้ำ ต้องประกอบด้วยหลัก 3 ประการคือ หนักพอ นานพอ และบ่อยพอ โดยการออกกำลังกายที่ใช้แรงน้อยแต่กระทำติดต่อกันเป็นระยะเวลา นานพอที่จะมีผลทำให้เกิดความอดทนของปอดและหัวใจ

การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ต้องใช้ออกซิเจนในการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายด้วยความเร็วในจังหวะสม่ำเสมอ ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นการทำงานของปอดและหัวใจอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจจะต้องเพิ่มขึ้น จนถึงอัตราที่เป็นเป้าหมายคือร้อยละ 65 – 80 ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจโดยคำนวณได้จากสูตร

$$\text{อัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ} = 220 - \text{อายุ}$$

การออกกำลังกายแบบแอโรบิค จะต้องเป็นการออกกำลังกายที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลาประมาณ 20 – 40 นาที เป็นประจำทุกวัน หรืออย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งร่างกายจะมีการปรับตัวโดยการหายใจแรงและเร็วขึ้นเพื่อนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายให้เพียงพอกับการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอด หัวใจเต้นเร็วและแรงมากขึ้น เพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายและหลอดเลือดขยายตัว เพื่อนำเลือดไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายซึ่งการออกกำลังกายแบบแอโรบิค แบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 3 กลุ่ม

1. กลุ่มเบา เป็นการออกกำลังกายอย่างเต็มที่ ภายในระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที หรือใช้กำลังเพียงบางส่วน และมีช่วงพักนานจนเกือบหายใจเหนื่อย หรือหายใจเหนื่อย และมีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาที ซึ่งใช้พลังงาน 2-3 แคลลอรี่ต่อนาที ได้แก่ ยืน เดิน กรู้อากาศ เปดอง

2. กลุ่มปานกลาง เป็นการออกกำลังกายแรงปานกลาง ติดต่อกันไม่เกิน 30 นาที หรือน้อยกว่า 1 ชั่วโมง และมีช่วงพักจนเกือบหายใจเหนื่อยหรือหายใจเหนื่อย และมีอัตราการเต้นของหัวใจประมาณ 100-140 ครั้งต่อนาที ใช้พลังงาน 4-5 แคลลอรี่ต่อนาที ได้แก่ ปิงปอง ยูโด วายน้ำ การวิ่งเอาระยะทางเดินเร็ว ตะกร้อ เต้นแอโรบิค รำมวยจีน กายบริหาร สเก็ต เป็นต้น

3. กลุ่มหนัก เป็นการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ติดต่อกันเป็นเวลานานเกินกว่า 1 ชั่วโมง และมีอัตราการเต้นของหัวใจประมาณ 125 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป ใช้พลังงาน 8 แคลลอรี่ต่อนาที ได้แก่ เทนนิส แบดมินตัน วอลเลย์บอล บาสเก็ตบอล รักบี้ ฟุตบอล ชกมวย กระเชียงเรือ เป็นต้น โดยปกติทั่วไป ร่างกายต้องใช้พลังงานในกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันรวมทั้งการออกกำลังกายแบบแอโรบิคซึ่งมีรายละเอียดของปริมาณพลังงานที่ถูกนำมาเผาผลาญในกิจกรรมต่างๆ ดังตาราง 11

ตาราง 11 กิจกรรมในชีวิตประจำวันกับปริมาณพลังงานที่ถูกเผาผลาญ

| กิจกรรม                      | แคลลอรี่ต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง | กิจกรรม                          | แคลลอรี่ต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง |
|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| นั่ง                         | 0.4                           | เล่นปิงปอง                       | 4.4                           |
| ยืนทำงาน ยืนตามสบาย          | 0.6                           | เล่นเทนนิส                       | 5.0                           |
| ขับรถยนต์                    | 0.9                           | เต้นแอโรบิค                      | 7.0                           |
| รีดผ้า ล้างชาม               | 1.0                           | วิ่ง                             | 7.0                           |
| ล้างพื้นห้อง                 | 1.2                           | ขี่จักรยานเร็วมาก                | 7.6                           |
| ซักผ้า                       | 1.3                           | ว่ายน้ำ (ชั่วโมงละ 2 ไมล์)       | 7.9                           |
| กวาดพื้น                     | 1.4                           | เดินเร็วมาก (ชั่วโมงละ 5.3 ไมล์) | 8.3                           |
| เล่นกอล์ฟ                    | 1.5                           | เล่นสกี                          | 10.3                          |
| เดินช้า ๆ (ชั่วโมงละ 3 ไมล์) | 2.0                           | ต่อยมวย                          | 11.4                          |
| ขี่จักรยานความเร็วพอควร      | 2.5                           | กระเชียงเรือแข่ง                 | 16.0                          |
| เดินเร็ว (ชั่วโมงละ 4 ไมล์)  | 3.4                           |                                  |                               |

ที่มา: อภิชาติ สุคนธรัตน์. 2543. โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี . 665.

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการขาดการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ อาจนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับ Power et al. 1987 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2541 ที่พบว่าการขาดการออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยเหตุนี้เพื่อป้องกันและลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงควรออกกำลังกาย

ในผู้ที่เป็นักกีฬา หรือผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะพบว่ามีอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ น้อยลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการออกกำลังกายทำให้เอสดีแอล โคเลสเตอรอล (HDL Cholesterol) เพิ่มขึ้น ไม่ทำให้มีความอ้วนทำให้การเกาะตัวของเกร็ดเลือดลดลง และบางรายเชื่อว่าทำให้มีหลอดเลือดเชื่อมโยงขึ้น ได้ใหม่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะช่วยให้หัวใจมีสมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น คือ อัตราการเต้นของหัวใจช้าลงและยังช่วยลดกรดไขมันอิสระ ซึ่งจะมีผลต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว นอกจากนี้การออกกำลังกาย ยังช่วยให้พลังงานถูกใช้ไปมีผลต่อการลดน้ำหนักตัวและช่วยในการผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ (Greenland & Briody, 1984 : 79 ; อ้างอิงจาก อรอนงค์ สัพพัญญู. 2539 : 21) ซึ่งจะส่งผลให้ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 ผลการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นจากการออกกำลังกายทำให้ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

| เพิ่มขึ้น                                  | ลดลง                                         |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|
| - การไหลเวียนของหลอดเลือดโคโรนารีข้างเคียง | - ไขมันในเลือด (โคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์) |
| - ขนาดของหลอดเลือด                         | - ความอ้วน (ลดเยื่อมัน)                      |
| - ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ    | - ความหนืดของเกร็ดเลือด                      |
| - ความสามารถในการระบบขนส่งอิเล็กตรอน       | - ความดันในหลอดเลือดแดง                      |
| - ปริมาณเม็ดเลือดแดงและปริมาณเลือด         | - อัตราการเต้นของหัวใจ                       |
| - การทำงานของต่อมไทรอยด์                   | - การเต้นผิดจังหวะของหัวใจ                   |
| - การอดกลั้นต่อความเครียด                  | - การฉีกขาดของกล้ามเนื้อ                     |
| - ความมีนิสสุขภาพรอบคอบ                    | - ความเครียด                                 |

ที่มา: พิชิต ภูติจันทร์. 2535. สรีรวิทยาของการออกกำลังกาย.124.

ธรรมชาติสร้างมนุษย์ให้มีการเคลื่อนไหว แต่ถ้าเป็นการเคลื่อนไหวไม่เพียงพอ ก็จะมีผลเสียต่อสุขภาพ การออกกำลังกายไม่จำเป็นจะเป็นการใช้กล้ามเนื้อส่วนใดทำงาน เมื่อร่างกายมีการเคลื่อนไหวจะต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น การขนส่งออกซิเจนไปสู่เซลล์กล้ามเนื้อและอวัยวะที่เกี่ยวข้อง จะต้องอาศัยระบบไหลเวียนและระบบหายใจเป็นหลัก การออกกำลังกายเป็นประจำนอกจากจะทำให้ระบบโครงสร้างมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้นแล้ว ยังทำให้ระบบไหลเวียนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ในคนที่ใช้พลังงานน้อยกว่า 2,000 กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 65 ของคนที่ใช้พลังงานมากกว่า 2,000 กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์ และไม่ว่าจะศึกษาในกลุ่มใดๆ ก็ตาม ผู้ที่ออกกำลังกายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่าคนที่ไม่ออกกำลังกาย และในกลุ่มคนที่เคยออกกำลังกายมาก่อนแล้วหยุดการออกกำลังกายพบว่าไม่มีผลต่อการลด

อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นเดียวกับคนที่ไม่ได้ออกกำลังกาย (Paffenbarger RS, et al. 1978 : 108-61) ดังเช่นการศึกษาของพาเฟนบาร์เกอร์ ในปี 1984 และ 1986 พบว่าในกลุ่มศิษย์เก่าของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ที่ใช้พลังงานในการออกกำลังกาย เช่น เดิน ปั่นจักรยานหรือเล่นกีฬา จะมีอัตราการตายจากทั้งโรคหัวใจ และโรคอื่นๆ น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบว่า ในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูง คนที่สูบบุหรี่ หรือมีประวัติการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ ในครอบครัว การออกกำลังกาย ช่วยลดอัตราการตายลงได้เกือบร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้ออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่นที่สนับสนุนว่า การดำรงชีวิตที่ต้องการออกแรงมากขึ้นจะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าคนที่ออกแรงน้อยกว่า

เหตุผลที่แน่ชัดว่าทำไมการออกกำลังกายจึงช่วยลดอันตรายเหล่านี้ได้ ยังไม่เป็นที่ทราบกันชัดเจน แต่สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผลหลายอย่างเช่น เป็นไปได้ว่าคนที่นิยมการออกกำลังกายมักเป็นคนที่มีความวิตกกังวลน้อย คนที่มีความเสี่ยงในการดำเนินชีวิตน้อยกว่าคือ ไม่สูบบุหรี่ สนใจสุขภาพตนเอง ไม่กินอาหารจุบจิบ หรือไขมันมาก หรืออาจอธิบายได้อย่างหนึ่งว่า การออกกำลังกายช่วยลดความเครียดของอารมณ์ น้ำหนักตัว และความดันโลหิตได้เล็กน้อย นอกจากนี้ยังช่วยลดระดับไขมันชนิดที่เป็นอันตราย (HDL) จึงเท่ากับเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

### ชนิดของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย เป็นวิธีการทางธรรมชาติที่ทำให้ระบบต่างๆ ของร่างกายต้องทำงานมากกว่าปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบโครงสร้าง ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจและระบบประสาท ซึ่งจะต้องทำงานอย่างมีความสัมพันธ์ ด้วยความเหมาะสม แบ่งประเภทของการออกกำลังกายเป็น 5 ชนิด คือ (วุฒิพงศ์ ปรมัตถการ. 2537 : 58-60)

1. การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric Exercise) เป็นการออกกำลังกาย โดยที่ความยาวของกล้ามเนื้อคงที่ แต่ความตึงตัวเพิ่มขึ้น หากทำบ่อยๆ เป็นประจำ จะมีผลต่อการเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อ แต่มีผลน้อยมากในการเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ หรือระบบไหลเวียนเลือด เช่น การยกของมีผลทำให้หลอดเลือดหดตัวและเพิ่มการทำงานของหัวใจอย่างรวดเร็วทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น จึงควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายประเภทนี้ ได้แก่ การดึง การจุก การแบกหาม การเข็น หรือการใช้แรงมาก ๆ กดลงบนวัตถุใดวัตถุหนึ่ง

2. การออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (Isotonic Exercise) เป็นการออกกำลังกาย โดยที่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ ชนิดที่ความยาวของกล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงและอวัยวะมีการเคลื่อนไหว แบ่งการทำงานของกล้ามเนื้อออกเป็น 2 ลักษณะคือ

2.1 คอนเซนตริก (Concentric) คือการหดตัวของกล้ามเนื้อ ชนิดที่ความยาวของกล้ามเนื้อหดสั้นเข้า ทำให้มีน้ำหนักต่อท่อนแขนเข้าหาลำตัว เช่น การยกน้ำหนักเข้าหาลำตัว ทำวิดพื้นในขณะที่ลำตัวลงสู่พื้น

2.2 เอกเซนตริก (Eccentric) คือการหดตัวของกล้ามเนื้อ ชนิดที่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อและความยาวของกล้ามเนื้อเพิ่ม เช่น ยกน้ำหนักออกจากลำตัว ทำวิดพื้นขณะยกลำตัว

3. การออกกำลังกายแบบไอโซไคเนติก (Isokinetic Exercise) เป็นการออกกำลังกายชนิดที่การทำงานของกล้ามเนื้อเป็นไปอย่างสม่ำเสมอตลอดช่วงเวลาของการเคลื่อนไหว เช่น ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ

4. การออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิก (Anaerobic Exercise) หมายถึง การออกกำลังกาย

แบบไม่ต้องใช้ออกซิเจน หรือในขณะออกกำลังกายแบบไม่ต้องหายใจเอาอากาศสูดปอดเลย เช่น การวิ่งระยะสั้น หรือการวิ่งในกีฬาบางอย่าง เช่น การวิ่งเต็มทีเพื่อวิ่งไปรับลูกเทนนิสที่ข้ามตาข่ายมา การกระโดดสูง การกระโดดไกล ขว้างจักร ฟันแหลน ทุ่มน้ำหนัก ซึ่งผลจากการออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิค คล้ายกับการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก

5. การออกกำลังกายแบบแอโรบิค (Aerobic Exercise) หมายถึง การออกกำลังกายที่ต้องใช้ออกซิเจนหรือมีการหายใจในขณะออกกำลังกาย เป็นการบริหารให้ร่างกายเพิ่มความสูงส่งในการรับออกซิเจนที่เรียกว่า ปริมาณแอโรบิค (Aerobic Capacity) ซึ่งจะมีผลดังนี้

1. ได้ปริมาณอากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพราะอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น
2. อัตราการเต้นของหัวใจและประสิทธิภาพในการสูบฉีดเลือดเพิ่มมากขึ้น
3. การไหลเวียนเลือดในร่างกายดีขึ้น
4. ออกซิเจนถูกส่งไปตามอวัยวะต่าง ๆ ได้สะดวกและรวดเร็ว
5. ลดอาการเมื่อยล้าทำให้กล้ามเนื้อทำงานได้นานขึ้น
6. ส่งเสริมบุคลิกภาพ ทำให้ร่างกายได้สัดส่วน

“การออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่มีประสิทธิภาพ จะต้องเป็นการออกกำลังกายที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 20-60 นาทีต่อวัน โดยมีความถี่ต่อเนื่อง 3-5 วันต่อสัปดาห์” (Fox and Mathews, 1981 : 415 ; อ้างอิงจาก พิชิต ภูตจันทร์. 2535 : 221-223) ซึ่งร่างกายมีการปรับตัวโดย

1. การหายใจต้องแรงและเร็วขึ้น เพื่อนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายให้เพียงพอกับการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดและเลือด
2. หัวใจต้องเต้นเร็วและแรงมากขึ้น เพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. หลอดเลือดต้องมีการขยายตัว เพื่อนำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. 2538 : 21 ได้เสนอแนะประเภทของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับคนวัยทำงานดังนี้

คนทำงานเบาไม่ค่อยได้ใช้แรงงาน ควรออกกำลังกาย เช่น เดินเร็วๆ วิ่งเหยาะๆ วิ่งกระโดดอยู่กับที่ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เดินแอโรบิค เดินรำ เล่นกีฬา ฯลฯ อย่างน้อยวันเว้นวัน วันละ 15-30 นาที ให้มีเหงื่อออก มีอาการเหนื่อยแต่ยังพูดคุยได้สบาย และชีพจรเต้นเร็วขึ้นให้ได้นาทีละประมาณเท่ากับ 180 ลบอายุของคนนั้น เช่น อายุ 40 ปี ให้ได้นาทีละ 140 ครั้ง นอกจากนี้ยังอาจเลือกการออกกำลังกายแบบอื่นๆ เช่น กายบริหาร โยคะ รำมวยจีน

คนที่อ้วนและผู้สูงอายุ ควรเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตน เช่น กายบริหาร รำมวยจีน การออกกำลังกายที่รุนแรงหรือหักโหมเกินไปจะมีผลเสียมากกว่าผลดี

สำหรับผู้ที่ไม่มีความรู้หรือไม่ชอบการเล่นกีฬา ควรทำอะไรที่ออกแรง เช่น เดินมากๆ (แทนการขึ้นรถ) เดินขึ้นบันได (แทนการขึ้นลิฟท์) ขุดดิน ทำสวน ตักน้ำ ฯลฯ ทำติดต่อกันอย่างน้อยครั้งละ 5 นาที วันละ 3 - 4 ครั้ง ก็มีผลต่อสุขภาพเช่นกัน

### โรคหลอดเลือดหัวใจกับการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายจะเน้นที่การออกกำลังกายสม่ำเสมอแบบแอโรบิกที่มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นจังหวะ (Regular Aerobic Exercise) ที่จะช่วยเพิ่มความทนของกล้ามเนื้อ ความสมบูรณ์ของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยพิจารณาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความเป็นอยู่ทางสังคมและเศรษฐกิจ อาชีพ ความสนใจ ตลอดจนข้อจำกัดในการออกกำลังกายของผู้ป่วยแต่ละคน ประกอบ โดยกำหนดเป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่ครอบคลุมในเรื่องความแรง ระยะเวลา และความถี่ ดังจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

**การประเมินความแรงในการออกกำลังกาย (Intensity)** นิยมใช้ค่าชีพจรเป้าหมาย (Target Heart Rate) เป็นหลัก โดยที่ค่านี้จะเท่ากับร้อยละ 70-80 ของชีพจรสูงสุดของแต่ละช่วงอายุ และจากการทราบขีดความสามารถในการออกกำลังกายของผู้ป่วยจากการทดสอบ Exercise Stress Test ก็สามารถนำมาพิจารณาในการกำหนดกิจกรรมในชีวิตประจำวันแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลได้ ดังแสดงในตาราง 13 และ 14

ในขณะที่มีการออกกำลังกายควรมีการตรวจวัดชีพจร ความดันโลหิต คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และซักถามความพยายามที่ใช้ในการออกกำลังกายขณะนั้นด้วยโดยใช้ Borg Scale หรือ RPE ที่ให้ผู้ป่วยเทียบความยากและความพยายามที่ใช้ออกมาเป็นตัวเลข

ตาราง 13 ตัวอย่างกิจกรรมนันทนาการและค่าการใช้พลังงานคิดเป็น METs

| กิจกรรม      | ค่าพลังงาน | กิจกรรม      | ค่าพลังงาน | กิจกรรม        | ค่าพลังงาน |
|--------------|------------|--------------|------------|----------------|------------|
| ยืนดู        | 3 - 4      | เดินช้า      | 3 - 7      | แฮนด์บอล       | 8 - 12     |
| แบดมินตัน    | 4 - 9      | ฟันดาบ       | 6 - 10     | เดินท่องเที่ยว | 3 - 7      |
| บาสเกตบอล    | 3 - 9      | ตกปลา บนเรือ | 5 - 6      | ขี่ม้า         | 3 - 8      |
| ขี่จักรยาน   | 3 - 8      | ตกปลา บนฝั่ง | 2 - 4      | วิ่งเหยาะๆ     | 7 - 15     |
| เล่นโบว์ลิ่ง | 2 - 4      | ฟุตบอล       | 5 - 12     | ปีนเขา         | 5 - 10     |
| พายเรือ      | 3 - 8      | กอล์ฟ ใช้รถ  | 2 - 3      | ล่องเรือ       | 2 - 5      |
| เพาะกาย      | 3 - 8      | กอล์ฟ เดิน   | 4 - 7      | สเก็ต          | 5 - 8      |
| ขึ้นบันได    | 4 - 8      | ซอฟท์บอล     | 3 - 6      | เทนนิส         | 4 - 9      |
| ว่ายน้ำ      | 4 - 8      | ปีนปอง       | 3 - 6      | วอลเลย์บอล     | 3 - 6      |

ที่มา: อภิชาติ สุคนธวรรณ. 2543. โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. 665.

ตาราง 14 ตัวอย่างกิจกรรมทั่วไปและค่าการใช้พลังงานคิดเป็น METs

| กิจกรรม                    | ค่าพลังงาน | กิจกรรม                  | ค่าพลังงาน | กิจกรรม        | ค่าพลังงาน |
|----------------------------|------------|--------------------------|------------|----------------|------------|
| งานช่างไม้                 | 3 - 4      | กวาดบนบ้าน/รีดผ้า/เช็ดถู | 3 - 7      | ขัดพื้น        | 8 -12      |
| งานขุดเจาะด้วยเครื่องไฟฟ้า | 2          | ตัดหญ้า ใช้รถตัดหญ้า     | 2          | เดิน บนพื้นราบ | 3 - 5      |
| ทำสวน ขุด/ตักดิน           | 4 - 8      | ใช้เครื่องไฟฟ้า          | 4 - 5      | บนทางชัน       | 6 - 8      |
| ถอนหญ้า                    | 3 - 5      | ใช้เครื่องมือ            | 4 - 6      | ขึ้นบันได      | 6 - 8      |
| กวาดพื้นสนาม               | 3 - 6      | ตัดต้นไม้ ใช้มือ         | 5 -10      | ลงบันได        | 4 - 5      |
| ซ่อมบ้าน/ทาสี/ซ่อมท่อ      | 3 - 8      | ใช้เครื่องไฟฟ้า          | 2 - 4      |                |            |

ที่มา: อภิชาติ สุคนธรัตน์. 2543. โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. 668.

**ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (Duration)** การออกกำลังกายในแต่ละช่วงควรมาน้อยอย่างน้อย 20-30 นาที โดยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระอย่างมีนัยสำคัญจะเกิดขึ้นเมื่อออกกำลังกายไปแล้ว 5-10 นาที

**ความถี่ในการออกกำลังกาย (Frequency)** การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอควรทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง การออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 2 ครั้งนั้นจะไม่ค่อยได้รับประโยชน์ ในขณะที่การออกกำลังกายมากกว่าสัปดาห์ละ 3-5 ครั้งนั้นก็จะได้ประโยชน์เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน นักกีฬาที่ต้องการเพิ่มสมรรถภาพร่างกายจะต้องมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นทั้งความแรง เวลา และความถี่เป็น 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์ สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจตามมาตรฐานควรจะได้มาทำการฝึกออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เลี่ยงการออกกำลังกายที่หักโหมเกินกำลัง แนวทางการออกกำลังกายที่เหมาะสมได้นำเสนอในตาราง 15

ตาราง 15 ระดับการออกกำลังกายที่มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด

| ประเภท                                                                      | Intensity    | Duration    | Frequency       |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|-----------------|
| ผู้ที่ผ่านการฝึกหนัก (Highly Trained)                                       | 85-90% maxHR | 1-2 ชั่วโมง | 5-7 วัน/สัปดาห์ |
| ผู้ที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย และผู้ป่วยโรคหัวใจ (Sedentary / Cardiac person) | 60-85% maxHR | 15-45 นาที  | 3-5 วัน/สัปดาห์ |

ที่มา: อภิชาติ สุคนธรัตน์. 2543. โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. 669.

ช่วงระยะเวลาการออกกำลังกายที่ต้องมีการติดตามประเมินใกล้ชิดคือช่วง 8-12 สัปดาห์แรก ผลการเปลี่ยนแปลงที่ตอบสนองต่อการออกกำลังกายในส่วนนี้พบจะพบหลังออกกำลังกายประมาณ 2 สัปดาห์ ในขณะที่น้ำหนัก รูปร่างจะเปลี่ยนแปลงเมื่อมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องต่อไปหลายเดือน

**รูปแบบการออกกำลังกาย (Modes of Exercise)** รูปแบบการออกกำลังกายจะถูกกำหนดโดยเป้าหมายการออกกำลังกาย ความสนใจ สมรรถภาพ และข้อจำกัดด้านร่างกายของผู้ป่วย การออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มุ่งเน้นการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างต่อเนื่องเป็นจังหวะ เช่น การเดินเร็วๆ การวิ่งเหยาะๆ การว่ายน้ำ ขี่จักรยาน พายเรือ นั้นจัดว่าเป็นการออกกำลังกายที่ได้ผลดีในการเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของ

หัวใจและหลอดเลือดโดยจะไปเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาที ลดแรงต้านในหลอดเลือด จึงสามารถเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปสู่กล้ามเนื้อ นอกจากนี้เมื่อออกกำลังกายมากพอ และติดต่อกันนาน 4-6 สัปดาห์ขึ้นไป ยังพบว่ามีส่วนช่วยเพิ่มจำนวนเส้นเลือดในกล้ามเนื้อ จำนวนเส้นใยกล้ามเนื้อ ขนาดเส้นใยกล้ามเนื้อ ขนาดและจำนวน Mitochondria เพิ่ม Oxidative Enzyme เพิ่มความสามารถในการเผาผลาญไขมัน เพิ่มประสิทธิภาพและการใช้ประโยชน์ Glycogen ในกล้ามเนื้อ ลดการสร้าง Lactate จึงสามารถเพิ่มความทนในการออกกำลังกาย อย่างไรก็ตามไม่มีการออกกำลังกายแบบใดที่จะดีที่สุดสำหรับบุคคลทุกคน ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างพื้นฐานความสามารถ ขีดจำกัด และความชอบของแต่ละบุคคลนั่นเอง ซึ่งหากเลือกให้เหมาะสมก็จะยังประโยชน์สูงสุดด้านร่างกาย จิตใจในผู้ป่วยโรคหัวใจได้

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจึงควรมีกิจกรรมประจำวัน และออกกำลังกายตามระดับ สมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ผู้ป่วยที่ไม่เคยออกกำลังกายควรได้รับการตรวจจากแพทย์ด้วย เพื่อให้ทราบข้อจำกัดของตนเอง ส่วนใหญ่การออกกำลังกายควรยึดหลักระดับกลาง คือออกกำลังกายให้ระดับชีพจรอยู่ที่ร้อยละ 50 ของชีพจรสูงสุด ซึ่งชีพจรสูงสุดของแต่ละบุคคลเท่ากับ 220 ลบอายุเป็นปี การออกกำลังกายควรเป็นแบบเคลื่อนไหวหรือแอโรบิคคือมีการใช้กล้ามเนื้อหลายส่วนและมีการเกร็งกล้ามเนื้อน้อย เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะๆ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น ควรออกกำลังกายเป็นระยะเวลา 20 - 45 นาที สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไป ส่วนการออกกำลังกายประเภทเกร็งอยู่กับที่ เป็นการเพิ่มความตึงเครียดในกล้ามเนื้อ เช่น การยกน้ำหนัก เทนนิส เป็นต้น จึงไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนออกกำลังกายควรมีการปรับสภาพร่างกายด้วยการทำกายบริหารประมาณ 10 - 20 นาที นอกจากนี้ผู้ป่วยควรมีกิจกรรมประจำวันหรือทำงานที่ช่วยให้ร่างกายเคลื่อนไหวอยู่เสมอ แต่ทั้งนี้ต้องหลีกเลี่ยงงานที่หนักเกินไป หรืองานที่ต้องออกแรงอย่างทันทีทันใด งานที่ต้องใช้ความตั้งใจหรือเครียดมากและทำติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน หรืองานที่ฉุกฉุนทุเรศ

#### 4. แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการจัดการความเครียด

ความเครียดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต แต่ถ้ามีความเครียดมากเกินไปก็เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตด้วย ทุกคนย่อมมีประสบการณ์กับความเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเครียดที่เกิดจากการทำงาน เพราะเวลาส่วนใหญ่ของมนุษย์ถูกใช้ไปในการทำงานการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดสรุปได้ว่าความเครียดมีอิทธิพลที่สำคัญ 2 ประการ คืออิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม ภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจ และอิทธิพลต่อการทำงานและองค์กร

อิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมและภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจ เป็นอิทธิพลของความเครียดที่ก่อให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ เริ่มจากความไม่สบายใจ หงุดหงิดว่าวุ่นใจจนกระทั่งนำไปสู่พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ เช่น นอนไม่หลับ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ไม่มีสมาธิ ขาดวิจารณญาณในการตัดสินใจ ตัดสินใจผิดพลาด ในที่สุดจะเกิดภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ และอาจถึงแก่ชีวิตในที่สุด ถ้าความเครียดเรื้อรังเกิดควบคู่ไปกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ความเครียดเป็นประสบการณ์ชีวิตที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เพราะความเครียดมีผลมาจากการที่มนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เป็นปฏิสัมพันธ์ที่กระตุ้นและตอบสนองซึ่งกันและกัน เมื่อขาดความสมดุลจะทำให้เกิดความเครียดซึ่งส่งผลต่ออารมณ์ ขบวนการคิด สุขภาพและศักยภาพในการปฏิบัติงาน

ความเครียดเป็นคำที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในวงวิชาการทางจิตวิทยาสุขภาพ (Health Psychology) จิตวิทยาการแพทย์ (Medical Psychology) และพฤติกรรมทางการแพทย์ (Behavioral

Medicine) เพราะความเครียดเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ และการเจ็บป่วยเป็นอันมาก (สุริย์ กาญจนวงศ์. 2533 : 43) นักจิตวิทยาหลายท่านยอมรับว่าความเครียดถือเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญที่สุดในโลก มีผู้ให้ความหมายของความเครียดไว้มากมายเช่น

กองสุขภาพจิต (อ้างอิงจาก อัมพร โลตระกูล. 2538 : 25) ได้ให้คำจำกัดความของความเครียดว่าเป็นความกระวนกระวายใจ เนื่องมาจากสถานการณ์อันไม่พึงพอใจเกิดขึ้น ความปรารถนาไม่ได้รับการตอบสนองหรือเป็นอื่น ผิดพลาดไปจากเป้าหมายที่ต้องการ

วีระ ไชยศรีสุข (2533 : 177) กล่าวว่าความเครียดคือ สถานการณ์คับแค้นที่มีผลทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ ความเครียดจะเกิดเกี่ยวพันกับความวิตกกังวล บางครั้งความเครียดอาจเกิดขึ้นกับร่างกายเมื่อมีการใช้พลังงานมาก และมีการเปลี่ยนแปลงต่อขบวนการทางสรีรวิทยาของร่างกายเช่น การอยู่ในสถานที่ที่มีอุณหภูมิสูงหรือต่ำมาก ๆ หรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนาน ๆ ซึ่งจะเป็นตัวเร่งความเครียดให้เกิดขึ้น

คอปเปอร์ (Cooper and Maxhall (1976) ; อ้างอิงจาก อรพินธ์ อินทรนุกูลกิจ. 2536 : 3) ให้ความหมายความเครียดจากการทำงานไว้ว่า เป็นการคุกคามจากปัจจัยที่เกี่ยวกับงาน เช่น งานมากเกินไป ความสับสนในบทบาท ความขัดแย้งในบทบาท งานที่ต้องรับผิดชอบสูง สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในการทำงานไม่ดี และสภาพการทำงานที่ไม่ดี

ซาวีเรีย (Savery. 1989 ; อ้างอิงจาก อรพินธ์ อินทรนุกูลกิจ. 2536 : 6) ได้แบ่งระดับความเครียดตามผลกระทบของความเครียดต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของบุคคล ไว้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ความเครียดระดับที่ 1 (Level 1) เป็นความเครียดชั่วคราวเป็นผลให้เกิดการเพิ่มของอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และมีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญ (Metabolism) ในร่างกาย

ความเครียดระดับที่ 2 (Level 2) เป็นความเครียดที่เพิ่มความรุนแรงขึ้น มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตคือ มีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ วิตกกังวล ตกใจง่าย มีอาการของความเครียดระดับที่ 1 เป็นเวลานาน

ความเครียดระดับที่ 3 (Level 3) เป็นความเครียดที่รุนแรงขึ้นทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ อาหารไม่ย่อย เจ็บหน้าอก ต้องปรึกษาแพทย์เพื่อบรรเทาอาการ

ความเครียดระดับที่ 4 (Level 4) เป็นความเครียดระดับรุนแรงที่สุด ทำให้เกิดอาการเป็นแผลในกระเพาะอาหาร เป็นลมบ่อย ติดสุรา ติดยาคลายเครียดหรือยาระงับประสาท มีอาการทางจิตประสาทที่บ่งชี้ความรุนแรงของความเครียด และอาจรุนแรงถึงหัวใจหยุดเต้นได้

เซลเย (Selye. 1976 ; อ้างอิงจาก สุริย์ กาญจนวงศ์. 2533 : 43) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับความเครียด โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Physiology) เพื่อการปรับตัวหรือที่เรียกว่า General Adaptation Syndrome ซึ่งมี 3 ระยะดังนี้

ระยะแรก เรียกว่าระยะตื่นตัว (Alarm Reaction) ในระยะนี้ร่างกายจะถูกกระตุ้นให้ตื่นตัว และมีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งเร้า (Specific Stressor) เพื่อรักษาสภาวะสมดุลย์ (Homeostasis) ของร่างกาย ระบบประสาทส่วนกลางและระบบต่อมไร้ท่อเริ่มทำงาน กลูโคสและออกซิเจนจำนวนมากและนำไปเลี้ยงสมอง กล้ามเนื้อ และหัวใจ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ในระยะนี้จะประกอบด้วย

1. หัวใจเต้นแรงขึ้น

2. เส้นโลหิตที่หล่อเลี้ยงผิวหนังและอวัยวะภายในตีบลง ส่วนเส้นโลหิตที่หล่อเลี้ยงสมองและกล้ามเนื้อขยายใหญ่ขึ้น

3. เซลล์โลหิตแดงถูกสร้างมากขึ้น
4. เหงื่อออกมากเพื่อรักษาอุณหภูมิในร่างกายเมื่อเผชิญกับการไหลเวียนโลหิตที่สูงขึ้น
5. เพิ่มอัตราการหายใจขึ้น
6. เพิ่มกิจกรรมการย่อย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลให้เกิดการตื่นตัวและการใช้พลังงานในร่างกายเพิ่มขึ้น

ระยะที่ 2 เรียกว่า ระยะต่อต้าน (Stage of Resistance) ระยะนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพที่สลับซับซ้อนหลายอย่างเกิดขึ้นเพื่อตอบโต้ Stressor อย่างต่อเนื่องการเปลี่ยนแปลงในระยะนี้ช่วยสร้างพลังงาน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในรูปของโปรตีนและเป็นสาเหตุให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบหมุนเวียนในร่างกายสำหรับวิกฤตการณ์ทางอารมณ์ ขณะเดียวกันเคมีในเลือดกลับสู่ปกติ

ระยะที่ 3 เรียกว่า ระยะการอ่อนแรง (Stage of Exhaustion) ระยะนี้ฮอร์โมนซึ่งถูกสร้างขึ้นมากจนผิดปกติในระยะต้นๆ จะเริ่มจางและหมดลง ซึ่งเป็นผลทำให้ร่างกายขาดสารอาหารร่างกายอ่อนแอลง และอาจทำให้ถูกแทรกแซงจากโรค หรือกลายเป็นโรคต่างๆ ได้

### สาเหตุของความเครียด

สาเหตุของความเครียดหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressor) หมายถึง สิ่งใดๆ ที่รบกวนให้เกิดความเครียดขึ้นแก่บุคคล และทำให้กลไกปรับตัวต่อสู้ของร่างกายต้องทำงานเพื่อขจัดความเครียดนั้น มูลเหตุอาจเกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกาย หรือเกิดจากภาวะในร่างกายก็ได้ นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงสาเหตุของความเครียดไว้ดังนี้ เหตุการณ์ฉับพลัน ปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาทางสังคม ปัญหาทางการเงิน ปัญหาทางการงาน ปัญหาการเจ็บป่วย ความวิตกกังวล และการตั้งเป้าหมายของชีวิตไว้สูงเกินไป

### วิธีการแก้ไขและขจัดความเครียด

โดยปกติถ้าความเครียดเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวและสามารถทำความเครียดนั้นให้หายไปได้ การดำเนินชีวิตก็จะเป็นไปตามปกติ แต่ถ้าความเครียดเกิดขึ้นบ่อยๆ นานๆ และติดต่อกันไปเรื่อยๆ เมื่อไม่สามารถขจัดได้ ก็จะทำให้เกิดความแปรปรวนทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นมนุษย์จึงควรรู้จักวิธีการลดและขจัดความเครียด ซึ่งมีผู้เสนอไว้หลายวิธีดังนี้

วีระ ไชยศรีสุข (2533 : 186) เสนอวิธีขจัดความเครียดไว้ดังนี้

1. การนอนหลับเป็นวิถีธรรมชาติที่สุด ซึ่งทำให้ร่างกายทุกส่วนทำงานน้อยลงจึงเป็นการลดความเครียดได้ด้วย
2. วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ คือ การปล่อยกล้ามเนื้อไปตามธรรมชาติ และต่อมาเกร็งกล้ามเนื้อนั้น และปล่อยให้คลายตัว ในบริเวณกล้ามเนื้อขา กล้ามเนื้อแขน ข้อต่อบริเวณไหล่ และกล้ามเนื้อหน้า การฝึกการเกร็งกล้ามเนื้อเฉพาะแห่ง เพื่อกระตุ้นให้ประสาททำงานแรงและคลายตัว วิธีนี้สามารถขจัดโรคนอนไม่หลับ ลดความฝัน ลดขบวนการความคิดและอารมณ์ได้
3. การรู้จักใช้เวลาอย่างฉลาด ควรแบ่งเวลา 24 ชั่วโมง ออกเป็น 3 ส่วน ส่วนละ 8 ชั่วโมง 8 ชั่วโมงแรกหมายถึงการทำงาน 8 ชั่วโมงที่สองหมายถึงการนอนหลับ และ 8 ชั่วโมงที่สามหมายถึง การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก การรับประทานอาหาร การหาความสนุกเพลิดเพลิน ไม่พยายามหมกมุ่นหรือรับแรงกับการทำงานอย่างหนึ่งอย่างใดมากเกินไป

4. การพักผ่อนหย่อนใจและการออกกำลังกาย ผู้ที่ปฏิบัติอยู่เสมอจะรู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลิน เป็นการรักษาความสมดุลของอารมณ์ ทำให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียดได้มาก

5. หลีกเลี่ยงจากการวิจารณ์ผู้อื่น เพราะการวิจารณ์ไม่ว่าจริงหรือเท็จย่อมทำให้เกิดความเครียดขึ้นในตัวเองได้ คนที่ถูกวิจารณ์ก็ไม่พอใจ เขาจะต้องป้องกันและเข้าข้างตนเองเสมอ จึงอาจเกิดการทะเลาะวิวาทได้

เกศินี จุฑาวิจิตร (2537 : 44) เสนอแนะวิธีการลดความเครียดไว้ดังนี้

1. สุขภาพกายสมบูรณ์แข็งแรง เมื่อใดก็ตามที่ความเครียดเข้าเกาะกุม สุขภาพก็จะอ่อนแอ เจ็บป่วย จึงควรวางแผนเวลาว่างในแต่ละวันทำกิจกรรมที่เป็นการผ่อนคลายให้กับตัวเอง เช่น การเล่นกีฬา ปลูกต้นไม้ หรือทำงานอดิเรกต่างๆ เพื่อให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว และจิตใจเป็นสุข กิจกรรมนั้นเป็นกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตัวเอง ครอบครัว และสังคมก็จะยิ่งดีใหญ่

2. สร้างภูมิคุ้มกันภัย พยายามหลีกเลี่ยงของมีเมา และสิ่งเสพติด เช่น น้ำชา กาแฟ เหล้า หรือส่วนผสมที่มีแอลกอฮอล์และบุหรี่ เพราะสิ่งเหล่านี้มีผลต่อประสาทและสามารถที่จะทำให้ร่างกายดูดซึมวิตามินและเกลือแร่ได้น้อยลง

3. ไม่ใช้ยาโดยไม่จำเป็น เมื่อเกิดความเครียดจะทำให้รู้สึกกระวนกระวายใจ หงุดหงิด นอนไม่หลับ หลายคนต้องใช้ยานอนหลับ การพึ่งยานอนหลับ หรือยากล่อมประสาทเป็นประจำจะมีผลต่อระบบประสาทในภายหลัง การใช้ยาประเภทนี้ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด

4. ใช้วิธีธรรมชาติ ความเครียดเป็นเรื่องของจิตใจ บางครั้งจิตไม่หยุดนิ่ง คิดนั่นคิดนี่ก็ทำให้รู้สึกทุกข์ เกิดความเครียด บางครั้งเกิดจากร่างกายทำงานหนัก ทำซ้ำๆ ไม่มีเวลาพักผ่อนก็เกิดความเครียดได้ วิธีแก้ไขวิธีหนึ่งก็คือ การทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ ปล่อยวางกับเรื่องราวต่างๆ

5. นอนหลับให้เพียงพอ

จุฑาทิพย์ อุมะวชิณี (2538 : 67-70) ได้เสนอแนะขั้นตอนต่อไปนี้ จะช่วยให้ท่านมีชีวิตที่สมบูรณ์ สามารถควบคุมความเครียด ทำให้ท่านเข้มแข็งในการสร้างระบบภูมิคุ้มกันหรือแม้กระทั่งรูปร่างภาพพจน์ภายนอกของท่านเอง

1. จงทำให้ร่างกายแข็งแรง รู้จักออกกำลังกาย และนอนให้เพียงพอ ดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หลีกเลี่ยง สารคาเฟอีน นิโคติน แอลกอฮอล์หรือยาต่างๆ ที่จะมีผลกระทบต่อนภูมิคุ้มกัน และการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย

2. เรียนรู้วิธีพักผ่อน จงควบคุมความเครียด โดยการเล่นกีฬาหรือวิธีพักผ่อนต่างๆ หางานอดิเรกที่น่าสนใจทำในยามว่าง เรียนรู้เทคนิคในการทำสมาธิ โยคะ และการหายใจ เพื่อนำไปสู่ความสงบ และพักผ่อนอย่างแท้จริง

3. จงสร้างจินตนาการในสิ่งที่ท่านต้องการและมีความฝันทุกวัน ความคิดของท่านจะส่งผลต่อประสบการณ์และการกระทำ จงคิดในแง่ที่ดีต่อสิ่งต่างๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตท่าน รู้จักให้และรับความรัก และมิตรภาพ

4. หาเวลาที่จะอยู่คนเดียวบ้างในแต่ละวัน จงมีความริเริ่มในความสงบจากตัวท่านเอง หากท่านมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ทั้งหมดแล้วก็ตาม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การทำงาน หรือการปรับปรุงที่อยู่อาศัย สิ่งเหล่านี้จะมีคุณค่าเพียงเล็กน้อยเท่านั้น หากท่านมีอาจแสวงหาความสุขสงบได้จากภายใน และมีความสุขกลมกลืนในสิ่งต่างๆ ได้

5. ทำชีวิตให้ง่ายขึ้น ท่านไม่จำเป็นต้องรีบเร่งหรือผลักดันตนเองอย่างมาก เนื่องจากคนอื่น ๆ เขาทำกัน ท่านมีทางเลือก เราไม่จำเป็นต้องตกเป็นเหยื่อของสภาพแวดล้อมเสมอไป จงทำทุกอย่างให้ช้าลง

6. จงมีอารมณ์ขันบริหารจัดการอารมณ์ที่ไม่ดีออกไปและหัวเราะอย่างเต็มที่ในทุกวัน เพราะความขบขันเป็นตัวกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันได้อย่างดี อย่ามองโลกอย่างเคร่งเครียด ไม่ว่าต่อตัวท่านเองหรือชีวิต ท่านเสี่ยงหัวเราะเปรียบเสมือนน้ำทิพย์หล่อเลี้ยงชีวิต ช่วยให้ท่านได้รู้จักชีวิตที่รื่นรมย์และสมบูรณ์ได้ จงพยายาม ทำให้ทุกวันในชีวิตของท่านมีความสุขในด้านต่าง ๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์ และวิญญาณ โดยการนำเอาความสุขนั้นมาใช้ในชีวิตประจำวันของท่าน ท่านจะพบว่าผลที่ได้นั้นคุ้มค่าต่อการมีชีวิตอยู่ คือ อยู่อย่างมีความสุข และมีสุขภาพที่ดี

วิธีจัดการความเครียดของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันไป และจะประสบผลสำเร็จในการจัดการความเครียดมากน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับแหล่งสนับสนุนของบุคคลนั้นๆ ซึ่งมีทั้งที่เป็นแหล่งภายในบุคคลและแหล่งภายนอกบุคคล (Folkman, 1984 : 642) ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพและพลังงาน (Health and Energy) ในบุคคลที่เจ็บป่วยเหนื่อยหน่ายมักจะไม่มีความพลังงานพอที่จะใช้วิธีการจัดการกับความเครียดได้สำเร็จ ซึ่งต่างกับคนที่มีสุขภาพดีจะมีความแข็งแรงทนต่อปัญหาและภาวะความเครียดต่าง ๆ

2. ความเชื่อในทางบวก (Positive Beliefs) เป็นแหล่งทางจิตใจที่ทำให้คนมีความหวังและสามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายได้ โดยเชื่อในความสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์เหล่านั้นได้ ความหวังจะมีก็ต่อเมื่อคนเชื่อในผลที่ดี แต่ความเชื่อไม่ได้เป็นผลดีต่อการใช้วิธีการจัดการกับความเครียดเสมอไป เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับโชคชะตาที่เป็นความเชื่อในอำนาจนอกตน ทำให้บุคคลหมดหวังไม่สามารถปรับตัวได้ดี บุคคลที่เชื่อความสามารถของตนเองจะมีพฤติกรรมปรับตัวแตกต่างจากผู้ที่ไม่เชื่ออำนาจของตนเอง

3. ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem Solving Skills) เป็นความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะรวมความสามารถในการหาข้อมูล การวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อแยกแยะปัญหา ค้นหาการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงผลได้ผลเสียของการกระทำนั้น วิธีนี้จะเป็นการศึกษาพลังในตนเองที่ได้รับจากประสบการณ์การสะสมความรู้ความฉลาด และความสามารถในการควบคุมตนเอง

4. ทักษะในการติดต่อกับบุคคลอื่น ๆ (Social Skills) เป็นความสามารถของแต่ละบุคคลและเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการใช้วิธีการจัดการกับความเครียด เพราะจะบอกถึงความสามารถในการติดต่อกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะขอความร่วมมือ ทักษะในการติดต่อกับบุคคลอื่นจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น

5. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ได้รับข้อมูลและสิ่งของเป็นการเพิ่มแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในวิธีการจัดการกับความเครียด ซึ่งจะรวมถึงลักษณะทางวัฒนธรรมของสังคมและระบบเกื้อกูลของสังคม

6. แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ (Material Resources) ได้แก่ เงิน สิ่งของต่างๆ

จากข้างต้น ผู้วิจัยจึงสรุปวิธีการจัดการความเครียดควรปฏิบัติตนดังนี้

1. ยึดหลักศาสนา ซึ่งศาสนามีปรัชญาเช่นเดียวกัน คือต้องการให้ผู้ที่มีหน้าที่ประสบความสงบสุข ซึ่งช่วยบรรเทาความไม่สบายใจลงได้

2. ยึดหลักการใช้สันตนาการ เพื่อช่วยสร้างอารมณ์ให้ยิ้มแย้มแจ่มใส เช่น การใช้ดนตรีบำบัด การเล่นดนตรี จะเป็นวิธีการคลายความเครียดได้อย่างมาก เพราะในขณะที่เล่นนั้นจิตใจจดจ่อกับการสร้าง

เสี่ยงดนตรีให้ไพเราะได้ตามใจตนเอง เกิดความพึงพอใจ ปัจจุบันมีผู้นิยมใช้ดนตรีบำบัดโดยทั่วไป (ลักษณะศิริวัฒน์. 2544 : 172)

### 3. ยึดหลักการทำงานอดิเรก

4. ยึดหลักการนอนพักผ่อน การนอนหลับ เป็นความต้องการของร่างกายในการพักผ่อนและลดความตึงเครียดโดยการมีรูปแบบการนอนหลับที่เหมาะสมเพียงพอและไม่มีปัญหาในการนอน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจผลของความเจ็บป่วยจะมีผลต่อการนอนหลับ ทำให้ระยะเวลาการหลับสั้นลงและตื่นบ่อยขึ้น ผู้ป่วยมักมีอาการเลวลงระหว่างนอนหลับ คือ มีอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่นหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหอบเหนื่อย มีผลเสียต่อร่างกายและจิตใจโดยตรงทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิดโมโหง่าย กระวนกระวายเกิดความเครียดและวิตกกังวลมากขึ้น ภูมิคุ้มกันโรคและร่างกายอ่อนแอ ผู้ป่วยจึงควรจัดเวลาพักผ่อนและนอนหลับให้เพียงพอ และหารูปแบบการนอนหลับที่เหมาะสมของตนเอง ถ้ามีปัญหาในการนอนควรหาวิธีที่จะช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้นด้วยวิธีต่างๆ เช่น การฟังเพลงเบาๆ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การอ่านหนังสือที่ไม่เครียด

กล่าวโดยสรุป ความเครียดเป็นประสบการณ์ชีวิตของทุกคนแต่ความเครียดที่คุกคามอยู่นานจะมีผลเสียต่อสุขภาพ ดังนั้นจะต้องมีวิธีการลดความเครียดในสถานการณ์ต่างๆ ให้น้อยลง ควรมีการเตรียมสภาพจิตใจเพื่อเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดและหาวิธีการหยุดยั้งหรือหลีกเลี่ยงผลเสียต่อร่างกายจากภาวะเครียดต่าง ๆ สาเหตุความเครียดส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยมากกว่าสถานการณ์จริง เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ และพบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการความเครียดแบบใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล จนชักนำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกและเสียชีวิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรมีกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดความวิตกกังวลและหาวิธีหลีกเลี่ยงที่ทำให้เกิดความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ ควรมีกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียดประจำวัน ได้แก่ การทำงานอดิเรก การมีกิจกรรมสังสรรค์ การพักผ่อนนอนหลับ และการใช้หลักศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว

จากการศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ละคนจะแตกต่างกันออกไป การมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ทำให้มีความผิดปกติของหลอดเลือด (Atherosclerosis Lifestyle) ซึ่งมีสาเหตุสำคัญมาจากการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง โซเดียมสูง การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการมีความเครียดสูง สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษแบบแผนการดำเนินชีวิต ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ด้านการสูบบุหรี่ และด้านการจัดการความเครียดต่อไป

## องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

มุมมองด้านสุขภาวะและสุขภาพในปัจจุบัน ( Edward P. Safarino. 1997 : 15-19 )

มุมมองใหม่นี้มีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกันระหว่างปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านจิตวิทยา และปัจจัยด้านสังคม ดังนั้นจึงอาจรวมเรียกว่า แบบแผนชีว – จิตวิทยาสังคม

### บทบาทของปัจจัยด้านชีววิทยา

ปัจจัยด้านชีววิทยา หมายถึงถึง สารทางพันธุกรรม และกระบวนการที่เราได้รับจากการถ่ายทอดสารทางพันธุกรรม จากพ่อ แม่ และรวมถึงโครงสร้างทางสรีระของคน ๆ นั้น เช่น ร่างกาย รวมถึง เพศ อายุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพ ดังนั้น การทำงานของร่างกายที่มีประสิทธิภาพ และมีสุขภาพที่ดีนั้น มีส่วนที่สำคัญจากปัจจัยข้างต้นเป็นองค์ประกอบ

### บทบาทของปัจจัยด้านจิตวิทยา

เมื่อพูดถึงบทบาทของแบบแผนการดำเนินชีวิตและบุคลิกภาพ ด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยนั้น ปัจจัยด้านจิตวิทยาเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับ การรับรู้ อารมณ์ และแรงจูงใจต่าง ๆ

การรับรู้ เป็นกิจกรรมของจิตใจที่รวมการเรียนรู้ ความจำ ความคิด การแปลผล และการแก้ปัญหา อารมณ์ เป็นความรู้สึกที่มีผลต่อความคิด พฤติกรรม และสรีรวิทยา นอกจากนี้อารมณ์ ยังหมายถึง เจตคติ ความพึงพอใจ

แรงจูงใจ เป็นส่วนหนึ่งที่พยายามจะอธิบายว่าทำไม คนจึงมีพฤติกรรมที่เป็นอยู่ คนที่มีแรงจูงใจที่ดีด้านสุขภาพก็จะออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่เหมาะสม

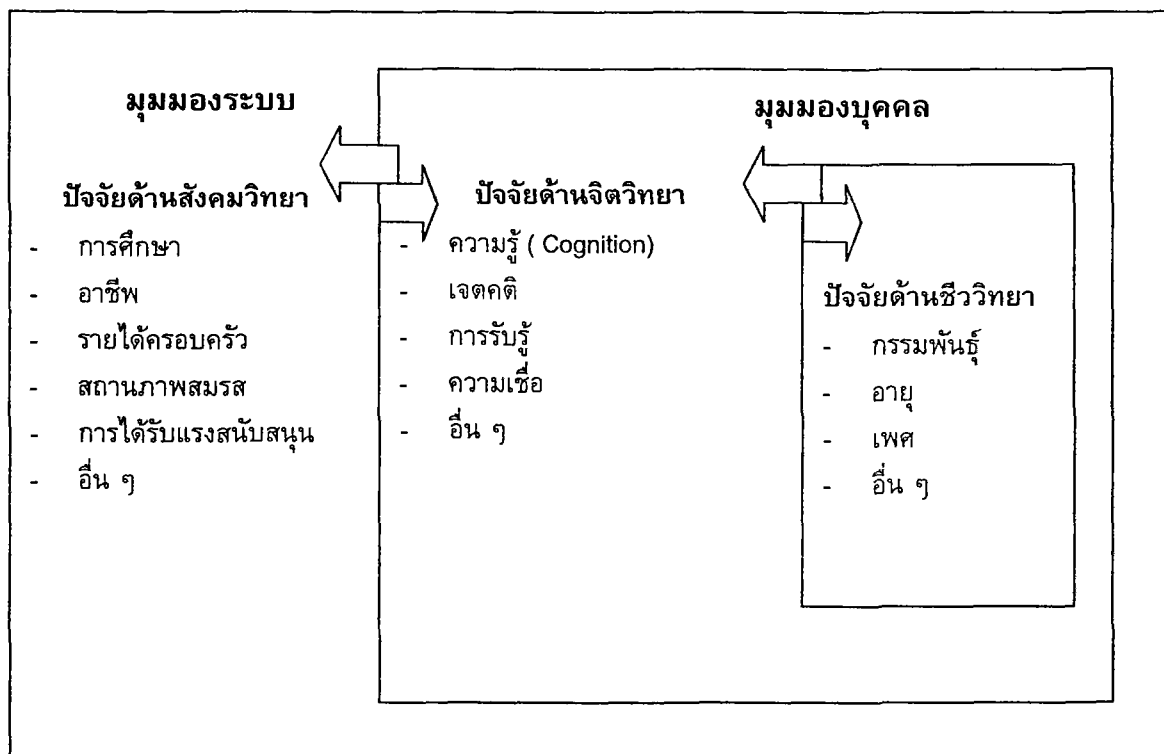
### บทบาทของปัจจัยด้านสังคม

มนุษย์อยู่ในโลกแห่งสังคม มีความสัมพันธ์และมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งมีผลทางอ้อมต่อสุขภาพ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และสื่อต่าง ๆ ทั้งสื่อบุคคล และสื่อทางเทคโนโลยี นอกจากนั้น ปัจจัยพื้นฐานทางสังคม ยังมีผลต่อสุขภาพเช่นเดียวกัน เช่น การศึกษา รายได้ และอื่น ๆ

ดังนั้นมุมมองด้านสุขภาพ จึงมองเป็นระบบหรืออาจเรียกว่าองค์รวม ซึ่งหมายถึง การมองให้ครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตวิทยา และปัจจัยด้านสังคม ดังภาพประกอบ 8 (Edward P. Safarino. 1997 : 15-19)

โดยอิทธิพลขององค์ประกอบที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors)
2. ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological Factors)
3. ปัจจัยด้านสังคม (Sociological Factors)



ภาพประกอบ 8 แสดงองค์ประกอบที่มีผลให้เกิดสุขภาพสมบูรณ์

องค์ประกอบด้านชีววิทยา นั้นในด้านเพศ อายุ ระยะเวลาของการเป็นโรค ประวัติครอบครัว ได้อธิบายแสดงข้างต้น จึงขอกล่าวถึงบุคลิกภาพดังนี้

#### บุคลิกภาพ

บุคลิกภาพ มีรากศัพท์ มาจากภาษากรีก คือ Persona (ลักษณะ ศิริวัฒน์. 2544 : 131) ซึ่งแปลว่าหน้ากาก เพราะการแสดงละครตามบทต่างๆ ของชาวกรีกโบราณจะใช้หน้ากากสวมให้เหมาะสมกับตัวละคร สำหรับความหมายของบุคลิกภาพมีคนให้ความหมายไว้มากมาย ทั้งไทยและต่างประเทศดังนี้

กันยา สุวรรณแสง (2536 : 152) บุคลิกภาพ หมายถึงลักษณะที่บุคคลจะประพฤติเมื่อเขาต้องการมีการปรับตัวให้เข้ากับสังคม การคิดและการประพฤติดังกล่าวนี้นับว่าได้รับอิทธิพลมาจากสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้ ลักษณะเฉพาะค่านิยม แรงจูงใจ พันธุกรรม เจตคติ อารมณ์ ความสามารถ ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง ความเฉลียวฉลาดและการกล้าแสดงออก

เขมวดี กันธีรานนท์ (2544 : 26) ลักษณะนิสัยแต่ละบุคคลที่คิดและแสดงออกมาเพื่อการโต้ตอบสิ่งเร้าต่างๆ ซึ่งการแสดงออกนี้มีความแตกต่างกันและสามารถสังเกตได้

ฉันทนิช อัสวานนท์ (2544 : 59) บุคลิกภาพ หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่หล่อหลอมให้เป็นและอยู่ในคนคนนั้นไม่ว่าจะเป็นจุดเด่นหรือจุดด้อยก็ตาม ซึ่งทำให้แตกต่างจากบุคคลอื่นๆ จนกระทั่งไม่เหมือนกับใครในโลก

ลักษณะ ศิริวัฒน์ (2544 : 28) บุคลิกภาพ หมายถึง ส่วนต่างๆ ของบุคคลที่รวมกันแล้วทำให้บุคคลนั้นแตกต่างจากบุคคลอื่นๆ ส่วนต่างๆ เหล่านั้นได้แก่ อุปนิสัย นิสัยใจคอ ความสนใจ เจตคติ วิธีปรับตัว และโครงสร้างทางร่างกาย ซึ่งส่วนต่างๆ เหล่านี้จัดเป็นลักษณะที่สำคัญของแต่ละบุคคล

สถิต วงษ์สวรรค์ (2544 : 112) บุคลิกภาพ หมายถึง ลักษณะโดยรวมของแต่ละบุคคลทั้งลักษณะภายนอกและภายใน และปัจจัยต่างๆ อันมีอิทธิพลต่อผู้พบเห็น

สิริฉาย ประทีปฉาย (2533 : 12) บุคลิกภาพ หมายถึง ลักษณะโดยรวมของแต่ละบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อผู้พบเห็น โดยลักษณะโดยรวมของบุคลิกภาพ ได้แก่ กริยา ท่าทาง ปฏิกริยา เมื่อเกิดอารมณ์ ความสามารถ แรงจูงใจ และความนับถือตนเอง

อนาสตาเซีย (Anastasia. 1986 : 226 ) บุคลิกภาพ หมายถึง บุคลิกภาพของบุคคลเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างพันธุกรรมกับสิ่งแวดล้อมพันธุกรรมเดียวกัน แต่อยู่ในสภาพแวดล้อมต่างกัน อาจก่อให้เกิดบุคลิกภาพต่างกันหรือแม้แตสภาพแวดล้อม และพันธุกรรมเดียวกันอาจทำให้บุคลิกต่างกันได้

กูด (Good. 1973 ; อ้างอิงจาก ลักษณะ ศิริวัฒน์. 2544 : 28) บุคลิกภาพ หมายถึง ผลรวมของพันธุกรรมและประสบการณ์ทั้งหมดของบุคคล

มอริส (Morris. 1979 ; อ้างอิงจาก ลักษณะ ศิริวัฒน์. 2544 : 28) บุคลิกภาพ หมายถึง รูปลักษณะต่างๆ ประจำตัวบุคคลที่เกี่ยวกับพฤติกรรม อารมณ์ แรงจูงใจ ความคิดและเจตคติ

แซลมอนด์ (Salmond. 1981 ; อ้างอิงจาก ลักษณะ ศิริวัฒน์. 2544 : 28) บุคลิกภาพหมายถึง ลักษณะทางจิตวิทยา เฉพาะตัวบุคคลแต่ละคน ซึ่งจะแสดงออกให้เห็นทางด้านพฤติกรรมและความคิด

จากข้างต้นผู้วิจัยสรุปความหมายของบุคลิกภาพได้ว่า เป็นผลรวมและคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลเข้าด้วยกัน แล้วเป็นผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมการแสดงออกของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน

### **บุคลิกภาพกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน**

บุคลิกภาพกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีผู้ศึกษาวิจัยดังนี้

เทอเนอร์ (Turner.J. 1989 : 256 ) กล่าวว่าบุคลิกภาพแบบ A เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและความดันโลหิตสูง โดยพบว่าบุคลิกภาพแบบ A มีลักษณะก้าวร้าวทะเยอทะยาน เข้มงวด ขยันขันแข็ง เอาจริงเอางัง รีบร้อน ไม่โง่งาย จะพบสารแคททีโคลามีนในเลือดสูงซึ่งทำให้ความดันโลหิตสูง

เฟรดแมนและโรเซนแมน (Friedman and Rosenman. 1983 : 37 - 38) กล่าวว่า บุคลิกภาพแบบ A เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีความเครียดสูง ซึ่งตรงกันข้ามกับแบบ B ทำให้แบบ A มีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูง

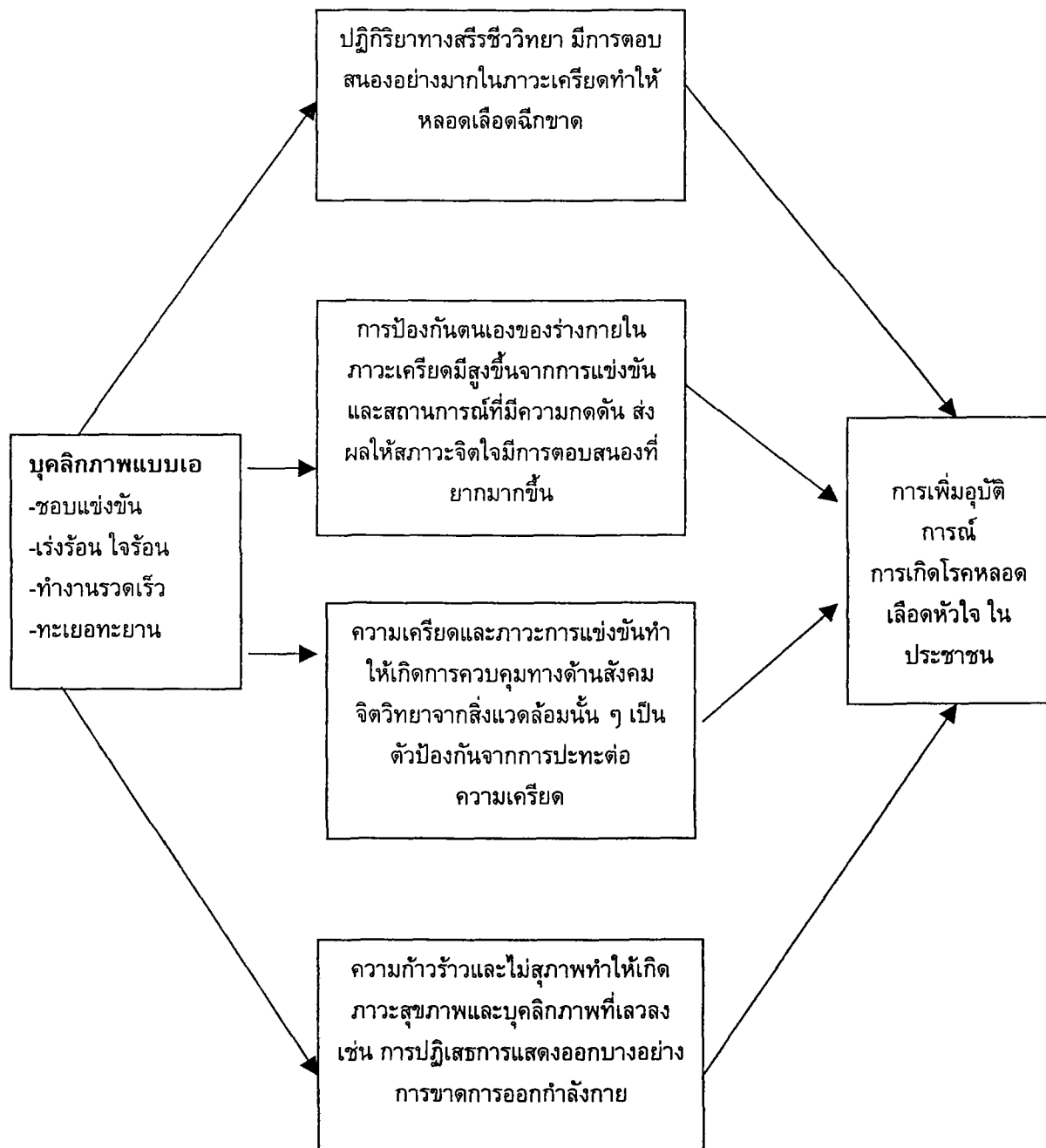
เทพวัลย์ สุชาติ (2530 : 123) กล่าวว่าบุคลิกภาพแบบ A มีความสัมพันธ์ กับความเครียด

### ประเภทของบุคลิกภาพ (Personality type)

จอห์น ได้แบ่งบุคลิกภาพของบุคคลเป็น 3 แบบ คือ บุคลิกภาพแบบเอ จะเป็น ผู้ที่เอาจริงเอาจัง มีความทะเยอทะยานชอบแข่งขัน เอาชนะ หมกมุ่นกับการทำงานให้เสร็จทันเวลา มีความมั่นใจในตนเองสูง แบบบี เป็นบุคลิกภาพที่ตรงข้ามแบบเอ โดยสิ้นเชิง แบบซี เรียกกันว่าเป็นผู้เดินสายกลาง เป็นผู้ที่เอาจริงเอาจังและมั่นใจในตนเองพอควร รู้จักแบ่งเวลาในการทำงาน ซึ่งบุคลิกภาพทั้ง 3 แบบ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าบุคลิกภาพแบบเอ มีโอกาสเกิดโรคมามากกว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบบี 4 เท่า และมากกว่าแบบซี 2 เท่า (John. 1986 ; อ้างอิงจาก จริยา ตันติธรรม. 2536)

จากการศึกษา ของ Friedman and Rosenman (1976 : 198) ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพแบบเอ กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมากจนไม่อาจแบ่งแยกได้ และได้แสดงออกมาเป็นกลไกความสัมพันธ์ เพื่อวินิจฉัยปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจากบุคลิกภาพแบบเอ แบบแผนพฤติกรรมของบุคลิกภาพแบบเอ มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับไตรกลีเซอไรด์ และเบต้าไลโปโปรตีน นอกจากนี้ยังมีผลต่อระดับการเพิ่มของอินซูลินในกระแสเลือด และยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือดแดงภายหลังการรับประทานอาหารไขมันที่ต่ำลง และยังทำให้ระดับฮอร์โมน Growth Hormon ในกระแสเลือดมีความเข้มข้นลดลง และมีการเพิ่มของระดับ ACTH นอกจากนี้ยังเพิ่มระดับความดันโลหิตให้สูงขึ้นจึงส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

นอกจากนั้น Smith and Christensen. (1992 :18) ได้อธิบายถึงกลไกของความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพแบบเอ กับโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังภาพประกอบ 9 ( Smith and Christensen. 1992 :18 )



ภาพประกอบ 9 แสดงกลไกของความสัมพันธ์ระหว่าง บุคลิกภาพแบบเอ กับโรคหลอดเลือดหัวใจ

## องค์ประกอบด้านจิตวิทยา

### แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

#### ความรู้ (Knowledge)

ความรู้ (Knowledge) ตามพจนานุกรมฉบับที่เพิ่มคำศัพท์ปรับปรุงใหม่ของ เว็บสเตอร์ (Webster. 1987 : 531) ได้ให้ความหมายว่า “ความรู้” เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ความจริงและโครงสร้างที่เกิดขึ้นจากการศึกษาหรือค้นคว้าหรือเป็นความรู้เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของ หรือบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์หรือจากรายงานการรับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ต้องชัดเจน และต้องอาศัยเวลา

บลูม (Bloom. 1996 : 271) ได้กล่าวถึงความรู้ว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะเรื่อง หรือเรื่องทั่วไป ระลึกถึงวิธี กระบวนการ หรือสถานการณ์ต่างๆ โดยที่วัตถุประสงค์ของความรู้นั้นย้าในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการเชื่อมโยงจัดระบบใหม่

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537 : 16) ได้เสนอว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนเพียงแต่จำแนกได้ อาจจะโดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยินก็จำได้ ความรู้ในขั้นนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎโครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา และมาตรฐาน เป็นต้น

จากความหมายที่เกี่ยวกับความรู้ดังกล่าวข้างต้นนั้น พอจะสรุปได้ว่า ความรู้ คือ รายละเอียดข้อเท็จจริงต่างๆ ที่มนุษย์รับรู้และรวบรวมจากประสบการณ์จนเกิดความรู้ ความเข้าใจ จำได้ สามารถนำไปวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินผลได้ สามารถนำไปปฏิบัติได้ ดังนั้นความรู้จึงเป็นแนวทางอย่างหนึ่งของบุคคลในการที่จะนำไปใช้สำหรับการปฏิบัติหรือควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

สำหรับการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ ความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง รายละเอียดเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ซึ่งความรู้จากเรื่องดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ทั้งทางตรง และจะมีการจำ เข้าใจ สามารถนำไปใช้วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินผล ขึ้นอยู่กับความสามารถและทักษะทางสติปัญญาของแต่ละบุคคล

#### การรับรู้สภาวะสุขภาพ

##### แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

การรับรู้ (Perception) ตามความหมายในพจนานุกรมของ เว็บสเตอร์ (Webster's New World Dictionary. 1988 : 1002 ; อ้างอิงจาก ชัชวาล พฤษานนท์. 2541 : 67) หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจ ซึ่งอาจเป็นความนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงเป็นแนวคิดหรือความประทับใจที่รวมทั้งเป็นการแสดงออกถึงความสามารถของสมองที่จะแปลความหมาย หรือความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุสิ่งของต่างๆ

ในทางทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ถือว่า การรับรู้เป็นสภาพจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาสังคมและพฤติกรรม ซึ่งนักจิตวิทยาท่านอื่นๆ กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นสภาพทางจิตวิทยาที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลเป็นความเอาใจใส่ของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆที่เกิดขึ้นภายในสิ่งแวดล้อมเป็นพื้นฐานที่จะนำข้อมูลต่างๆ ถูกป้อนเข้าสู่ระบบความคิดแล้ว บุคคลจะเลือกจัดระบบข้อมูลและมีกระบวนการ

การจัดจำและการแปลความหมายของข้อมูลเกิดขึ้น โดยอาศัยคุณสมบัติภายในตัวบุคคลเป็นตัวกลางในการกลั่นกรอง การแปลความหมายนั้น ซึ่งจะทำให้บุคคลตัดสินใจและประเมินคุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการดังกล่าว และมีพฤติกรรมแสดงออกตามคุณค่าที่ตัวเองตัดสินใจ ผลจากการแสดงออกนี้จะเป็นข้อมูลป้อนกลับ (Feed back) สู่กระบวนการรับรู้ต่อไปนั่นคือ กระบวนการรับรู้ของบุคคลเป็นกระบวนการของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่บุคคลเอาใจใส่อย่างไม่หยุดนิ่ง สัมพันธ์กับความต่อเนื่องของเวลาและเหตุการณ์ต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมนอกตัวบุคคล ด้วยเหตุนี้การรับรู้ของแต่ละบุคคลจึงเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่างๆ ซึ่งสามารถวัดการรับรู้ได้จากการให้บุคคลเลือกลักษณะที่คิดว่าเป็นความจริง หรือสอดคล้องสำหรับสิ่งที่ถูกรับรู้ ตามความคิดของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ได้แก่ ประสบการณ์เดิม ซึ่งจะช่วยในการตีความหมายจากการสัมผัส ความต้องการและความสนใจในขณะนี้ ตลอดจนสภาพแวดล้อมและลักษณะที่มาเร้า ซึ่งในสภาพแวดล้อมที่ดียอมทำให้จิตใจแจ่มใสกระชุ่มกระชวย ทำให้สติปัญญาดีขึ้นนั่นคือ การที่บุคคลจะสามารถรับรู้และแสดงการรับรู้ออกมาได้อย่างดีจะต้องอาศัยสิ่งเร้า การสัมผัสต่างๆ บทพร้อง หรือขาดสิ่งหนึ่งสิ่งใดไป เช่น หู ตา จมูก ลิ้น ผิวหนัง เป็นต้น ก็จะทำให้การรับรู้นั้นขาดความสมบูรณ์ไปได้ (สุชา จันทรเฒ. 2539 : 132) นอกจากนี้ได้สรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ไว้ 2 ประเภท คือ ปัจจัยภายใน คุณสมบัติภายในของผู้รับรู้ เช่น ความต้องการคุณค่า ความสนใจและประสบการณ์เดิม อีกอย่างหนึ่งได้แก่ปัจจัยสังคมภายนอก ความยึดมั่น ความเชื่อถือ คำบอกเล่า คำแนะนำ ซึ่งจะทำให้การรับรู้ของบุคคลต่อเรื่องราวเหตุการณ์ ความยึดมั่น ความเชื่อมั่นต่างกัน

### การรับรู้สภาวะสุขภาพ

การรับรู้สภาวะสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกต่อสภาพการทำงานของสุขภาพร่างกายและจิตใจโดยรวม แล้วเปรียบเทียบกับความรู้และประสบการณ์เดิมในการใช้ความหมายต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง แล้วจึงตัดสินใจตีความว่า สภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นอย่างไร กล่าวคือ บางคนอาจมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อยและไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของตนเอง ดังนั้นตามการรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ความเจ็บป่วยเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการและความเจริญเติบโตของตน ในขณะที่บางคนอาจรู้สึกถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ทำให้เขาต้องเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาก็คือ ความกลัว ความท้อแท้ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันนี้ จะมีอิทธิพลต่อกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน (ชัชวาล นฤพันธ์จิรกุล. 2541 : 69)

ซอนยา และคณะ (Sonja. et al. 1981 : 223) กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเองนั้น ไม่ได้หมายความว่าเขาไม่มีโรค หรืออาการจากความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับเขา แม้ในขณะที่บุคคลมีความเจ็บป่วย เขาก็อาจประเมินสภาวะสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ดีได้หากเขามีการรับรู้ที่ โดยทั่วไปความหมายของสภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของบุคคลส่วนใหญ่แล้ว มักจะหมายถึงความสามารถด้านร่างกายของบุคคลในการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามบทบาทเฉพาะความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living) จะเห็นได้ว่า นอกจากประสบการณ์ของความเจ็บป่วย และการให้คำนิยามของการมีสุขภาพดี จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพของตนเองแตกต่างกันแล้ว ผลของการรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพที่ดีและไม่ดีในตัวบุคคลยังก่อให้เกิดความรู้สึก ตลอดจนพฤติกรรมที่แสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพอีกด้วย

### การประเมินการรับรู้สภาวะสุขภาพ

เนื่องจากการรับรู้สภาวะสุขภาพของบุคคลมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมในการดำรงไว้ซึ่งภาวะที่ดี จึงได้มีการศึกษาถึงแนวทางหรือวิธีการในการประเมินสภาวะสุขภาพไว้ในทัศนะต่างๆ มากมาย แนวทางหนึ่งที่ได้รับการสนใจอย่างมากคือ การประเมินสภาวะสุขภาพด้วยตนเอง (Self Assessment) ดังนั้นในการศึกษาเพื่อพัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาจึงได้มีการเสนอเกี่ยวกับการประเมินสภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ซึ่ง บรูค และคณะ (Brook, et al. 1976 ; อ้างอิงจาก พรทิพา ศุภราศรี. 2538 : 35) ได้พัฒนาเป็นแบบวัดการรับรู้สภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) ประกอบไปด้วยประเด็นในการวัด 6 ด้านคือ

1. การรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพในอดีต (Prior Health) เป็นการประเมินความรู้สึก ความคิด เห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับปัจจัยด้านความเชื่อ เจตคติ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา

2. การรับรู้สภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current Health) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองที่ชัดเจน และครบถ้วนในแต่ละวันหรืออาจจะบ่อยครั้งกว่านั้นก็ได้ ด้วยความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพดี หรือเจ็บป่วย การประเมินของแต่ละบุคคล เป็นความคิดของบุคคลที่จะให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ซึ่งการรับรู้สภาวะสุขภาพในปัจจุบันของแต่ละบุคคลแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ การรับรู้สภาวะสุขภาพในอดีต การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของตนจากแพทย์พยาบาล หรือบุคคลอื่นๆ อาการทางกายที่ปรากฏ เป็นต้น

3. การรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพในอนาคต (Health Outlook) เมื่อบุคคลเจ็บป่วยความเจ็บป่วยของตนเองจะส่งผลต่อการทำงานหรือความพิการของร่างกาย บุคคลสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลถึงความหวังหรือความหมดหวังของบุคคลนั้นได้ ถ้าบุคคลนั้นรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพในอนาคตของตนเองโดยมีความหวัง จะทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจ มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลนั้นมีความหวังน้อยหรือหมดหวัง บุคคลจะรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพในอนาคตในทางลบ การรับรู้สภาวะสุขภาพในอนาคตนี้ได้รับอิทธิพลจากการรับรู้สภาวะสุขภาพในอดีตและปัจจุบันด้วยเช่นกัน

4. การรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Resistance/Susceptibility of illness) เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่าร่างกายสามารถต้านทาน หรือเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเกิดโรคซ้ำได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลและสามารถปรับเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์

5. ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Worry and Concern) เป็นการประเมินถึงความวิตกกังวล การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของตนเองเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ว่าอาจทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย หรือทำให้กระทบกระเทือนต่อฐานะและบทบาททางสังคมของตนเอง และความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ การตระหนักถึงสภาวะสุขภาพของตนเองจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่จะควบคุมโรค และป้องกันการพิการได้

6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Sickness-Oriented) เป็นการประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของบุคคลว่าจะต้องประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกันไป เป็นประสบการณ์ตลอดช่วงชีวิตมนุษย์ และการที่บุคคลยอมรับว่าตนเองมีความเจ็บป่วยและเรียนรู้ทำความเข้าใจถึงขั้นตอนการดำเนินโรค แนวโน้มการเกิดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้บุคคลนั้นมีการเตรียมพร้อมในการปรับตัวและแก้ไขปัญหา มีการแสวงหาความช่วยเหลือการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง

นอกจากนี้การรับรู้สภาวะสุขภาพยังเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่จะโน้มน้าว กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบเอาใจใส่ในการปฏิบัติดูแลตนเอง เพื่อที่จะให้มีสุขภาพดีขึ้นอีกด้วยกล่าวคือ การรับรู้สภาวะสุขภาพในทางลบ ก่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่า สภาวะสุขภาพของตนเองถูกคุกคาม เกิดความเครียด วิตกกังวล และถ้าระดับความวิตกกังวลมีมากเกินไป ก็จะส่งผลถึงความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ หรือตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ / ควรกระทำ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นก็อาจผิดพลาดไป ส่วนผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะสุขภาพในทางบวก จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจหรือเกิดความรู้สึกเครียดในระดับที่เหมาะสม ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทศนคติ เกิดแรงกระตุ้น แรงจูงใจในการพัฒนาและปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองที่ดี อีกทั้งยังส่งผลเกี่ยวข้องกับความถี่และการเพิ่มความจริงจังของพฤติกรรมดูแลตนเองอีกด้วย (Pener. 1987 : 64)

### เจตคติต่อสภาวะสุขภาพ

เจตคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์และอื่นๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด เจตคติเป็นนามธรรม และเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ แต่เจตคติไม่ใช่แรงจูงใจและแรงขับ หากแต่เป็นสภาพแห่งความพร้อมที่จะโต้ตอบ และแสดงให้เห็นถึงแนวทางของการสนองตอบของบุคคลต่อสิ่งเร้า (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2537 : 224-226) มีผู้ที่ทำการศึกษาและให้ความหมายของเจตคติไว้หลายกลุ่ม ได้แก่

แอล แอล เทอร์สโตน (L.L Turstone. 1946 : 236) กล่าวว่า เจตคติเป็นระดับของความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกและลบต่อสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นอะไรก็ได้หลายอย่าง เป็นต้นว่า สิ่งของ บุคคล บทความ องค์การ ความคิด ฯลฯ ความรู้สึกเหล่านี้ผู้รู้สึกสามารถบอกความแตกต่างว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

มิลตัน โรคิช (Milton Rokeach. 1970 : 128) กล่าวว่า เจตคติเป็นการผสมผสาน หรือการจัดระเบียบของความเชื่อที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ

โดยสรุปแล้ว เจตคติเป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมจะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก จากคำจำกัดความนี้ สามารถแยกองค์ประกอบของเจตคติเป็น 3 องค์ประกอบ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2537 : 224 – 226) คือ

1. องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Component) ได้แก่ ความคิด ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มนุษย์ใช้ในการคิด ความคิดนี้อาจอยู่ในรูปใดรูปหนึ่งแตกต่างกันตามความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งนั้นๆ ของบุคคล
2. องค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึก (Affective Component) เป็นส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งจะเป็นตัวเร้า “ความคิด” อีกต่อหนึ่ง ถ้าบุคคลมีภาวะความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีขณะที่คิดถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แสดงว่า บุคคลนี้มีความรู้สึกในด้านบวกหรือมีความรู้สึกในด้านลบ ตามลำดับต่อสิ่งนั้น
3. องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ (Behavioral Component) องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มในทางปฏิบัติหรือถ้าสิ่งเร้าที่เหมาะสมจะเกิดการปฏิบัติหรือมีปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง

กรีน และ กรูเธอร์ (Green and Kruter. 1991 : 158 ; อ้างอิงจาก พรสุข หุ่นจันทร์. 2545 : 97-98) กล่าวว่า แนวคิดหลักเกี่ยวกับเจตคติ มี 2 ประการ คือ

1. เจตคติเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ ก่อนข้างคงที่
2. โครงสร้างเฉพาะของเจตคติคือการประเมินสิ่งต่างๆ ใน 2 มิติ คือ ดีและไม่ดี

ดังนั้น เจตคติจึงเป็นอีกตัวแปรหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยถ้ามีความคิด ความเข้าใจ มีความรู้สึกที่ดี หรือมีความคิดรวบยอด ในแนวทางบวกต่อพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพแล้ว ก็มีแนวโน้มว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ตนคิดว่าดีนั้นได้ดี ในทางตรงกันข้าม หากมีความรู้สึกที่ไม่ดี มีความคิดรวบยอดในทางลบต่อสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว ก็อาจจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

#### ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและพฤติกรรม

ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและพฤติกรรมยังไม่ได้มีการพิสูจน์ว่าเป็นเรื่องง่าย การคาดหมายว่า ประชาชนผู้มีเจตคติเกี่ยวกับสุขภาพและวิถีชีวิตทางสุขภาพด้านบวก จะทำตัวห่างไกลจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องทางสุขภาพ เช่น กินมากเกินไป ดื่มเหล้ามากเกินไป หรือมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย จากการศึกษเจตคติเกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้าน เช่น ตรวจสุขภาพ ช่องปากเป็นประจำหรือรับประทานวิตามินเสริม ไม่มีความเกี่ยวข้องหรือไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรค

ถ้าการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่แตกต่างกันได้ถูกกำหนดโดยเจตคติทางสุขภาพเหมือนกันควรมีความสัมพันธ์อย่างแข็งแกร่งระหว่างการปฏิบัติตนทางสุขภาพเหล่านั้น เช่นผู้ออกกำลังกายควรใช้เข็มขัดนิรภัย ไม่ดื่มเหล้าและไม่สูบบุหรี่ แต่มีข้อยกเว้นบ้าง ผู้ที่สูบบุหรี่บางคนอาจดื่มเหล้า

การชักชวนให้ประชาชนรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำจะไม่มีประสิทธิภาพ ถ้าชี้จุดว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง และหรือระดับโคเลสเตอรอลสูงจะทำให้หัวใจแย่

การมีอิทธิพลต่อการกินของคนอาจได้รับการโต้แย้งว่า การเปลี่ยนแปลงวิธีการกินของใครโดยเฉพาะ เช่น กินเนื้อที่มีไขมันน้อยหรือกินเนื้อแดงน้อย จะมีผลกระทบด้านบวกต่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือด และการลดระดับโคเลสเตอรอล ควรลดความเสี่ยงในการพัฒนาโรคหัวใจ

#### องค์ประกอบด้านสังคมวิทยา

ประกอบไปด้วย ปัจจัยที่ผู้วิจัยศึกษาในประเด็น ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส ซึ่งจะกล่าวในรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยขอเสนอการสนับสนุนทางสังคม มีดังนี้

#### การสนับสนุนทางสังคม

ตั้งแต่ ปีค.ศ. 1970 เป็นต้นมา ความสนใจในแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก ในแง่ของการที่มีผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ โคเฮนและซิม (Cohen and Syme. 1995 : 4 - 5) กล่าวว่า ความสนใจที่เพิ่มขึ้นนี้อาจเนื่องมาจาก

ประการแรก เป็นไปได้ที่การสนับสนุนทางสังคมมีส่วนสำคัญในสาเหตุของโรคและความเจ็บป่วย เนื่องจากปัจจุบันสาเหตุของโรคเป็นสิ่งที่เข้าใจยากเนื่องจากเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ มะเร็ง ความเจ็บป่วยทางจิต และโรคติดต่อ ซึ่งแปรผันตามความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ

ประการที่สอง การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในโปรแกรมการรักษาและฟื้นฟูหลังเกิดการเจ็บป่วย เนื่องจากความต้องการให้ผู้ป่วยหยุดทำพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและให้เริ่มทำพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยมีแนวคิดว่า การสนับสนุนโดยความสัมพันธ์ทางสังคมจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ถูกต้อง

ประการที่สาม แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเป็นการรวบรวมสรุปปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา ในหลายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรค เนื่องจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมสามารถผสมผสานเพื่อใช้ในการอธิบายข้อค้นพบที่เคยมีทางสังคมวิทยา ดังนั้นแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นโมเดลที่เหมาะสมสำหรับการค้นหาปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ

ความหมายและประเภทของการสนับสนุนทางสังคมมีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกันมากมาย เช่น เฟลลิน (Perrin, 1981 : 356 –357) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ในการที่เป็นกันชน (Mediating Resorce) ใ้บุคคลเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตโดยมีผลทำให้ความเครียดลดลง

#### ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ

ผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพสามารถสรุปได้เป็น 2 รูปแบบคือ ผลโดยตรงต่อสุขภาพและผลโดยอ้อม โดยเป็นตัวกลางในการลดผลกระทบของความเครียดที่มีต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกาย

##### ผลโดยตรงของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ซึ่งจะส่งผลต่อระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันโรค ให้ทำงานดีขึ้นหรืออาจส่งผลให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี เช่น การศึกษาของ Berkman and Syme (1979 : 94) พบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยมีอัตราป่วยและตายมากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนมาก และพบว่าเพื่อนที่ใกล้ชิดเป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลไปตรวจสุขภาพประจำปีและไปปรับภูมิคุ้มกันโรค เช่นเดียวกันกับ Langlie (1977 : 93) พบว่าผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อกับเพื่อนบ้านมากจะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อกับเพื่อนบ้านน้อยกว่า

##### ผลโดยอ้อมของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิตโดยการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นตัวช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อคนเรารู้สึกว่าช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ รู้สึกว่าด้อยคุณค่า ภาวะเช่นนี้ไปรบกวนสมดุลย์ของระบบประสาท ต่อมไร้ท่อและภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรค การสนับสนุนทางสังคมช่วยในการต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น การได้รับการสนับสนุนเกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารการประเมินพฤติกรรม การสนับสนุนด้านอารมณ์ทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคุณค่าทำให้ภาวะวิกฤตนั้นลดความรุนแรงลง เช่น การศึกษาของวราภรณ์ นาครัตน์ (2533 : ก) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหัวใจ และพบว่าผลของความเครียดต่อโรคความดัน

โลหิตสูงและโรคหัวใจซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจสูงกว่า

### การสนับสนุนของครอบครัว

ความสนใจในบทบาทของครอบครัวกับการดูแลสุขภาพ เริ่มได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากครอบครัวเป็นที่อาศัยของมนุษย์ มีหน้าที่สำคัญคือ การปกป้องเลี้ยงดู ให้การศึกษาแก่สมาชิกในครอบครัว ครอบครัวเป็นสายใยแห่งความเชื่อมั่น ความคาดหวัง บรรทัดฐานในการเลือก การวิเคราะห์ปัญหา และการแก้ไขปัญหาซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของครอบครัว เช่นเดียวกับด้านสุขภาพอนามัย ครอบครัวเป็นที่รวมของแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพความเจ็บป่วย การดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ครอบครัวจึงเป็นระบบสังคมย่อยที่มีศักยภาพสูงในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะกรณีของโรคเรื้อรังนับว่าเป็นภาระความรับผิดชอบที่ต้องดูแลโดยตรงของครอบครัว ตามระยะต่างๆ ดังนี้

ระยะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคของครอบครัว (Family Health Promotion and Risk Prevention ) หมายถึง ความเชื่อและกิจกรรมภายในครอบครัวที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัว โดยหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและส่งเสริมกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย การงดการสูบบุหรี่ ขณะเดียวกันครอบครัวก็ไม่ได้โดดเดี่ยวจากระบบการดูแลสุขภาพและสังคมทำให้การดำเนินชีวิตของคนในครอบครัวถูกกระทบโดยอิทธิพลของบุคลากรวิชาชีพ สื่อ และ ประสพการณ์ของครอบครัวอื่น

ระยะที่ 2 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยและการเกิดความเจ็บป่วยของครอบครัว ( Family Vulnerability and Illness Onset ) หมายถึง ประสพการณ์ของครอบครัว เกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยหรือการเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังซ้ำของสมาชิกในครอบครัว

ระยะที่ 3 การประเมินความเจ็บป่วยของครอบครัว (Family Illness Appraisal ) หมายถึง ความเชื่อของครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวและการตัดสินใจของครอบครัวในการจัดการกับความเจ็บป่วย ซึ่งมีงานวิจัยทางสังคมวิทยาและมนุษยวิทยาจำนวนมากที่กล่าวถึง บทบาทของครอบครัวในการอธิบายความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลและการตัดสินใจในการดูแลรักษาตนเองภายในครอบครัวหรือไปรักษากับบุคลากรวิชาชีพ

ระยะที่ 4 การตอบสนองทันทีต่อความเจ็บป่วยของครอบครัว ( Family Acute Response ) เป็นการตอบสนองที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดความเจ็บป่วยในครอบครัว โดยการตอบสนองนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อของครอบครัวในการรับรู้ถึงความเพียงพอในการรักษา การตอบสนองทันทีเป็นการปรับตัวของครอบครัวต่อความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เช่น เมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงน้อย การตอบสนองของครอบครัวก็อาจทำได้เพียงให้ผู้ป่วยหยุดงานพักผ่อนอยู่บ้านโดยมีครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วย

ระยะที่ 5 การปรับตัวของครอบครัวต่อความเจ็บป่วย ( Family Adaptation of Illness ) หมายถึง การที่ครอบครัววางรูปแบบใหม่ภายในครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเกิดการพิการของสมาชิกภายในครอบครัว ครอบครัวต้องปรับตัวในการยอมรับการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน ร่วมกับการปรับตัวต่อการติดต่อสัมพันธ์กับบุคลากรวิชาชีพระบบบริการสุขภาพ และบุคคลอื่น

ครอบครัวส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรังได้เพิ่มขึ้นและเข้ามาแทนที่ความเจ็บป่วยเฉียบพลัน ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่กับสมาชิกภายในครอบครัว ดังนั้นสมาชิกภายในครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยอย่างมาก เช่น การศึกษาของปิยะพรรณ เทียนทอง (2541 : 45 - 46 ) พบว่าการสนับสนุนของครอบครัวมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พบว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลไปตรวจสุขภาพประจำปีและไปรับภูมิคุ้มกันโรค นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะคู่สมรสมีส่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการรักษา

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องไม่รับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ หรือการออกกำลังกาย ซึ่งล้วนแล้วแต่มีส่วนเกี่ยวข้องกับอย่างมากกับครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจเช่นเดียวกัน ซึ่งอาจจะมากกว่าที่เราคาดเดาการมีส่วนร่วมในความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจเกิดขึ้นกับคู่ครองและบุตร

การมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันในครอบครัวสามารถอธิบายได้โดยกลไกหลายอย่าง สมาชิกในครอบครัวสามารถมีอิทธิพลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต และสุขนิสัยของบุคคลอื่นในครอบครัว วัยรุ่นมีแนวโน้มจะสูบบุหรี่ ถ้าบิดาหรือมารดาสูบบุหรี่ ครอบครัวเดียวกันส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่คล้ายคลึงกัน ดังนั้นจำนวนแคลลอรี โคลเลสเตอรอล และไขมันอิ่มตัวที่ได้จึงคล้ายคลึงกัน สามิและภรรยามีความเสี่ยงในโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่นเดียวกันเนื่องจากการแต่งงานมีแนวโน้มจะเกิดขึ้นกับผู้ที่มียีนส์และพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกันซึ่งเป็นเรื่องปกติทั่วไป เช่น ชอบอาหารแบบเดียวกัน ชอบสูบบุหรี่เหมือนกัน เป็นต้น ดังนั้นถ้าผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารจะเป็นเรื่องที่ยากที่จะเปลี่ยนแปลง ถ้าสมาชิกในครอบครัวไม่ได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงด้วย ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงจึงไม่น่าเปลี่ยนแปลงเฉพาะตัวผู้ป่วย สมาชิกคนอื่น ๆ ภายในครอบครัวจะต้องมีการปรับเปลี่ยนด้วย นอกจากนี้ครอบครัวยังมีส่วนในการสนับสนุนความเชื่อในเรื่องสุขภาพ เช่น การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนของคู่ครองกับความเชื่อเรื่องสุขภาพในการร่วมมือใช้ยา พบว่าความเชื่อของภรรยาในการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเนื่องจากการเพิ่มของโคเลสเตอรอลในเลือดของสามี มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของภรรยาและความร่วมมือของสามีในการใช้ยาลดโคเลสเตอรอลในเลือด นอกจากนี้ความสนใจของภรรยาในการเตือนสามีเกี่ยวกับการใช้ยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของสามีในการใช้ยาลดโคเลสเตอรอลในเลือด

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าครอบครัวเป็นบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ที่อยู่ใกล้ชิดตัวผู้ป่วยมากที่สุด ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่ดีที่สุดของมนุษย์ เพราะมนุษย์ทุกคนต่างมีชีวิตผูกพันกับสถาบันครอบครัวนับตั้งแต่แรกเกิดจนเสียชีวิต ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้กำหนดบทบาทของผู้ป่วย ช่วยในการวินิจฉัยโรค ตัดสินใจในการรักษาว่าควรไปพบแพทย์ หรือรักษาพยาบาลเอง นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวเมื่อมีอาการเจ็บป่วยก็จะบอกบุคคลในครอบครัวเป็นอันดับแรก ดังนั้นการตัดสินใจเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยเพียงฝ่ายเดียว

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยปัจจัยด้านชีววิทยา(Biological Factors) ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological Factors) และ ปัจจัยด้านสังคม (Sociological Factors) โดยทั้ง 3 ปัจจัยทำให้เกิดพฤติกรรมที่ส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นจากการรวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย

## รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยในต่างประเทศ

Susan J. Apple. (2002 : 63-67) ทำการศึกษาถึงความแตกต่างของอาชีพ การศึกษารายได้ และพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้หญิงอเมริกัน-แอฟริกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 1,110 คน โดยใช้แบบสอบถามพบว่า ระดับรายได้ต่ำ ระดับการศึกษาต่ำและหญิงโสด มีอำนาจการทำนายในการเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูง

Stamler J. (1993 : 536-539) พบว่าระดับโคเลสเตอรอลรวมและ LDL ทั้งในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเป็นตัวทำนายการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้ยังพบว่าคนที่มีความระดับ HDL ต่ำ จะเป็นตัวทำนายการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุหญิงด้วย ส่วนระดับ Triglyceride ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระของโรคหัวใจขาดเลือด ภาวะอัมพาตจากเลือดออกในสมองหรือหลอดเลือดสมองอุดตัน แต่มักพบร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ในระยะหลังพบว่าระดับ HDL ต่ำจะมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นซึ่งอยู่ในรูปตัวเจ (J-shaped)

Bernard Cantin. et al. (2002 : 662-666 ) ทำการศึกษาระดับของ Fibrinogen , Lipoprotein ในกลุ่มตัวอย่าง 2,125 คน อายุ 47-76 ปี ซึ่งมีอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ ในระยะเวลา 5 ปี พบว่าส่วนใหญ่จะมีแบบแผนชีวิตที่สูบบุหรี่มาก เป็นเบาหวาน และศึกษาระดับของ Fibrinogen , Lipoprotein เพิ่มขึ้น โดยสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และระดับ plasma lipid และพบว่า ระดับของ Fibrinogen , Lipoprotein เป็นปัจจัยเสี่ยงซ้ำซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ

Julie St- Pierre (2002 : 15-19) วิเคราะห์แบบพหุคูณถอยในการทำนาย จากการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อจำแนกหาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับน้ำตาลในเลือด กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จากกลุ่มตัวอย่าง 569 คน อายุระหว่าง 18 –69 ปี โดยวัดจากระดับน้ำตาลในเลือด วงรอบข้อมือ และระดับไตรกลีเซอไรด์ พบว่าผู้ที่มีความระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไตรกลีเซอไรด์ที่สูง สามารถทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Holger Reinecke. et al. (2002 : 364-368) ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างระดับฮอโมน Globulin กับโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 87 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ มีระดับ LDL Apolipoprotein B และ Triglyceride ในระดับสูง แต่ระดับ HDL ต่ำ

Jame A. Maccubbin et al. (2002 : 326-329) ศึกษาความสัมพันธ์ของ เอสโตรเจนทดแทน กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประวัติครอบครัวของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และนอกจากนั้นระดับความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด ซึ่งกระตุ้นให้เกิดกระบวนการทำลายหลอดเลือดมาก ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

Jack Sparacino et al. (1979 : 569-572) ทำการศึกษานุคลิกภาพแบบเอ กับการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 20 – 62 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามข้อตกลง และทำการสัมภาษณ์ในห้องทดลอง สืบถามกับผู้เชี่ยวชาญด้านบุคลิกภาพ โดยติดเครื่องวัดระดับความดันโลหิตทุกครั้ง พบว่าบุคลิกภาพแบบเอ มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Liu K. et al. (1982 : 1308-1314 อ้างในวินัส ลิพพกุล .2540 ) ผู้ที่มีพฤติกรรมแบบเอ ต้อง แก่งแย่ง เร่งรีบ ลังเล และทะเยอทะยานจะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดใน อนาคต พฤติกรรมเหล่านี้สามารถประเมินจากอาชีพ สภาพการดำเนินชีวิต ชั่วโมงการทำงาน ระดับการ ศึกษา และสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม โดยพบว่าผู้สูงอายุในประเทศที่พัฒนาแล้วนั้น อัตราการตาย และเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับสถานะทางสังคม ไม่ว่าจะวัดจากอาชีพ รายได้ หรือระดับการศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุในสังคม ระดับสูงกว่าจะลดลงมากกว่า การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมากระหว่างระดับการ ศึกษา กับปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งรวมทั้งระดับน้ำตาลในเลือด

Brewer (1975 :269) ได้แบ่งกลุ่มผู้ที่ศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่หนึ่งให้รับประทานอาหาร ที่เคยรับประทานอยู่คือได้รับไขมันร้อยละ 39.1 ของพลังงานทั้งหมด ส่วนของไขมันอิ่มตัวและ PUFA (Polyunsaturated Fatty Acid) คิดเป็นร้อยละ 18.3 และร้อยละ 5.2 ของพลังงานที่ได้รับตามลำดับ อัตรา ส่วนของ Polyunsaturated ต่อ Saturated Fat เท่ากับ 0.31 และได้โคเลสเตอรอลวันละ 446 มก. กลุ่มที่ สองให้รับประทานอาหารตามที่กำหนดดังนี้คือ ไขมันร้อยละ 37.8 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด ส่วนของ ไขมันอิ่มตัวและ PUFA (Polyunsaturated Fatty Acid) คิดเป็นร้อยละ 9.2 และร้อยละ 14.7 ของพลังงาน ที่ได้รับตามลำดับ อัตราส่วนของ Polyunsaturated ต่อ Saturated Fat เท่ากับร้อยละ 1.64 และได้โคเลสเตอรอลวันละ 166 มก. ภายหลังรับประทานอาหารดังกล่าวเป็นเวลา 4 ปี พบว่าอาหารไม่มีผลต่ออัตรา การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ชายที่อายุเกิน 50 ปี และผู้หญิงทุกวัย ส่วนผู้ชายที่อายุต่ำกว่า 50 ปี และรับประทานอาหารที่กำหนดในกลุ่มที่สอง มีอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจเพียง 2.5/1000 ส่วนพวกที่รับประทานอาหารตามที่เคยรับประทานในกลุ่มที่หนึ่งอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ สูงถึง 9/1000 โดยที่ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้เป็นเบาหวาน และผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงใน จำนวนที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้นข้อแตกต่างในอัตราป่วยและอัตราตายจึงน่าจะมีผลมาจากอาหารที่รับประทาน

เพนเดอร์ (Pender. et al. 1990 : 326-332) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพในที่ทำงาน ตัวอย่างในการศึกษาค้างครั้งนี้เป็นลูกจ้างจำนวน 589 คน จาก 6 บริษัท ที่เข้าร่วมใน โครงการส่งเสริมสุขภาพโดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในโครงการประกอบด้วย การบริหารร่างกาย การบริโภคอาหารและการจัดการกับความเครียดผลจากการศึกษาพบว่า การรับรู้สภาวะสุขภาพเป็นตัวแปร หนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถใช้ในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3 เดือน หลังสิ้นสุดในโครงการด้วย

Lush, Kerr and Fomis (1995 : 266-269) ศึกษาแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคน ทำงาน 3 ระดับ คือ ผู้บริหาร พนักงานขาย คนงานในโรงงานผลิตรถยนต์ จำนวน 638 คน เครื่องมือ ที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร และแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินวิถีชีวิตที่ ส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Lifestyle Profile) มีคำถาม 48 ข้อ เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า ทั้ง 3 กลุ่มมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติในทุกๆ ด้าน ยกเว้นด้านการจัดการกับความเครียด และเมื่อทำการทดสอบความแตก ต่างระหว่างกลุ่มแล้ว พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างระดับของการทำงานของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรม ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเข้า ใจตนเองอย่างแท้จริง การออกกำลังกาย การช่วยเหลือพึ่งพาซึ่งกันและกัน พบว่ากลุ่มผู้บริหารมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มคนงานนั้นพบว่ามีพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพการรับประทานอาหารต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ การทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อจำแนกตามชนชาติ โดยเปรียบเทียบกลุ่มชนผิวขาวและชนผิวดำ พบว่า ชนชาติที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยชนผิวดำจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านนี้ดีกว่าชนผิวขาว นอกจากนี้ยังพบว่า คนที่อายุน้อยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ด้านการออกกำลังกาย และด้านการช่วยเหลือพึ่งพาซึ่งกันและกันมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในขณะที่คนที่อายุมากกว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการรับประทานอาหารดีกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ขณะที่เพศต่างกันก็มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศชายในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การช่วยเหลือพึ่งพาซึ่งกันและกัน ด้านการศึกษาพบว่าคนที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่า ส่วนสถานภาพสมรสพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

Eva et al. (1998 ; อ้างอิงจาก มนลิน แยมสุวรรณ. 2540 : 65) ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงของการเกิด Myocardial Infarction จากการสูบบุหรี่ระหว่างผู้หญิงและผู้ชายในเรื่องพฤติกรรมของการสูบบุหรี่โดยศึกษาในผู้หญิง 11,472 คน และผู้ชาย 1,319 คน ระยะเวลาที่ศึกษานาน 12.3 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ชาย 1,251 คน และผู้หญิง 512 คน เกิดอาการ Myocardial Infarction ในระหว่างการศึกษาโดย

1. เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มคนที่ไม่สูบบุหรี่ (Non-smokers) พบว่าผู้หญิงที่เริ่มสูบบุหรี่ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (Myocardial Infarction) ถึง 2.4 เท่า และผู้ชายมีความเสี่ยง 1.43 เท่า
2. ความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ต่อการเกิด Myocardial Infarction เพิ่มขึ้นตามปริมาณบุหรี่ที่สูบทั้งในเพศชายและเพศหญิง และในกลุ่มที่สูบบุหรี่จะสูงกว่าในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่

พบว่าความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ต่อการเกิดโรคหัวใจ (วัดจากเวลาที่สูบ ปริมาณบุหรี่ที่สูบ) ในผู้หญิง จะสูงกว่าในผู้ชายโดยไม่ขึ้นกับอายุของผู้สูบบุหรี่ และความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชายนี้ไม่ขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ทำให้เกิดโรคหัวใจ (เช่น ความดันโลหิต, ปริมาณ Cholesterol และ HDL ในเลือด, โรคเบาหวาน, น้ำหนักตัว, ความสูง, การดื่มสุรา, การออกกำลังกาย และระดับการศึกษา)

สรุปผลการวิจัยได้ว่า ผู้หญิงมีความไวมากกว่าผู้ชายในเรื่องของโทษของการสูบบุหรี่ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และฮอโมนเพศ มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจควรจะได้มีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป ผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ชายที่สูบบุหรี่ สาเหตุที่อธิบายได้อาจเป็นเพราะการสูบบุหรี่ในผู้หญิงทำให้ระดับฮอโมน Estrogen ลดลง (Anti-estrogenic Effect)

Lutha Palaniappan et al. (2002 : 524-528) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 30 ปี เพื่อศึกษารวมพันธุ์และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ต่างกันของผู้หญิงเอเชีย-อเมริกันและแอฟริกัน-อเมริกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 70 คนในแต่ละกลุ่มดังนี้ กลุ่มผู้หญิงเอเชีย-อเมริกันมีการออกกำลังกายน้อยกว่า มีระดับน้ำตาลในเลือด ไฟบริโนเจน ไลโปโปรตีน ต่ำกว่า และผู้วิจัยได้สรุปผลการศึกษาว่าทั้ง 2 กลุ่มควรมีการสนับสนุนการออกกำลังกายให้มากขึ้น

## งานวิจัยในประเทศ

สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยและกระทรวงสาธารณสุข (2534 : 26) ด้วยการสุ่มตัวอย่างประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป สามารถตรวจหาระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้จำนวน 13,515 ราย พบว่าความชุกของระดับไขมันโคเลสเตอรอลสูงเกิน 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เท่ากับร้อยละ 11.30 สำหรับกลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป ความชุกเท่ากับร้อยละ 11.99 พบว่าความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นเช่นเดียวกับเมื่อน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ความชุกในหญิง (ร้อยละ 12.97) มากกว่าในชาย (ร้อยละ 9.06) ภาคกลางและภาคใต้พบมากที่สุด ในขณะที่ภาคอีสานพบน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ยปรับตามอายุ (Age-adjusted mean) ของโคเลสเตอรอลในการสำรวจครั้งนี้เท่ากับ 155.1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในชาย และ 152.8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในหญิง มีเพียงร้อยละ 3.7 เท่านั้นที่รู้ว่ามีภาวะนี้

เพ็ญจันทร์ ชูประภาวรรณ และคณะ (2542 : 5) ทำการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มประชากรพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย โดยศึกษาในปี 1998 จากกลุ่มตัวอย่าง 3,000 ราย โดยมีอายุมากกว่า 45 ปี ที่อยู่ภูมิลำเนาในมา 5 ปี พบว่าโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ และระดับไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

อาพร ว่องสุขสวัสดิ์ (2541 : 86-88) ทำการศึกษาวิถีชีวิตและภาวะสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลยมราช สุพรรณบุรี การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีกลุ่มตัวอย่าง 317 ราย ซึ่งแบบสอบถามดัดแปลงมาจากแบบประเมินวิถีชีวิตและสุขนิสัยของเพนเดอร์ นอกจากนี้ยังใช้ข้อมูลเกี่ยวกับน้ำหนัก ส่วนสูง และคำนวณดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด โคเลสเตอรอล และเอกซเรย์ปอด นำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามมาเปรียบเทียบกับผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรมีวิถีชีวิตอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านการออกกำลังกาย

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2534 อ้างในสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. 2537 : 128) พบว่าคนไทยอายุ 6 ปีขึ้นไปจำนวน 11.4 ล้านคน สูบบุหรี่เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 22.97 อัตราการสูบบุหรี่ในผู้ชายเท่ากับร้อยละ 42.63 และหญิงเท่ากับร้อยละ 3.37 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย (2534) ที่ทำการสำรวจปัจจัยเสี่ยง ในประเทศไทย จากตัวอย่างประชากรในการสำรวจที่มีอายุ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 17,535 ราย พบว่าร้อยละ 20.61 สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 5.05 สูบเป็นบางครั้งและหยุดสูบบุหรี่แล้วร้อยละ 8.21 สัดส่วนของคนวัยทำงานและวัยสูงอายุที่สูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 23.86 และ 24.43 ตามลำดับ) แต่ที่หยุดสูบบุหรี่แล้วแตกต่างกันมาก คือวัยสูงอายุที่หยุดสูบบุหรี่ร้อยละ 18.96 ในขณะที่วัยทำงานเท่ากับร้อยละ 8.00 ผู้ชายมีสัดส่วนที่สูบบุหรี่เป็นประจำสูงเป็น 10.73 เท่าของผู้หญิง และพบชัดเจนว่าประชากรอายุ 25-60 ปี ทั้ง 2 เพศ กลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือและจบการศึกษาระดับประถม มีสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่า (สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. 2537 : 131-132)

ประดิษฐ์ นาทวีชัย (2539 : ก-ข) ทำการศึกษากาละสุภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของครูในจังหวัดชัยนาท ที่มีอายุระหว่าง 20 – 40 ปี จำนวน 340 คน ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพของครูอยู่ในระดับพอใช้ ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับดี อัตราชีพจร และความดันโลหิตอยู่ในระดับพอใช้ถึงดี พฤติกรรมการออกกำลังกายของครูโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ มีจำนวนวันออกกำลังกาย 1 – 2 วันสัปดาห์ ระยะเวลาในการออกกำลังกาย 5 -15 นาที / ครั้ง ความหนักในการออกกำลังกายเพียงรู้สึกเหนื่อยและเหงื่อออก พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังพบว่าอายุน้อยมีความสัมพันธ์กับประเภทของการออกกำลังกาย รายได้มีความสัมพันธ์กับประเภทกิจกรรมการรับ

รู้การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายด้านระยะเวลา ปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายด้านจำนวนวันที่ใช้ในการออกกำลังกาย

ผ่องผิว ลีลวัฒน์ (2537 : ก-ข) ที่ได้จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยบุคคลในเขตเมืองบ้านโป่ง ซึ่งมีจำนวนตัวอย่าง 802 ราย มีอายุเฉลี่ย 39 ปี พบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และพบว่าการสูบบุหรี่มีอิทธิพลต่อระดับไขมันในเลือดสูงเป็นอันดับสองรองจากความอ้วนทำให้ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบหลอดเลือดเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความอ้วน อายุ การสูบบุหรี่ เพศ การออกกำลังกาย การดื่มกาแฟ และการใช้ยานอนหลับมีอิทธิพลต่อระดับไขมันในเลือดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเรียงตามลำดับมากไปหาน้อย

กนกพร วิสุทธิกุล (2539 : 69-74) ทำการศึกษาพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในวัยรุ่นตอนปลาย กรุงเทพมหานคร จำนวน 384 คน ที่มาใช้บริการในห้างสรรพสินค้าที่สุ่มได้ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 10-19 ปี มีระดับการศึกษาปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีอาชีพ ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน นักศึกษา มีระยะเวลาการอาศัยในกรุงเทพมหานครมากกว่า 15 ปี การรับรู้ว่าคุณเองมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับน้อย และพบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับน้อย พฤติกรรมการรับประทานอาหารไขมันสูงอยู่ในระดับปานกลาง และขาดการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง

มณฑิชา อนุกุลวุฒิพงษ์ (2540 : ก-ข) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่น ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 610 ราย ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยม 6 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับน้อย สำหรับพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อยที่สุด ด้านการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่อยู่ในระดับน้อย ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การรับประทานอาหารไขมัน การออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มวัยรุ่นที่มีเพศ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาการอยู่ในกรุงเทพมหานครต่างกัน มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่แตกต่างกัน กลุ่มวัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่มีปัญหามากที่สุดคือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และการออกกำลังกาย

อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540 : 85-87) ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ มากกว่า 60 ปี มีสถานภาพสมรส การศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่มีอาชีพ มีรายได้ 2,500 – 5,000 บาทต่อเดือน ระยะเวลาการป่วย 2 – 5 ปี พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย การพักผ่อน พฤติกรรมด้านอารมณ์ สังคม อยู่ในระดับเหมาะสมร้อยละ 79.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้พบว่า รายได้ที่ไม่เพียงพอ การประกอบอาชีพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร

อุทัยทิพย์ รัชจักรยาบรรณ (2540 : 69-70) ทำการศึกษาการบริโภคกาแฟกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 336 ราย โดยมีเพศและอายุในจำนวนที่เท่ากัน ผลการศึกษาพบว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญแล้ว พบว่าการบริโภคกาแฟในปริมาณ 1 ถ้วยต่อวัน จะเสี่ยงต่อการเป็นโรค 1.42 เท่าของผู้ไม่บริโภคกาแฟ และความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณการบริโภคที่

เพิ่มขึ้น ประเภทของการดื่ม พบว่ากาแฟสำเร็จรูปจะเสี่ยงเป็น 1.4 เท่าของผู้ไม่บริโภคกาแฟ ส่วนกาแฟคั่วจะเสี่ยงเป็น 1.6 เท่าของผู้ไม่บริโภคกาแฟ

ซัชวาล นฤพนธ์จิรกุล (2541 : ก-ข) ทำการวิจัยเชิงสำรวจในกลุ่มตัวอย่าง 246 คน โดยประยุกต์กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม Proceed –proceed มาใช้ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คือปัจจัยด้าน อายุ เจตคติ และการมีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวทำนายพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดีที่สุด

ปริศนา วรพันธ์ (2541 : 61-63) ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 90 ราย ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี คือเสี่ยงน้อยต่อการเกิดการตีบซ้ำ พฤติกรรมรายด้านที่พบว่ามีความเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ การออกกำลังกาย และการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่เป็นปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่พบ และพฤติกรรมกับการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

มนสิน แยมสกุล ( 2542 : 88-90 ) ทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่ โดยทำการศึกษาจากโรงพยาบาล 8 แห่งใน 4ภูมิภาค กลุ่มตัวอย่าง 250 ราย โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่ โดยรวม และรายด้านต่ำกว่ากลุ่มอ้างอิง และพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ รายได้ต่ำ ความรุนแรงของโรค อายุ และอาชีพ

อดิศักดิ์ ศรีละออง (2542 : 78-84) ทำการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหารไขมัน โดยใช้วิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง 240 ราย ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดย ลดอาหารไขมันลง แต่ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคไขมันส่วนเกิน เช่น อาหารผัด อาหารทอด แอลกอฮอล์ และน้ำอัดลม นอกจากนี้ พบว่าค่านิยม และแรงสนับสนุน เป็นตัวทำนายความผันแปรของพฤติกรรมได้ ร้อยละ 42.1

วีรนุช ไตรรัตน์โณาส (2545 : บทคัดย่อ) ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี โดยใช้การเปรียบเทียบ พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และดัชนีมวลกายต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน เพศ อายุ สถานภาพสมรส และความเพียงพอของรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

สมปอง ใจกล้า (2545 : บทคัดย่อ) ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ต่างกันพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ ( Survey Research ) โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการดำเนินการตามลำดับ ดังต่อไปนี้

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

#### การกำหนดกลุ่มประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลประจำจังหวัดจำนวน 76 แห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 67,008 คน (สถิติจำนวนผู้ป่วยประจำปี พ.ศ. 2544)

##### กลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ในคลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีอัตราการป่วยของโรคหลอดเลือดหัวใจสูงสุดในแต่ละภาค และกรุงเทพมหานคร ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด 5 ภาค จำนวน 415 คน คือ โรงพยาบาลประจำจังหวัดนครปฐม โรงพยาบาลประจำจังหวัดอุดรธานี โรงพยาบาลประจำจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลประจำจังหวัดภูเก็ต และโรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร โดยมีวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ ยามาเน่ (Yamane. 1996 : 583) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มีความคลาดเคลื่อน 0.05 โดยใช้สูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

ผลการคำนวณได้ค่าของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 398 คน จากจำนวนประชากร 67,008 คน

2. วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ( Multistage Random Sampling ) ดังนี้

2.1 ในระดับประเทศ ทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 4 ภาค และกรุงเทพมหานคร โดยมีภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง(ไม่รวม กทม.) และกรุงเทพมหานคร

2.2 ในแต่ละภาค คัดเลือกตัวแทนของแต่ละภาคในจังหวัดที่มีอัตราการเกิดโรคสูงสุด และกรุงเทพมหานคร

2.3 ในแต่ละจังหวัดทำการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกเฉพาะโรงพยาบาลประจำจังหวัด ของกระทรวงสาธารณสุข

2.3.1 การคัดเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ตามสัดส่วนของผู้ป่วยแต่ละจังหวัด ดังตาราง 16

ตาราง 16 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดที่ทำการศึกษาวิจัย

| จังหวัด       | ประชากร | กลุ่มตัวอย่าง |
|---------------|---------|---------------|
| กรุงเทพมหานคร | 6,583   | 190           |
| อุตรดิตถ์     | 1,649   | 50            |
| นครปฐม        | 1,892   | 60            |
| ขอนแก่น       | 2,028   | 60            |
| ภูเก็ต        | 1,922   | 55            |
| รวม           | 14,119  | 415           |

2.3.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในจังหวัด อุตรดิตถ์ นครปฐม ขอนแก่น ภูเก็ต และกรุงเทพมหานคร อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ศึกษาตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป

2. มีอายุ 30 ปีขึ้นไป

3. ไม่มีความผิดปกติทางจิต

4. ไม่เคยได้รับการผ่าตัดหัวใจโดยทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2.4 ในแต่ละโรงพยาบาล ทำการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling)

## การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

### ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ครอบครัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค และประวัติการป่วยของครอบครัว เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) และแบบเติมข้อความ

**ตอนที่ 2** เป็นแบบประเมินข้อมูลสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการวัดข้อมูลทางสรีระชีววิทยา ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับความดันโลหิต ระดับโคเลสเตอรอล เป็นข้อมูลทุติยภูมิ ที่ได้มาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยซึ่งเป็นข้อมูลครั้งสุดท้ายที่ผ่านมาไม่เกิน 6 เดือน

**ตอนที่ 3** เป็นแบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิทยา ซึ่งประกอบด้วย

แบบสอบถามการรับรู้สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีทั้งหมด 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีทั้งหมด 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) มีทั้งหมด 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ

**ตอนที่ 4** แบบสอบถามด้านบุคลิกภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) ซึ่งได้มาจากการศึกษาของ Friedman and Rosenman มีทั้งหมด 2 ระดับ คือ ใช่ และไม่ใช่

**ตอนที่ 5** แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นคำถามแบบตรวจสอบรายการเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การสูบบุหรี่ และการจัดการความเครียด ซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินความถี่ของการปฏิบัติและคำถามปลายเปิดระบุชนิดของการปฏิบัติ มีดังนี้

5.1 ด้านการบริโภคอาหารเป็นข้อคำถามที่ถามถึงชนิดของอาหารที่รับประทานโดยระบุถึงจำนวนครั้งของการรับประทานอาหารนั้น ๆ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งผู้วิจัยระบุชนิดของอาหารที่มีทั้งไขมันและแคลอรีที่สูงและต่ำ คือ เป็นประจำ เป็นส่วนมาก เป็นบางครั้ง และไม่รับประทานเลย

5.2 ด้านการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นข้อคำถามที่ถามถึงลักษณะของการออกกำลังกายทั้งชนิด ความสม่ำเสมอและระยะเวลาที่ออกกำลังกาย

5.3 ด้านการสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติด้านการสูบบุหรี่ทั้งประวัติในอดีต จำนวน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ รวมถึงการอยู่ในที่ที่มีควันบุหรี่ เป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการ (Check List)

5.4 ด้านการจัดการความเครียด เป็นข้อคำถามที่วัดความถี่ ในการปฏิบัติการจัดการความเครียด เป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการ (Check List) คือ เป็นประจำ เป็นส่วนมาก เป็นบางครั้ง เป็นส่วนน้อย และไม่ปฏิบัติ

## ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎี เอกสาร ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจแบบแผนการดำเนินชีวิต บุคลิกภาพและองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม เพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสม

2. ศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีการสร้างแบบสอบถามจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. สร้างแบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิทยา บุคลิกภาพ และแบบแผนการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายแบบแอโรบิค การสูบบุหรี่ และการจัดการความเครียด

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการผู้ควบคุมปริญญาบัณฑิตตรวจสอบ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

5. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมโดยเกณฑ์การตรวจสอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วน (ภาคผนวก ก)

6. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว จำนวน 116 ข้อ ทดลองใช้ (Try Out ) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือได้แบบสอบถาม ทั้งหมด 95 ข้อ ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสรีระวิทยา จำนวน 15 ข้อ ด้านการรับรู้สภาวะสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ด้านเจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตจำนวน 10 ข้อ ด้านความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตจำนวน 13 ข้อ ด้านบุคลิกภาพ จำนวน 13 ข้อ แบบแผนการดำเนินชีวิต ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 17 ข้อ ด้านการออกกำลังกายแบบแอโรบิค จำนวน 3 ข้อ และด้านการจัดการความเครียด จำนวน 14 ข้อ

## เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบสอบถามวัดปัจจัยด้านจิตวิทยา ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ( Rating Scale ) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนนโดยการให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

| ข้อความที่มีความหมายทางบวก |   |       | ข้อความที่มีความหมายทางลบ |       |
|----------------------------|---|-------|---------------------------|-------|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง          | 5 | คะแนน | 1                         | คะแนน |
| เห็นด้วย                   | 4 | คะแนน | 2                         | คะแนน |
| ไม่แน่ใจ                   | 3 | คะแนน | 3                         | คะแนน |
| ไม่เห็นด้วย                | 2 | คะแนน | 4                         | คะแนน |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง       | 1 | คะแนน | 5                         | คะแนน |

การแปลความหมายของคะแนนแบบประเมินการรับรู้สภาวะสุขภาพ และเจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต เมื่อรวมคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแล้ว นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง ปัจจัยด้านจิตวิทยายอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.33 - 3.67 หมายถึง ปัจจัยด้านจิตวิทยายอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.32 หมายถึง ปัจจัยด้านจิตวิทยายอยู่ในระดับต่ำ

2. แบบสอบถามด้านบุคลิกภาพ ซึ่งลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) มีทั้งหมด 2 ระดับ คือ ใช่ และ ไม่ใช่

เกณฑ์การให้คะแนนโดยการให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ใช่ 1 คะแนน

0 คะแนน

ไม่ใช่ 0 คะแนน

1 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนบุคลิกภาพ เมื่อรวมคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้ (Friedman and Rosenman. 1974 : 198 )

คะแนนร้อยละ 76 - 100

มีบุคลิกภาพแบบ A

คะแนนร้อยละ 50 - 75

มีบุคลิกภาพแบบ B

3. แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) มีทั้งหมด 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ

เกณฑ์การให้คะแนนโดยการให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ใช่ 1 คะแนน

0 คะแนน

ไม่ใช่ 0 คะแนน

1 คะแนน

ไม่แน่ใจ 0 คะแนน

0 คะแนน

4. แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การสูบบุหรี่ และการจัดการความเครียด ซึ่งลักษณะข้อคำถาม มีดังนี้

4.1 ด้านการบริโภคอาหาร คือ เป็นประจำ เป็นส่วนมาก เป็นบางครั้ง และไม่รับประทานเลย

เกณฑ์การให้คะแนนโดยการให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ชนิดอาหารที่มีไขมันและแคลลอรี่สูง

ชนิดอาหารที่มีไขมันและแคลลอรี่ต่ำ

เป็นประจำ 0 คะแนน

3 คะแนน

เป็นส่วนมาก 1 คะแนน

2 คะแนน

เป็นบางครั้ง 2 คะแนน

1 คะแนน

ไม่รับประทานเลย 3 คะแนน

0 คะแนน

4.2 ด้านการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะของการออกกำลังกาย ทั้งชนิด ระยะเวลา และความถี่ของการออกกำลังกาย มีการให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนโดยการให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ชนิดของการออกกำลังกาย

|                        |   |       |
|------------------------|---|-------|
| ออกกำลังกายชนิดหนัก    | 3 | คะแนน |
| ออกกำลังกายชนิดปานกลาง | 2 | คะแนน |
| ออกกำลังกายชนิดเบา     | 1 | คะแนน |
| ไม่ออกกำลังกายเลย      | 0 | คะแนน |

ระยะเวลาของการออกกำลังกาย

|                             |   |       |
|-----------------------------|---|-------|
| ออกกำลังกายมากกว่า 30 นาที  | 3 | คะแนน |
| ออกกำลังกาย 20 - 30 นาที    | 2 | คะแนน |
| ออกกำลังกายน้อยกว่า 20 นาที | 1 | คะแนน |
| ไม่ออกกำลังกายเลย           | 0 | คะแนน |

ความถี่ของการออกกำลังกาย

|                               |   |       |
|-------------------------------|---|-------|
| ออกกำลังกายทุกวัน             | 3 | คะแนน |
| ออกกำลังกาย 4-6 ครั้ง/สัปดาห์ | 2 | คะแนน |
| ออกกำลังกาย 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ | 1 | คะแนน |
| ไม่ออกกำลังกายเลย             | 0 | คะแนน |

การแปลความหมายของคะแนน เมื่อรวมคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแล้ว นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

4.3 ด้านการสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติด้านการสูบบุหรี่ทั้งประวัติในอดีต จำนวน ชนิด ลักษณะ และ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการ(Check List) มีดังนี้

การสูบบุหรี่

|                                                          |   |       |
|----------------------------------------------------------|---|-------|
| -สูบบุหรี่ (ตั้งแต่อายุ.....ปี รวมระยะเวลาที่สูบ.....ปี) | 0 | คะแนน |
| -เคยสูบบุหรี่(ปัจจุบันเลิก.....ปี)                       | 1 | คะแนน |
| -ไม่สูบบุหรี่                                            | 2 | คะแนน |

ชนิดของบุหรี่

|                     |   |       |
|---------------------|---|-------|
| -บุหรี่ไม่มีก้นกรอง | 0 | คะแนน |
| -บุหรี่มีก้นกรอง    | 1 | คะแนน |
| -ไม่สูบบุหรี่       | 2 | คะแนน |

จำนวนของบุหรี่

|                     |   |       |
|---------------------|---|-------|
| -มากกว่า 20 มวน/วัน | 0 | คะแนน |
| -11-20 มวน/วัน      | 1 | คะแนน |
| -5-10 มวน/วัน       | 2 | คะแนน |
| -น้อยกว่า 5 มวน/วัน | 3 | คะแนน |

|                                 |   |       |
|---------------------------------|---|-------|
| -ไม่สูบบุหรี่                   | 4 | คะแนน |
| ความบ่อย                        |   |       |
| -ทุกวัน                         | 0 | คะแนน |
| -4-6 ครั้ง/สัปดาห์              | 1 | คะแนน |
| -1-3 ครั้ง/สัปดาห์              | 2 | คะแนน |
| -ไม่สูบบุหรี่                   | 3 | คะแนน |
| ลักษณะการสูบบุหรี่              |   |       |
| -สูบบ่อยครั้ง                   | 0 | คะแนน |
| -สูบบ่อยไม่ครั้ง                | 1 | คะแนน |
| -ไม่สูบบุหรี่                   | 2 | คะแนน |
| การอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ |   |       |
| -อยู่                           | 0 | คะแนน |
| -ไม่อยู่                        | 1 | คะแนน |

4.4 ด้านการจัดความเครียด เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติด้านการจัดความเครียด เป็นการวัดความถี่ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนมาก ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย และไม่ปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนนโดยการให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

| ข้อความที่มีความหมายทางบวก |   |       | ข้อความที่มีความหมายทางลบ |       |
|----------------------------|---|-------|---------------------------|-------|
| ปฏิบัติเป็นประจำ           | 4 | คะแนน | 0                         | คะแนน |
| ปฏิบัติเป็นส่วนมาก         | 3 | คะแนน | 1                         | คะแนน |
| ปฏิบัติเป็นบางครั้ง        | 2 | คะแนน | 2                         | คะแนน |
| ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย        | 1 | คะแนน | 3                         | คะแนน |
| ไม่ปฏิบัติ                 | 0 | คะแนน | 4                         | คะแนน |

สำหรับการแปลผลด้านความรู้ และแบบแผนการดำเนินชีวิตได้นำแบบแผนการดำเนินชีวิตในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การสูบบุหรี่ และการจัดความเครียด ผู้วิจัยได้นำคะแนนในแต่ละด้าน นำมาปรับเป็นเกณฑ์ คะแนนร้อยละในทุกด้าน เพื่อนำมารวมเป็นคะแนนแบบแผนการดำเนินชีวิตในภาพรวมได้ถูกต้อง และชัดเจน ดังนี้

การแปลความหมายของคะแนน แบบทดสอบความรู้ และแบบแผนการดำเนินชีวิต เมื่อรวมคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแล้ว นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

คะแนนร้อยละ 76 – 100 หมายถึง มีความรู้ และแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับดี

คะแนนร้อยละ 51 – 75 หมายถึง มีความรู้ และแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับ

ปานกลาง

คะแนนร้อยละ 0 - 5 หมายถึง มีความรู้ และแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

5. แบบประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการวัดข้อมูลทางสรีระชีววิทยา ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับความดันโลหิต และระดับโคเลสเตอรอล การแปลความหมายมีดังนี้

**ระดับโคเลสเตอรอล (NCEP Expert Panel . 1993 : 15-23)**

| เกณฑ์        |                                                       | ระดับคะแนน |
|--------------|-------------------------------------------------------|------------|
| น้อยกว่า 200 | มิลลิกรัม/เดซิลิตร หมายถึง ระดับโคเลสเตอรอลดี         | 4          |
| 200 - 239    | มิลลิกรัม/เดซิลิตร หมายถึง ระดับโคเลสเตอรอลสูง        | 3          |
| 240 - 300    | มิลลิกรัม/เดซิลิตร หมายถึง ระดับโคเลสเตอรอลสูงปานกลาง | 2          |
| มากกว่า 300  | มิลลิกรัม/เดซิลิตร หมายถึง ระดับโคเลสเตอรอลสูงมาก     | 1          |

**ระดับความดันโลหิต (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. 2541 : 137)**

| เกณฑ์ความดันไดแอสโทลิก(mmHg) |                                 | ระดับคะแนน |
|------------------------------|---------------------------------|------------|
| ต่ำกว่า 80                   | หมายถึง ความดันโลหิตปกติ        | 5          |
| 81 – 85                      | หมายถึง ความดันโลหิตปกติ        | 5          |
| 86 – 89                      | หมายถึง ความดันโลหิตก้ำกึ่ง     | 4          |
| 90 – 99                      | หมายถึง ความดันโลหิตสูง ระดับ 1 | 3          |
| 100 – 109                    | หมายถึง ความดันโลหิตสูง ระดับ 2 | 2          |
| มากกว่า 110                  | หมายถึง ความดันโลหิตสูง ระดับ 3 | 1          |

**ดัชนีมวลกาย ( ประณีต ผ่องแผ้ว. 2539 )**

| เกณฑ์         |                                                           | ระดับคะแนน |
|---------------|-----------------------------------------------------------|------------|
| น้อยกว่า 20.0 | กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> หมายถึง น้ำหนักน้อยกว่าปกติ    | 5          |
| 20.0 - 24.9   | กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> หมายถึง น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ | 4          |
| 25.0 - 29.9   | กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> หมายถึง อ้วนระดับ 1            | 3          |
| 30.0 - 39.9   | กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> หมายถึง อ้วนระดับ 2            | 2          |
| มากกว่า 40.0  | กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> หมายถึง อ้วนระดับ 3            | 1          |

**การหาคุณภาพของเครื่องมือ**

ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา(Face Validity)โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปให้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีประสบการณ์ จำนวน 5 ท่านตรวจสอบเพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาเป็นรายข้อ ว่าแต่ละข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับปัจจัยด้านจิตวิทยา บุคลิกภาพ และแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยให้คะแนนดังนี้

+ 1 สำหรับข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

0 สำหรับข้อคำถามที่ไม่แน่ใจว่ามีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

- 1 สำหรับข้อคำถามที่ไม่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

และคัดเลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119) แสดงว่าข้อคำถามนั้นมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ได้ข้อคำถามจำนวน 116 ข้อ ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยตัดข้อคำถามข้อนั้นออก จำนวน 2 ข้อ เหลือข้อคำถามจำนวน 114 ข้อ

2. ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่คลินิกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาตรวจให้คะแนนแล้วทำการวิเคราะห์หาค่าความยากง่ายของด้านความรู้ ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ และหาค่าความเชื่อมั่น (ภาคผนวก ค)

### 2.1 การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

นำแบบสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก โดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ และคะแนนรวมทั้งฉบับ โดยตัดคะแนนข้อนั้นออก (Corrected Item to total correlation) และคัดเลือกข้อที่มีอำนาจการจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119) ได้แบบสอบถามดังตาราง 17

ตาราง 17 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย

| แบบสอบถาม                            | ค่าอำนาจการจำแนก  |                    |                   |                  |
|--------------------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|------------------|
|                                      | < 0.2<br>ปรับปรุง | 0.2 – 0.5<br>พอใช้ | 0.5 - 0.8<br>ดี   | > 0.8<br>ดีมาก   |
| การรับรู้สภาวะสุขภาพ                 | 1<br>(0.19)       | 7<br>(0.28-0.48)   | 2<br>(0.52-0.53)  | 0                |
| ความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต | 0                 | 3<br>(0.20-0.43)   | 10<br>(0.50-0.80) | 0                |
| เจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต  | 1<br>(0.17)       | 6<br>(0.21-0.46)   | 3<br>(0.51-0.68)  | 0                |
| ด้านการบริโภคอาหาร                   | 5<br>(0.12-0.17)  | 8<br>(0.27-0.46)   | 4<br>(0.51-0.69)  | 0                |
| ด้านการออกกำลังกายแบบแอโรบิค         | 0                 | 1<br>(0.51)        | 0                 | 2<br>(0.82-0.90) |
| ด้านการจัดการความเครียด              | 3<br>(0.16-0.19)  | 5<br>(0.21-0.37)   | 6<br>(0.52-0.76)  | 0                |
| บุคลิกภาพ                            | 6<br>(0.08-0.18)  | 7<br>(0.21-0.43)   | 0                 | 0                |

## 2.2 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

นำแบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิทยาและแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่มีค่าอำนาจจำแนก ไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach. 1990 : 161) ค่าที่คำนวณได้ ดังตาราง 18

ตาราง 18 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย

| แบบสอบถาม                            | ค่าความเชื่อมั่น | การแปลผล |
|--------------------------------------|------------------|----------|
| การรับรู้สภาวะสุขภาพ                 | 0.64             | ดี       |
| ความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต | 0.61             | ดี       |
| เจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต  | 0.64             | ดี       |
| ด้านการบริโภคอาหาร                   | 0.79             | ดีมาก    |
| ด้านการออกกำลังกายแบบแอโรบิค         | 0.85             | ดีมาก    |
| ด้านการจัดการความเครียด              | 0.73             | ดีมาก    |
| บุคลิกภาพ                            | 0.24             | ปรับปรุง |

## 2.3 คะแนนความยากง่ายของแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับมีแบบแผนการดำเนินชีวิต

จำนวน 13 ข้อ อยู่ระหว่าง 0.2 - 0.8 ดังตาราง 19

ตาราง 19 ความยากง่ายของแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย

| ค่าความยากง่าย | การแปลผล | จำนวนข้อ |
|----------------|----------|----------|
| 0.21 – 0.50    | ดี       | 3        |
| 0.51 – 0.80    | ดีมาก    | 10       |

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจำจังหวัด เพื่อขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 415 คน
3. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ เดือน มกราคม 2547 – มีนาคม 2547
4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้มาจัดกระทำ และวิเคราะห์ข้อมูล

### การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ตรวจสอบเรียบร้อยแล้วมาดำเนินการวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยของแบบสอบถามแต่ละฉบับ คัดเลือกเฉพาะฉบับที่สมบูรณ์ และตรวจให้คะแนนแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อนำมาวิเคราะห์ต่อไป
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ มีขั้นตอนดังนี้
  - 2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามโดยนำมาวิเคราะห์แจกแจงค่าความถี่ และค่าร้อยละตามตัวแปรอิสระ
  - 2.2 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิทยา บุคลิกภาพ และแบบแผนการดำเนินชีวิตนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $S$ )
  - 2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (Independent t – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1.1 ,1.4 ,1.5 ,2.1 ,2.3 ,3.5
  - 2.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1.2 ,1.3 , 2.2 ,3.1, 3.2, 3.3, 3.4
  - ถ้าพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman – Keuls Method)
  - 2.5 คำนวณหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4
3. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางและความเรียงพร้อมข้อเสนอแนะ

## สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

### 1. การหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ ( P ) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศและอังคณา สายยศ. 2531 : 59)

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

|       |   |     |                                       |
|-------|---|-----|---------------------------------------|
| เมื่อ | P | แทน | ค่าร้อยละ                             |
|       | f | แทน | ค่าความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นค่าร้อยละ |
|       | n | แทน | ค่าจำนวนความถี่ทั้งหมด                |

1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 35)

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

|       |           |     |                        |
|-------|-----------|-----|------------------------|
| เมื่อ | $\bar{X}$ | แทน | ค่าคะแนนเฉลี่ย         |
|       | $\sum X$  | แทน | ผลรวมของคะแนนทั้งหมด   |
|       | n         | แทน | จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง |

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 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 (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

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

|       |          |     |                                    |
|-------|----------|-----|------------------------------------|
| เมื่อ | IC       | แทน | ดัชนีความสอดคล้องของแบบทดสอบ       |
|       | $\sum R$ | แทน | ผลรวมของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ |
|       | N        | แทน | จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด           |

### 2.2 การหาค่าอำนาจการจำแนก (Discrimination) เป็นรายข้อ

2.2.1 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิทยา บุคลิกภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิต ใช้วิธีการวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวมทั้งฉบับ โดยตัดคะแนนข้อนั้นออก (Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117 - 118)

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

|       |            |     |                                                   |
|-------|------------|-----|---------------------------------------------------|
| เมื่อ | $r_{xy}$   | แทน | สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y |
|       | n          | แทน | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง                                |
|       | $\sum X$   | แทน | ผลรวมของคะแนนรายข้อ ( items ) ของกลุ่มตัวอย่าง    |
|       | $\sum Y$   | แทน | ผลรวมของคะแนนรวม ( total ) ของกลุ่มตัวอย่าง       |
|       | $\sum X^2$ | แทน | ผลรวมของกำลังสองของคะแนน X                        |
|       | $\sum Y^2$ | แทน | ผลรวมของกำลังสองของคะแนน Y                        |
|       | $\sum XY$  | แทน | ผลรวมของผลคูณของคะแนน X และคะแนน Y                |

2.3 การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach. 1990 : 161) โดยใช้สูตร(พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 125–126)

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

|       |              |     |                                          |
|-------|--------------|-----|------------------------------------------|
| เมื่อ | $\alpha$     | แทน | ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม |
|       | n            | แทน | จำนวนข้อของแบบสอบถาม                     |
|       | $\sum S_i^2$ | แทน | คะแนนของความแปรปรวนแต่ละข้อ              |
|       | $S_i^2$      | แทน | คะแนนของความแปรปรวนรวมทั้งฉบับ           |

### 3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่มีมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่าเอฟ ( F – test ) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 236)

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

|       |        |     |                                         |
|-------|--------|-----|-----------------------------------------|
| เมื่อ | F      | แทน | ค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบเอฟ       |
|       | $MS_B$ | แทน | ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองระหว่างกลุ่ม |
|       | $MS_W$ | แทน | ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม   |

ถ้าผลการทดสอบค่าเอฟพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman – Keuls method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 251 – 252)

$$q \bullet \sqrt{\frac{MS_W}{n}}$$

|       |        |     |                                             |
|-------|--------|-----|---------------------------------------------|
| เมื่อ | q      | แทน | ค่า q – Statistic                           |
|       | $MS_W$ | แทน | ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม       |
|       | ก      | แทน | จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน |

$$\text{โดย } \text{ก} = \frac{k}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

เมื่อ  $k$  แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง  
 $n_1, n_2, \dots, n_k$  แทน จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 ถึงกลุ่มตัวอย่าง  
 ที่  $k$  ตามลำดับ

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน  
 โดยการทดสอบค่าที (Independent t – test ) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 :164 – 170)

$$t = \frac{X_1 - X_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$\text{โดย } df = \frac{\left[ \frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[ \frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[ \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ  $t$  แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน t – distribution  
 $\bar{X}_1$  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 จำนวนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ  
 $df$  แทน จำนวนค่าความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

3.3 ทดสอบหาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน  
 ( Pearson product moment correlation coefficient ) โดยใช้สูตรของ (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 317)

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

|       |              |     |                                            |
|-------|--------------|-----|--------------------------------------------|
| เมื่อ | $r_{xy}$     | แทน | สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน X และ Y |
|       | $\Sigma X$   | แทน | ผลรวมคะแนนชุด X                            |
|       | $\Sigma Y$   | แทน | ผลรวมคะแนนชุด Y                            |
|       | $\Sigma X^2$ | แทน | ผลรวมคะแนนชุด X แต่ละตัวยกกำลังสอง         |
|       | $\Sigma Y^2$ | แทน | ผลรวมคะแนนชุด Y แต่ละตัวยกกำลังสอง         |
|       | $\Sigma XY$  | แทน | ผลรวมของผลคูณระหว่าง X และ Y               |
|       | $n$          | แทน | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง                         |

3.4 ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าที (t – test) โดยใช้สูตรของ (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 317)

$$t = \frac{r \sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

|       |     |     |                                           |
|-------|-----|-----|-------------------------------------------|
| เมื่อ | $r$ | แทน | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้      |
|       | $n$ | แทน | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง                        |
|       | $t$ | แทน | สถิติสำหรับทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร |



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมาย ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆ แทนความหมายดังนี้

|    |     |                                                                                        |
|----|-----|----------------------------------------------------------------------------------------|
| n  | แทน | กลุ่มตัวอย่าง                                                                          |
| %  | แทน | คะแนนร้อยละ                                                                            |
| S  | แทน | ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน                                                                   |
| F  | แทน | ค่าสถิติที่ใช้ในการแจกแจงแบบเอฟ                                                        |
| t  | แทน | ค่าสถิติที่ใช้ในการแจกแจงแบบที                                                         |
| df | แทน | ชั้นแห่งความอิสระ                                                                      |
| SS | แทน | ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง                                                       |
| MS | แทน | ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง                                           |
| p  | แทน | ความน่าจะเป็น หรือโอกาสที่จะเกิด ความคลาดเคลื่อนแบบ 1 ในการ<br>ปฏิเสธสมมุติฐานเป็นกลาง |
| r  | แทน | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์                                                              |
| *  | แทน | มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05                                                         |

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจำจังหวัดอุดรดิตถ์ โรงพยาบาลประจำจังหวัดนครปฐม โรงพยาบาลประจำจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลวชิรภูเก็ต และโรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร การรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน ผู้วิจัยนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาของการเป็นโรค ประวัติครอบครัว บุคลิกภาพ และสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก และระดับโคเลสเตอรอล โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์แบบแผนการดำเนินชีวิต ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ด้านการสูบบุหรี่ และด้านการจัดการความเครียด โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

**ตอนที่ 3** เปรียบเทียบความแตกต่างของแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย จำแนกตามตัวแปรทางด้านชีววิทยา ด้านจิตวิทยา และด้านสังคมวิทยา โดยการทดสอบค่าเอฟ ( F-test ) และทดสอบค่า ( t – test ) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

**ตอนที่ 4** วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต กับสภาวะสุขภาพ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson s Product Moment Correlation Coefficient) นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

## ผลการศึกษาค้นคว้า

**ตอนที่ 1** วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย จำนวน 415 คน โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ดังตาราง 20 - 21

ตาราง 20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 415 จำแนกตามปัจจัยด้านชีววิทยา และปัจจัยด้านสังคมวิทยา

| ปัจจัยที่ศึกษา            | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------|-------|--------|
| <b>ปัจจัยด้านชีววิทยา</b> |       |        |
| <b>เพศ</b>                |       |        |
| ชาย                       | 215   | 51.80  |
| หญิง                      | 200   | 48.20  |
| <b>อายุ</b>               |       |        |
| น้อยกว่า 40 ปี            | 50    | 12.00  |
| 41 - 50 ปี                | 93    | 22.40  |
| 51 - 60 ปี                | 96    | 23.20  |
| 61 - 70 ปี                | 114   | 27.50  |
| 70 ปีขึ้นไป               | 62    | 14.90  |
| <b>ระยะเวลาการเป็นโรค</b> |       |        |
| น้อยกว่า 1 ปี             | 108   | 26.00  |
| 1 - 5 ปี                  | 195   | 47.00  |
| 6 - 10 ปี                 | 81    | 19.50  |
| 10 ปีขึ้นไป               | 31    | 7.50   |

ตาราง 20 (ต่อ)

| ตัวแปรที่ศึกษา                        | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------------|-------|--------|
| ญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ  |       |        |
| มี                                    | 78    | 18.80  |
| ไม่มี                                 | 337   | 81.20  |
| ญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน         |       |        |
| มี                                    | 128   | 30.80  |
| ไม่มี                                 | 287   | 69.20  |
| ญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง |       |        |
| มี                                    | 132   | 31.80  |
| ไม่มี                                 | 283   | 68.20  |
| บุคลิกภาพ                             |       |        |
| แบบเอ                                 | 80    | 19.30  |
| แบบบี                                 | 335   | 80.70  |
| ปัจจัยด้านสังคมวิทยา                  |       |        |
| ระดับการศึกษา                         |       |        |
| ประถมศึกษา                            | 218   | 52.50  |
| มัธยมศึกษา                            | 82    | 19.80  |
| อนุปริญญาหรือเทียบเท่า                | 51    | 12.20  |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า                  | 64    | 15.50  |
| อาชีพ                                 |       |        |
| รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ              | 79    | 19.00  |
| ค้าขายหรือประกอบธุรกิจ                | 120   | 28.90  |
| เกษตรกร                               | 53    | 12.80  |
| รับจ้าง                               | 51    | 12.30  |
| แม่บ้าน                               | 112   | 27.00  |
| รายได้ครอบครัว                        |       |        |
| น้อยกว่า 5,000 บาท                    | 151   | 36.40  |
| 5,000 - 10,000 บาท                    | 127   | 30.60  |
| 10,001 - 15,000 บาท                   | 62    | 14.90  |
| 15,001 - 20,000 บาท                   | 45    | 10.80  |
| 20,000 บาทขึ้นไป                      | 30    | 7.30   |

ตาราง 20 (ต่อ)

| ตัวแปรที่ศึกษา                                       | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------------------------------------|-------|--------|
| สถานภาพสมรส                                          |       |        |
| อยู่ด้วยกัน                                          | 239   | 56.90  |
| แยกกันอยู่                                           | 40    | 9.60   |
| หย่าร้าง                                             | 20    | 4.80   |
| ม่าย                                                 | 43    | 10.40  |
| โสด                                                  | 76    | 18.20  |
| ได้รับคำแนะนำจากครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์ |       |        |
| ได้รับ                                               | 321   | 77.30  |
| ไม่ได้รับ                                            | 94    | 22.70  |

จากตาราง 20 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คนเป็นเพศชายร้อยละ 51.80 เพศหญิงร้อยละ 48.20 ส่วนใหญ่ร้อยละ 27.50 มีอายุระหว่าง 61 - 70 ปี โดยร้อยละ 56.90 มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ส่วนใหญ่ร้อยละ 52.50 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ร้อยละ 28.90 มีค้าขายหรือประกอบธุรกิจ ส่วนใหญ่ร้อยละ 42.40 มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท ส่วนใหญ่ร้อยละ 47.00 มีระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือด หัวใจระหว่าง 1 - 5 ปี พบว่า ร้อยละ 18.80 มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 30.80 มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 31.80 มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ร้อยละ 21.00 ได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจากครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์ และส่วนใหญ่ร้อยละ 80.70 มีบุคลิกภาพ แบบ บี

ตาราง 21 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน จำแนกตามสภาวะสุขภาพ

| สภาวะสุขภาพ                        | จำนวน | ร้อยละ | แปลผล        |
|------------------------------------|-------|--------|--------------|
| <b>ระดับดัชนีมวลกาย</b>            |       |        |              |
| 40.0 – 43.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร     | 44    | 10.60  | อ้วนระดับ 3  |
| 30.0 - 39.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร     | 59    | 14.20  | อ้วนระดับ 2  |
| 25.0 - 29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร     | 129   | 31.10  | อ้วนระดับ 1  |
| 20.0 - 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร     | 120   | 28.90  | น้ำหนักปกติ  |
| 17.9 - 20.0 กิโลกรัม/ตารางเมตร     | 63    | 15.20  | น้อยกว่าปกติ |
| <b>ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก</b> |       |        |              |
| 100 - 109 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป      | 52    | 12.50  | สูงระดับ 2   |
| 90 - 99 มิลลิเมตรปรอท              | 25    | 6.00   | สูงระดับ 1   |
| 85 - 89 มิลลิเมตรปรอท              | 155   | 37.30  | สูงกำลัง     |
| 81 - 85 มิลลิเมตรปรอท              | 14    | 3.40   | ปกติ         |
| 65 - 80 มิลลิเมตรปรอท              | 169   | 40.80  | ปกติ         |
| <b>ระดับโคเลสเตอรอล</b>            |       |        |              |
| 300 - 320 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร     | 28    | 6.70   | สูงมาก       |
| 240 - 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร     | 126   | 30.40  | สูงปานกลาง   |
| 200 - 239 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร     | 148   | 35.70  | สูง          |
| 98 - 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร      | 113   | 27.20  | ดี           |

จากตาราง 21 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน มี

ระดับดัชนีมวลกาย ในระดับอ้วนคิดเป็นร้อยละ 55.50 โดยอ้วนระดับ 1 พบมากที่สุด ร้อยละ 31.10 รองลงมา อ้วนระดับ 2 ร้อยละ 14.20 และอ้วนระดับ 3 ร้อยละ 10.60

ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 55.80 โดยมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงระดับกำลัง มากที่สุด ร้อยละ 37.30 รองลงมา มีระดับความดันโลหิตสูงระดับ 2 ร้อยละ 12.50 และมีระดับความดันโลหิตสูงระดับ 1 ร้อยละ 6.00

ระดับโคเลสเตอรอลสูงร้อยละ 72.80 โดยมีระดับโคเลสเตอรอล สูงพบมากที่สุด ร้อยละ 35.70 รองลงมา มีระดับโคเลสเตอรอลสูงปานกลาง ร้อยละ 30.40 และ มีระดับโคเลสเตอรอลสูงมาก ร้อยละ 6.70

**ตอนที่ 2** วิเคราะห์แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย  
จำนวน 415 คน ดังปรากฏตามตาราง 22 - 29

ตาราง 22 ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบแผนการดำเนินชีวิตในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายแบบแอโรบิค การสูบบุหรี่ และการจัดความเครียด ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน

| แบบแผนการดำเนินชีวิต        | n   | %     | S     | การแปลผล |
|-----------------------------|-----|-------|-------|----------|
| 1. การบริโภคอาหาร           | 415 | 65.85 | 9.56  | ปานกลาง  |
| 2. การออกกำลังกายแบบแอโรบิค | 415 | 48.80 | 24.82 | ต่ำ      |
| 3. การสูบบุหรี่             | 415 | 22.10 | 7.67  | ต่ำ      |
| 4. การจัดความเครียด         | 415 | 61.72 | 8.51  | ปานกลาง  |
| รวม                         | 415 | 58.01 | 5.77  | ปานกลาง  |

จากตาราง 22 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน พบว่า

การบริโภคอาหาร มีค่าเฉลี่ยของคะแนนร้อยละแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 65.85 (S=9.56) จัดอยู่ในระดับปานกลาง

การออกกำลังกายแบบแอโรบิค มีค่าเฉลี่ยของคะแนนร้อยละแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 48.80 (S= 24.82) จัดอยู่ในระดับต่ำ

การงดสูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนร้อยละแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 22.10 (S=7.67) จัดอยู่ในระดับต่ำ (ไม่สูบบุหรี่)

การจัดความเครียด มีค่าเฉลี่ยของคะแนนร้อยละแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 61.7 (S=8.51) จัดอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 23 จำนวนและร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการบริโภคอาหาร กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยจำแนกตามรายภาค ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน

| ภาค           | ก   | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------|-----|-------|--------|
| ภาคเหนือ      | 50  | 41    | 82.00  |
| ภาคกลาง       | 60  | 37    | 61.60  |
| ภาคอีสาน      | 60  | 14    | 23.30  |
| ภาคใต้        | 55  | 22    | 40.00  |
| กรุงเทพมหานคร | 190 | 93    | 51.60  |
| รวม           | 415 | 207   | 49.80  |

หมายเหตุ : กลุ่มเสี่ยงหมายถึงการบริโภคอาหารที่มีโคเลสเตอรอล ไขมัน และพลังงานสูง

จากตาราง 23 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการบริโภคอาหาร รวม ร้อยละ 49.80 มีการบริโภคอาหารกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในภาคเหนือพบมากที่สุด ร้อยละ 82.0 รองลงมาภาคกลางพบร้อยละ 61.6 กรุงเทพมหานครพบร้อยละ 51.60 ภาคใต้ พบร้อยละ 40.00 และภาคอีสานพบน้อยที่สุด ร้อยละ 23.30

ตาราง 24 แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 415 คน จำแนกตามรายภาค

| การบริโภคอาหาร                         | ภาคเหนือ | ภาคกลาง | กรุงเทพ<br>มหานคร | ภาคใต้ | ภาค<br>อีสาน |
|----------------------------------------|----------|---------|-------------------|--------|--------------|
| <b>อาหารโคเลสเตอรอลสูง</b>             |          |         |                   |        |              |
| -เครื่องในสัตว์                        | *        | *       | *                 | *      | *            |
| -อาหารทะเล เช่น ปลาหมึก<br>หอย และกุ้ง | *        | *       | *                 | *      |              |
| -ไข่แดง ไขลวก                          | *        | *       | *                 | *      | *            |
| <b>อาหารไขมันสูง</b>                   |          |         |                   |        |              |
| -ข้าวขาหมู                             | *        | *       | *                 |        | *            |
| -ข้าวมันไก่                            | *        | *       | *                 | *      | *            |
| -หนังหมู หนังไก่                       | *        | *       | *                 | *      |              |
| -หมูสามชั้น                            | *        |         | *                 |        |              |

ตาราง 24 (ต่อ)

| การบริโภคอาหาร         | ภาคเหนือ | ภาคกลาง | กรุงเทพ<br>มหานคร | ภาคใต้ | ภาค<br>อีสาน |
|------------------------|----------|---------|-------------------|--------|--------------|
| <b>อาหารทอด</b>        |          |         |                   |        |              |
| -ปาท่องโก๋             | *        | *       | *                 | *      | *            |
| -กล้วยทอด มันทอด       | *        | *       | *                 |        | *            |
| -ไก่ทอด                | *        | *       | *                 | *      | *            |
| -หมูทอด                | *        | *       | *                 |        | *            |
| -โรตีสี                |          | *       | *                 | *      |              |
| <b>อาหารใส่กะทิ</b>    |          |         |                   |        |              |
| -แกงกะทิทุกชนิด        | *        | *       | *                 | *      |              |
| -แกงเขียวหวาน          | *        | *       | *                 |        | *            |
| -แกงฮังเล              | *        |         |                   |        |              |
| -หลนกะทิต่างๆ          | *        |         | *                 |        |              |
| -มัสมั่น               |          | *       | *                 |        |              |
| -ขนมจีนน้ำยากะทิ       |          | *       | *                 |        |              |
| -แกงคั่ว               | *        |         | *                 | *      |              |
| -แกงเผ็ดเปิดอย่าง      |          | *       | *                 |        |              |
| <b>ขนมหวานใส่กะทิ</b>  | *        | *       | *                 | *      | *            |
| <b>ผลไม้รสหวาน</b>     |          |         |                   |        |              |
| -ทุกชนิด               | *        | *       | *                 | *      | *            |
| -ทุเรียน               | *        | *       | *                 | *      | *            |
| -ขนุน                  | *        | *       | *                 | *      | *            |
| -มะม่วง                |          | *       | *                 |        | *            |
| <b>เครื่องดื่ม</b>     |          |         |                   |        |              |
| -กาแฟ                  | *        | *       | *                 | *      | *            |
| -เครื่องดื่มแอลกอฮอล์  | *        | *       | *                 |        | *            |
| -น้ำอัดลม              | *        | *       | *                 | *      |              |
| <b>อื่น ๆ</b>          |          |         |                   |        |              |
| -ประเภทกากหมูและแคปหมู | *        | *       | *                 |        | *            |
| -อาหารปรุงสำเร็จรูป    | *        | *       | *                 | *      |              |
| -อาหารปิ้งย่าง         | *        | *       | *                 | *      | *            |

หมายเหตุ \* การบริโภคอาหารเป็นส่วนมากและเป็นประจำ

จากตาราง 24 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 207 คน ที่บริโภคอาหารกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าทุกภาคของประเทศไทย รับประทานเครื่องในสัตว์ ไข่แดง ไข่ลวก ข้าวมันไก่ ปาท่องโก๋ กลัวยทอด มันทอด ไก่ทอด ขนมหวานไส้กะทิ ผลไม้รสหวาน ทุกชนิด โดยรับประทานทุเรียน ขนุน ต้มก่าแฟ และรับประทานอาหารปิ้งย่าง

ในภาคเหนือ ส่วนใหญ่รับประทาน แกงกะทิทุกชนิด แกงฮังเล ปาท่องโก๋ กลัวยทอด มันทอด ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ แคปหมู กากหมู ขนมหวานไส้กะทิ ผลไม้รสหวานทุกชนิด โดยรับประทานทุเรียน ขนุน ต้มก่าแฟ แอลกอฮอล์ และน้ำอัดลม และรับประทานอาหารปิ้งย่าง

ในภาคกลาง ส่วนใหญ่รับประทาน แกงกะทิทุกชนิด แกงเขียวหวาน หล่นกะทิต่างๆ ปาท่องโก๋ ไก่ทอด กลัวยทอด มันทอด อาหารทะเลได้แก่ ปลาหมึก กุ้ง หอย ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ขนมหวานไส้กะทิ ผลไม้รสหวานทุกชนิด โดยรับประทานทุเรียน ขนุน ต้มก่าแฟ แอลกอฮอล์ และน้ำอัดลม และรับประทานอาหารปิ้งย่างและซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทานเอง

ในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่รับประทาน แกงกะทิทุกชนิด แกงเขียวหวาน หล่นกะทิต่างๆ ปาท่องโก๋ ไก่ทอด กลัวยทอด มันทอด หนัไก่ทอด ไข่แดง และเครื่องในสัตว์ อาหารทะเล ได้แก่ ปลาหมึก กุ้ง หอย ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ขนมหวานไส้กะทิ ผลไม้รสหวานทุกชนิด โดยรับประทานทุเรียน ขนุน ต้มแอลกอฮอล์ กาแฟ และน้ำอัดลม และรับประทานอาหารปิ้งย่าง และซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทานเอง

ในภาคใต้ ส่วนใหญ่รับประทาน แกงกะทิทุกชนิด แกงคั่วไก่และหอย ปาท่องโก๋ ไก่ทอด โรตีสี อาหารทะเลได้แก่ ปลาหมึก กุ้ง หอย ข้าวมันไก่ หนัไก่ทอด ผลไม้รสหวานทุกชนิด โดยรับประทานทุเรียน ต้มก่าแฟ และน้ำอัดลม และซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทานเอง

ในภาคอีสาน ส่วนใหญ่รับประทาน แกงกะทิทุกชนิด แกงเขียวหวาน ปาท่องโก๋ ไก่ทอด กลัวยทอด มันทอด ไก่ทอด หมูทอด เครื่องในสัตว์ ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ผลไม้รสหวานทุกชนิด โดยรับประทานทุเรียน ต้มก่าแฟ แอลกอฮอล์ และน้ำอัดลม

ตาราง 25 แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการบริโภคอาหาร ที่ส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน จำแนกตามรายภาค

| การบริโภคอาหาร                 | ภาคเหนือ | ภาคกลาง | กรุงเทพมหานคร | ภาคใต้ | ภาคอีสาน |
|--------------------------------|----------|---------|---------------|--------|----------|
| - รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ     | *        | *       | *             | *      | *        |
| - รับประทานอาหารตรงเวลา        | *        | *       | *             | *      | *        |
| - ใช้น้ำมันพืชปรุงอาหาร        | *        | *       | *             | *      | *        |
| - รับประทานธัญพืชและน้ำเต้าหู้ | *        | *       | *             | *      | *        |
| - ใช้เครื่องเทศและสมุนไพร      | *        | *       | *             | *      | *        |

หมายเหตุ \* การรับประทานอาหารเป็นส่วนมากและเป็นประจำ

จากตาราง 25 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 207 คน พบว่าทุกภาคของประเทศไทย รับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ ตรงเวลา ใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร และทุกภาครับประทานธัญพืชและน้ำเต้าหู้เป็นส่วนมากและเป็นประจำ

ตาราง 26 จำนวนและร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน จำแนกตามรายภาค

| ภาค           | n   | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------|-----|-------|--------|
| ภาคเหนือ      | 50  | 27    | 54.00  |
| ภาคกลาง       | 60  | 56    | 93.33  |
| กรุงเทพมหานคร | 190 | 142   | 78.80  |
| ภาคอีสาน      | 60  | 34    | 56.66  |
| ภาคใต้        | 55  | 45    | 81.81  |
| รวม           | 415 | 304   | 73.25  |

จากตาราง 26 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 304 คน มีออกกำลังกายแบบแอโรบิก ในภาคกลาง พบมากที่สุด ร้อยละ 93.33 รองลงมาภาคใต้ พบร้อยละ 81.81 กรุงเทพมหานครพบร้อยละ 78.80 ภาคอีสาน พบร้อยละ 56.66 และภาคเหนือพบน้อยที่สุด ร้อยละ 54.00

ตาราง 27 กิจกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน จำแนกตามรายภาค

| การออกกำลังกายแบบ<br>แอโรบิก | ภาคเหนือ                           | ภาคกลาง                     | กรุงเทพ<br>มหานคร            | ภาคใต้                             | ภาคอีสาน                          |
|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ออกกำลังกายชนิดเบา           | เดิน<br>วิ่งเหยาะๆ                 | เดิน<br>เปตอง               | เดิน<br>วิ่งเหยาะๆ           | เดิน<br>เปตอง                      | เดิน<br>เปตอง                     |
| ออกกำลังกายชนิดปานกลาง       | แอโรบิก<br>รำมวยจีน<br>ปั่นจักรยาน | วิ่ง<br>แอโรบิก<br>เดินเร็ว | วิ่ง<br>กายบริหาร<br>แอโรบิก | วิ่ง<br>แอโรบิก<br>รำไม้พลอง       | วิ่ง<br>รำมวยจีน                  |
| ออกกำลังกายชนิดหนัก          | -                                  | แบดมินตัน                   | แบดมินตัน<br>เทนนิส          | แบดมินตัน<br>ตะกร้อ                | -                                 |
| สถานที่ออกกำลังกาย           | บริเวณบ้าน                         | สนามกีฬา                    | บริเวณบ้าน                   | บริเวณบ้าน                         | บริเวณบ้าน                        |
| กิจกรรมอื่นๆ                 | ทำงานบ้าน<br>รดน้ำต้นไม้           | ทำงานบ้าน<br>รดน้ำต้นไม้    | ทำงานบ้าน<br>รดน้ำต้นไม้     | ทำงานบ้าน<br>รดน้ำต้นไม้<br>ตัดยาง | ทำงานบ้าน<br>รดน้ำต้นไม้<br>ทำสวน |

จากตาราง 27 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะออกกำลังกายชนิดเบา คือ เดิน รองลงมา วิ่งเหยาะๆ ชนิดปานกลาง คือ วิ่ง รองลงมาเดินแอโรบิก และชนิดหนัก คือ แบดมินตันสถานที่ออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ออกกำลังกายบริเวณบ้าน รองลงมาออกกำลังกายที่สนามกีฬา และนอกจากนี้ก็มีกิจกรรมการใช้พลังงานอื่นๆ ได้แก่ ทำงานบ้าน และรดน้ำต้นไม้

ตาราง 28 จำนวนและร้อยละ แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน  
จำแนกตามรายภาค

| ภาค           | n   | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------|-----|-------|--------|
| ภาคเหนือ      | 50  | 8     | 16.00  |
| ภาคกลาง       | 60  | 20    | 33.30  |
| ภาคอีสาน      | 60  | 20    | 33.30  |
| ภาคใต้        | 55  | 10    | 18.10  |
| กรุงเทพมหานคร | 190 | 27    | 14.20  |
| รวม           | 415 | 85    | 20.48  |

จากตาราง 28 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 คน ที่สูบบุหรี่ พบมากที่สุดในภาคกลางและภาคอีสาน ร้อยละ 33.30 รองลงมาภาคใต้ พบร้อยละ 18.10 และ กรุงเทพมหานครพบน้อยที่สุด ร้อยละ 14.20

ตาราง 29 แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน จำแนกตามรายภาค

| การสูบบุหรี่                     | ภาคเหนือ | ภาคกลาง | กรุงเทพมหานคร | ภาคใต้ | ภาคอีสาน |
|----------------------------------|----------|---------|---------------|--------|----------|
| <b>ชนิดของบุหรี่</b>             |          |         |               |        |          |
| บุหรี่สำเร็จรูปชนิดมีกันกรอง     | 6        | 19      | 22            | 5      | 10       |
| บุหรี่สำเร็จรูปชนิดไม่มีกันกรอง  | 1        | 1       | 5             | 3      | 7        |
| ยาเส้น                           | 1        | -       | -             | 2      | 3        |
| <b>จำนวนบุหรี่</b>               |          |         |               |        |          |
| 5 – 10 มวน/วัน                   | 5        | 15      | 25            | -      | -        |
| 11 – 20 มวน/วัน                  | 1        | 1       | -             | 5      | 10       |
| มากกว่า 20 มวน/วัน               | 2        | 4       | 2             | 5      | 10       |
| <b>ความบ่อย</b>                  |          |         |               |        |          |
| 2 – 3 ครั้ง/เดือน                | -        | 1       | 1             | -      | -        |
| 1 – 3 ครั้ง/สัปดาห์              | -        | -       | 5             | -      | -        |
| 4 – 6 ครั้ง/สัปดาห์              | 2        | 5       | -             | 2      | -        |
| ทุกวัน                           | 6        | 14      | 21            | 8      | 20       |
| <b>ลักษณะการสูบบุหรี่</b>        |          |         |               |        |          |
| สูดควันเข้าปอด                   | 8        | 20      | 25            | 10     | 20       |
| ไม่สูดควันเข้าปอด                | -        | -       | 2             | -      | -        |
| <b>อยู่บริเวณที่มีควันบุหรี่</b> |          |         |               |        |          |
| อยู่                             | 6        | 18      | 25            | 10     | 18       |
| ไม่อยู่                          | 2        | 2       | 2             | -      | 2        |

จากตาราง 29 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 คน พบว่า

ชนิดบุหรี่ที่สูบมากที่สุด คือบุหรี่สำเร็จรูปที่มีกันกรอง รองลงมาเป็นบุหรี่ที่ไม่มีกันกรอง ส่วนน้อยเป็นยาเส้น

จำนวนบุหรี่ที่สูบ ส่วนใหญ่ สูบบุหรี่ 5 – 10 มวน รองลงมา 11 – 20 มวน ส่วนน้อยมากกว่า 20 มวน

ความบ่อยของการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ทุกวัน รองลงมาสูบบุหรี่ 4 – 6 ครั้งต่อ สัปดาห์ ส่วนน้อย สูบบุหรี่ 2 – 3 ครั้งต่อเดือน

ลักษณะการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ พ่นควันออกทางปาก จมูกโดยสูดควันเข้าปอด รองลงมาพ่นควันออกทางปาก จมูกแต่ไม่สูดควันเข้าปอด ส่วนน้อยที่สูดควันเข้าปอดอย่างเต็มที่

การอยู่บริเวณที่มีผู้สูบบุหรี่ หรือควันบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่ ผู้ที่สูบบุหรี่จะอยู่บริเวณที่มีผู้สูบบุหรี่ หรือควันบุหรี่

**ตอนที่ 3** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย จำแนกตามปัจจัยด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยา

3.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ ระยะเวลาของการเป็นโรค ประวัติครอบครัว และบุคลิกภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย จำนวน 415 คน ดังปรากฏตามตาราง 30 – 35

ตาราง 30 ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบแผนการดำเนินชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน จำแนกตามปัจจัยชีววิทยา

| ปัจจัยด้านชีววิทยา                   | n   | %     | S    | การแปลผล |
|--------------------------------------|-----|-------|------|----------|
| เพศ                                  |     |       |      |          |
| ชาย                                  | 215 | 57.31 | 5.32 | ปานกลาง  |
| หญิง                                 | 200 | 58.66 | 6.16 | ปานกลาง  |
| ประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ |     |       |      |          |
| มี                                   | 78  | 57.18 | 5.44 | ปานกลาง  |
| ไม่มี                                | 337 | 58.37 | 5.84 | ปานกลาง  |
| ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน        |     |       |      |          |
| มี                                   | 128 | 58.23 | 6.30 | ปานกลาง  |
| ไม่มี                                | 287 | 57.91 | 5.53 | ปานกลาง  |
| ประวัติครอบครัวเป็นโรคดันโลหิตสูง    |     |       |      |          |
| มี                                   | 132 | 57.99 | 6.65 | ปานกลาง  |
| ไม่มี                                | 283 | 58.02 | 5.33 | ปานกลาง  |
| บุคลิกภาพ                            |     |       |      |          |
| แบบ เอ                               | 80  | 57.36 | 6.20 | ปานกลาง  |
| แบบ บี                               | 335 | 58.17 | 5.55 | ปานกลาง  |

จากตาราง 30 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน มี

เพศชาย มีค่าเฉลี่ยร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 58.66 ( $S=5.32$ ) จัดอยู่ในระดับปานกลาง เพศหญิง มีค่าเฉลี่ยร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 57.33 ( $S=6.16$ ) จัดอยู่ในระดับปานกลาง

มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ มีค่าเฉลี่ยร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 57.18 ( $S=5.44$ ) จัดอยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีค่าเฉลี่ยร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 58.37 ( $S=5.84$ ) จัดอยู่ในระดับปานกลาง

มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 58.23 ( $S=6.30$ ) จัดอยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 57.91 ( $S=5.53$ ) จัดอยู่ในระดับปานกลาง

มีประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 57.99 ( $S=6.65$ ) จัดอยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 58.02 ( $S=5.33$ ) จัดอยู่ในระดับปานกลาง

และบุคลิกภาพ แบบ เอ ความดันโลหิตสูงความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 57.36 ( $S=6.20$ ) จัดอยู่ในระดับปานกลาง บุคลิกภาพแบบบี มีค่าเฉลี่ยร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 58.17 ( $S=5.55$ ) จัดอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 31 เปรียบเทียบแบบแผนการดำเนินชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน จำแนกตามปัจจัยชีววิทยา

| ปัจจัยชีววิทยา                              | n   | %     | S    | t     | p    |
|---------------------------------------------|-----|-------|------|-------|------|
| <b>เพศ</b>                                  |     |       |      |       |      |
| ชาย                                         | 215 | 58.66 | 5.32 | 2.38* | 0.01 |
| หญิง                                        | 200 | 57.31 | 6.16 |       |      |
| รวม                                         | 415 | 58.01 | 5.77 |       |      |
| <b>ประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ</b> |     |       |      |       |      |
| มี                                          | 78  | 57.18 | 5.44 | 1.41  | 0.16 |
| ไม่มี                                       | 337 | 58.37 | 5.84 |       |      |
| รวม                                         | 415 | 58.01 | 5.77 |       |      |
| <b>ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน</b>        |     |       |      |       |      |
| มี                                          | 128 | 58.23 | 6.30 | 0.34  | 0.97 |
| ไม่มี                                       | 287 | 57.91 | 5.53 |       |      |
| รวม                                         | 415 | 58.01 | 5.77 |       |      |

ตาราง 31 (ต่อ)

| ตัวแปร                            | n   | %     | S    | t    | p    |
|-----------------------------------|-----|-------|------|------|------|
| ประวัติครอบครัวเป็นโรคตันโลหิตสูง |     |       |      |      |      |
| มี                                | 132 | 57.99 | 6.65 | 0.34 | 0.97 |
| ไม่มี                             | 283 | 58.02 | 5.33 |      |      |
| รวม                               | 415 | 58.01 | 5.77 |      |      |
| บุคลิกภาพ                         |     |       |      |      |      |
| แบบ เอ                            | 80  | 57.36 | 6.20 | 1.13 | 0.26 |
| แบบ บี                            | 335 | 58.17 | 5.55 |      |      |
| รวม                               | 415 | 58.01 | 5.77 |      |      |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 31 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน เพศชาย มีค่าเฉลี่ยร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่า 58.66 ( $S=5.32$ ) เพศหญิง มีค่าเฉลี่ยร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 57.31 ( $S=6.16$ ) เมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1.1 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่มีเพศต่างกันมีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของเพศหญิง

ผู้มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ค่าเฉลี่ยร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 57.18 ( $S=5.44$ ) ที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ มีค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 58.37 ( $S=5.84$ ) เมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1.4 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 58.23 ( $S=6.30$ ) ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 57.91 ( $S=5.53$ ) เมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของ แบบแผนการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1.4 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้มีประวัติครอบครัวเป็นโรคตันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 57.99 ( $S=6.65$ ) ที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคตันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 58.02 ( $S=5.33$ ) เมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1.4 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคตันโลหิตสูงต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ เอ มีค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 57.36 ( $S=6.20$ ) ที่มีบุคลิกภาพแบบ บี มีค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 58.17 ( $S=5.55$ ) เมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1.5 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่บุคลิกภาพต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่าง

ตาราง 32 ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบแผนการดำเนินชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน จำแนกตามปัจจัยชีววิทยา

| ตัวแปร                | n   | %     | S    | แบบแผนการดำเนินชีวิต |
|-----------------------|-----|-------|------|----------------------|
| 1. อายุ               |     |       |      |                      |
| น้อยกว่า 40 ปี        | 50  | 56.82 | 4.99 | ปานกลาง              |
| 40 - 50 ปี            | 93  | 58.26 | 6.38 | ปานกลาง              |
| 52 - 60 ปี            | 96  | 57.74 | 6.24 | ปานกลาง              |
| 61 - 70 ปี            | 114 | 58.05 | 5.52 | ปานกลาง              |
| 70 ปีขึ้นไป           | 62  | 58.93 | 5.05 | ปานกลาง              |
| 2. ระยะเวลาการเป็นโรค |     |       |      |                      |
| น้อยกว่า 1 ปี         | 108 | 58.26 | 6.12 | ปานกลาง              |
| 1 - 5 ปี              | 195 | 57.91 | 5.54 | ปานกลาง              |
| 6 - 10 ปี             | 81  | 58.11 | 5.73 | ปานกลาง              |
| 10 ปีขึ้นไป           | 31  | 57.54 | 6.29 | ปานกลาง              |

จากตาราง 32 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน มีรายละเอียดดังนี้

อายุ พบว่า อายุ 70 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยของร้อยละแบบแผนการดำเนินชีวิตสูงสุด คือ 58.93 ( $S=5.05$ ) รองลงมา กลุ่มอายุ 40 – 50 ปี มีค่าเฉลี่ยของร้อยละแบบแผนการดำเนินชีวิต คือ 58.26 ( $S=6.38$ ) ส่วนอายุ น้อยกว่า 40 ปี มีค่าเฉลี่ยของร้อยละแบบแผนการดำเนินชีวิตต่ำที่สุด คือ 56.82 ( $S=4.99$ )

ระยะเวลาการเป็นโรค พบว่า ระยะเวลาการเป็นโรค น้อยกว่า 1 ปี มีค่าเฉลี่ยของร้อยละแบบแผนการดำเนินชีวิตสูงสุด คือ 58.29 ( $S=6.12$ ) รองลงมาระยะเวลาการเป็นโรค 6 – 10 ปี มีค่าเฉลี่ยของร้อยละแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 58.11 ( $S=5.73$ ) ส่วนระยะเวลาการเป็นโรค 10 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยของร้อยละแบบแผนการดำเนินชีวิตต่ำที่สุด คือ 57.54 ( $S=6.29$ )

ผู้วิจัยจึงนำตาราง 32 ไปวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way Analysis of Variance) ดังปรากฏตามตาราง 33

ตาราง 33 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน จำแนกตามปัจจัยชีววิทยา

| ตัวแปร                | แหล่งความแปรปรวน | df  | SS       | MS    | F    | p    |
|-----------------------|------------------|-----|----------|-------|------|------|
| 1. อายุ               | ระหว่างกลุ่ม     | 4   | 137.38   | 34.32 | 1.03 | 0.39 |
|                       | ภายในกลุ่ม       | 410 | 13653.52 | 33.30 |      |      |
|                       | รวม              | 414 | 13790.90 |       |      |      |
| 2. ระยะเวลาการเป็นโรค | ระหว่างกลุ่ม     | 3   | 16.20    | 5.39  | 0.16 | 0.92 |
|                       | ภายในกลุ่ม       | 411 | 13373.70 | 33.51 |      |      |
|                       | รวม              | 414 | 13790.90 |       |      |      |

จากตาราง 33 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีอายุต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1.2 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่อายุต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน

และระยะเวลาการเป็นโรคต่างกัน แบบแผนการดำเนินชีวิต แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1.3 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่ระยะเวลาการเป็นโรค ต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน

2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ การรับรู้สภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต และเจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย จำนวน 415 คน ดังปรากฏตามตาราง 34 - 38

ตาราง 34 ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน จำแนกตามปัจจัยจิตวิทยา

| ปัจจัยจิตวิทยา                              | n   | %     | S    | แบบแผนการดำเนินชีวิต |
|---------------------------------------------|-----|-------|------|----------------------|
| <b>การรับรู้สภาวะสุขภาพ</b>                 |     |       |      |                      |
| ระดับต่ำ                                    | 2   | 51.15 | 4.90 | ปานกลาง              |
| ระดับปานกลาง                                | 354 | 57.84 | 5.63 | ปานกลาง              |
| ระดับสูง                                    | 59  | 59.24 | 6.42 | ปานกลาง              |
| <b>ความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต</b> |     |       |      |                      |
| ระดับต่ำ                                    | 93  | 57.08 | 5.12 | ปานกลาง              |
| ระดับปานกลาง                                | 213 | 57.96 | 5.38 | ปานกลาง              |
| ระดับสูง                                    | 109 | 58.01 | 6.85 | ปานกลาง              |
| <b>เจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต</b>  |     |       |      |                      |
| ระดับต่ำ                                    | 2   | 51.51 | 9.25 | ปานกลาง              |
| ระดับปานกลาง                                | 187 | 56.68 | 5.27 | ปานกลาง              |
| ระดับสูง                                    | 226 | 59.22 | 5.87 | ปานกลาง              |

จากตาราง 34 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน การรับรู้สภาวะสุขภาพ มีแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 56.07 (S=5.65) ด้านความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ทุกระดับมีแบบแผนการดำเนินชีวิต จัดอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 57.68 (S=5.78) และ ด้านเจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ทุกระดับมีแบบแผนการดำเนินชีวิต อยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 55.80 (S=6.70)

ผู้วิจัยจึงนำตาราง 'ไปวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way Analysis of Variance) ดังปรากฏตามตาราง 35

ตาราง 35 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของแบบแผนการดำเนินชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน จำแนกตามปัจจัยจิตวิทยา

| ปัจจัยจิตวิทยา                       | แหล่งความแปรปรวน | df  | SS       | MS   | F    | p    |
|--------------------------------------|------------------|-----|----------|------|------|------|
| ความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต | ระหว่างกลุ่ม     | 2   | 167.10   | 83.5 | 2.52 | 0.81 |
|                                      | ภายในกลุ่ม       | 412 | 13623.80 | 33.0 |      |      |
|                                      | รวม              | 414 | 13790.90 |      |      |      |

จากตาราง 35 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย จำนวน 415 คน ที่มี ความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2.2 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่มีความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน

เนื่องจากการรับรู้สภาวะสุขภาพ และเจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ในกลุ่มระดับต่ำ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย จึงทำการรวมกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 ระดับ และทำการทดสอบค่าเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ดังตาราง 36

ตาราง 36 เปรียบเทียบแบบแผนการดำเนินชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน จำแนกตามปัจจัยจิตวิทยา

| ปัจจัยจิตวิทยา                             | n   | %     | S    | t     | p    |
|--------------------------------------------|-----|-------|------|-------|------|
| <b>การรับรู้สภาวะสุขภาพ</b>                |     |       |      |       |      |
| ระดับปานกลาง                               | 356 | 57.80 | 5.64 | 1.77* | 0.03 |
| ระดับสูง                                   | 59  | 59.24 | 6.42 |       |      |
| รวม                                        | 415 | 58.01 | 5.77 |       |      |
| <b>เจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต</b> |     |       |      |       |      |
| ระดับปานกลาง                               | 189 | 56.56 | 5.31 | 4.79* | 0.00 |
| ระดับสูง                                   | 226 | 59.22 | 5.87 |       |      |
| รวม                                        | 415 | 58.01 | 5.77 |       |      |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 36 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน ที่มีการรับรู้สภาวะสุขภาพปานกลาง มีค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 57.80 (S=5.64) ผู้ที่มีการรับรู้สภาวะสุขภาพสูง มีค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 59.24 (S=6.42) เมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2.1 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่การรับรู้สภาวะสุขภาพต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่าง

ที่มีเจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 56.56 (S=5.64) ผู้ที่มีเจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ระดับสูง มีค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 59.22 (S=5.87) เมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า เจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2.3 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่มีเจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3 ปัจจัยทางสังคมวิทยา ได้แก่ ตัวแปรระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส และแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย จำนวน 415 คนดังปรากฏตาม ตาราง 37 - 39

ตาราง 37 ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบแผนการดำเนินชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน จำแนกตามปัจจัยด้านสังคมวิทยา

| ปัจจัยด้านสังคมวิทยา     | n   | %     | S    | แบบแผนการดำเนินชีวิต |
|--------------------------|-----|-------|------|----------------------|
| <b>ระดับการศึกษา</b>     |     |       |      |                      |
| ประถมศึกษา               | 218 | 58.37 | 5.94 | ปานกลาง              |
| มัธยมศึกษา               | 82  | 57.89 | 5.37 | ปานกลาง              |
| อนุปริญญาหรือเทียบเท่า   | 51  | 57.10 | 6.16 | ปานกลาง              |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า     | 64  | 57.66 | 5.36 | ปานกลาง              |
| <b>อาชีพ</b>             |     |       |      |                      |
| รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ | 79  | 58.37 | 5.34 | ปานกลาง              |
| ค้าขายหรือประกอบธุรกิจ   | 120 | 57.66 | 5.40 | ปานกลาง              |
| เกษตรกรรม                | 53  | 58.54 | 7.23 | ปานกลาง              |
| รับจ้าง                  | 51  | 56.70 | 6.48 | ปานกลาง              |
| อาชีพแม่บ้าน             | 112 | 58.52 | 5.30 | ปานกลาง              |

ตาราง 37 (ต่อ)

| ปัจจัยสังคมวิทยา             | n   | %     | S    | แบบแผนการดำเนินชีวิต |
|------------------------------|-----|-------|------|----------------------|
| รายได้ครอบครัว               |     |       |      |                      |
| น้อยกว่า 5,000 บาท           | 151 | 57.61 | 4.88 | ปานกลาง              |
| 5,000 - 10,000 บาท           | 127 | 57.88 | 5.75 | ปานกลาง              |
| 10,001 - 15,000 บาท          | 62  | 58.35 | 6.24 | ปานกลาง              |
| 15,001 - 20,000 บาท          | 45  | 58.50 | 6.87 | ปานกลาง              |
| 20,000 บาทขึ้นไป             | 30  | 59.13 | 7.26 | ปานกลาง              |
| สถานภาพสมรส                  |     |       |      |                      |
| อยู่ด้วยกัน                  | 236 | 57.73 | 6.36 | ปานกลาง              |
| แยกกันอยู่                   | 40  | 58.40 | 4.53 | ปานกลาง              |
| หย่าร้าง                     | 20  | 60.15 | 6.86 | ปานกลาง              |
| ม่าย                         | 47  | 57.61 | 4.59 | ปานกลาง              |
| โสด                          | 72  | 58.57 | 4.67 | ปานกลาง              |
| การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม |     |       |      |                      |
| ได้รับ                       | 382 | 58.16 | 5.90 | ปานกลาง              |
| ไม่ได้รับ                    | 83  | 57.40 | 5.21 | ปานกลาง              |

จากตาราง 37 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน ที่มี

การศึกษาทุกระดับมีแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าระดับการศึกษา ประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนร้อยละสูงที่สุด เท่ากับ 58.37 (S=5.94)

ทุกกลุ่มอาชีพ มีแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าอาชีพเกษตรกรมีค่าเฉลี่ยของคะแนนร้อยละสูงที่สุด เท่ากับ 58.45 (S=7.23) รองลงมาเป็นอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ เท่ากับ 58.37 (S=5.34)

กลุ่มรายได้ครอบครัว ทุกกลุ่มมีแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่ารายได้ 20,000 บาทขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยของคะแนนร้อยละสูงที่สุด เท่ากับ 59.13 (S=7.26)

สถานภาพสมรส ทุกกลุ่มมีแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยสถานภาพสมรส หย่าร้าง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนร้อยละสูงที่สุด เท่ากับ 60.15 (S=6.86)

ผู้วิจัยจึงนำตาราง ไปวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 38

ตาราง 38 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน จำแนกตามปัจจัยสังคมวิทยา

| ปัจจัยสังคมวิทยา | แหล่งความแปรปรวน | df  | SS       | MS    | F    | p    |
|------------------|------------------|-----|----------|-------|------|------|
| ระดับการศึกษา    | ระหว่างกลุ่ม     | 3   | 79.38    | 26.42 | 0.79 | 0.49 |
|                  | ภายในกลุ่ม       | 411 | 13711.52 | 33.36 |      |      |
|                  | รวม              | 414 | 13790.90 |       |      |      |
| อาชีพ            | ระหว่างกลุ่ม     | 4   | 151.95   | 37.9  | 1.14 | 0.36 |
|                  | ภายในกลุ่ม       | 410 | 13638.95 | 33.2  |      |      |
|                  | รวม              | 414 | 13790.90 |       |      |      |
| รายได้ครอบครัว   | ระหว่างกลุ่ม     | 4   | 81.50    | 20.4  | 0.60 | 0.65 |
|                  | ภายในกลุ่ม       | 410 | 13709.40 | 33.4  |      |      |
|                  | รวม              | 414 | 13790.90 |       |      |      |
| สถานภาพสมรส      | ระหว่างกลุ่ม     | 4   | 140.27   | 35.0  | 1.05 | 0.38 |
|                  | ภายในกลุ่ม       | 410 | 13650.63 | 33.2  |      |      |
|                  | รวม              | 414 | 13700.90 |       |      |      |

ตาราง 38 ผลวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม

ระดับการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3.4 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่ระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน

อาชีพ พบว่า ผู้ที่มีอาชีพต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3.2 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่อาชีพต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน

รายได้ครอบครัว พบว่าผู้ที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3.3 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่รายได้ครอบครัวต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน

สถานภาพสมรส พบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3.4 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่สถานภาพสมรสต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน

ตาราง 39 เปรียบเทียบแบบแผนการดำเนินชีวิต จำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน

| การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม | n   | %     | S    | t    | p    |
|------------------------------|-----|-------|------|------|------|
| ได้รับ                       | 382 | 58.16 | 5.90 | 1.08 | 0.07 |
| ไม่ได้รับ                    | 83  | 57.40 | 5.21 |      |      |
| รวม                          | 415 | 58.01 | 5.77 |      |      |

จากตาราง 39 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมค่าเฉลี่ยคะแนนร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 58.16( $S=5.90$ ) ที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 57.40 ( $S=5.21$ ) เมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1.4 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่มีที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่าง

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตกับสภาวะสุขภาพ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ดังตาราง 40

ตาราง 40 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตกับสภาวะสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน

| สภาวะสุขภาพ                 | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ | p-value |
|-----------------------------|---------------------------|---------|
| ระดับดัชนีมวลกาย            | 0.05                      | 0.26    |
| ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก | 0.06                      | 0.15    |
| ระดับโคเลสเตอรอล            | 0.04                      | 0.94    |

จากตาราง 40 แสดงว่าระดับดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต อย่างไม่มีนัยสำคัญมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 4.1 ที่ แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพ

ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต อย่างไม่มีนัยสำคัญมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.06 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 4.2 ที่ แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพ

และระดับโคเลสเตอรอลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยมีความสัมพันธ์ กับแบบแผนการดำเนินชีวิต อย่างไม่มีนัยสำคัญมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.04 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 4.3 ที่ แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพ

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

#### สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า

##### ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

##### 1. เพื่อศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจดังนี้

- 1.1 การบริโภคอาหารอาหาร
- 1.2 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก
- 1.3 การสูบบุหรี่
- 1.4 การจัดการความเครียด

##### 2. เพื่อเปรียบเทียบแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามปัจจัยต่อไปนี้

- 2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา
- 2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา
- 2.3 ปัจจัยด้านสังคมวิทยา

##### 3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตกับสภาวะสุขภาพต่อไปนี้ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

- 3.1 ระดับโคเลสเตอรอล
- 3.2 ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก
- 3.3 ดัชนีมวลกาย

##### สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า

##### 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีปัจจัยด้านชีววิทยาต่อไปนี้ต่างกัน จะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตต่างกัน

- 1.1 เพศ
- 1.2 อายุ
- 1.3 ระยะเวลาของการเป็นโรค
- 1.4 ประวัติครอบครัว
- 1.5 บุคลิกภาพ

##### 2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีปัจจัยด้านจิตวิทยาต่อไปนี้ต่างกันจะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตต่างกัน

- 2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ
- 2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 2.3 เจตคติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีปัจจัยด้านสังคมวิทยาต่อไปนี้ต่างกัน จะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตต่างกัน

- 3.1 ระดับการศึกษา
- 3.2 อาชีพ
- 3.3 รายได้ครอบครัว
- 3.4 สถานภาพสมรส
- 3.5 แรงสนับสนุนทางสังคม

4. แบบแผนการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพต่อไปนี้ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

- 4.1 ระดับโคเลสเตอรอล
- 4.2 ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก
- 4.3 ดัชนีมวลกาย

#### วิธีการศึกษาค้นคว้า

##### ประชากร

ประชากร คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ คลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลประจำจังหวัดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 67,008 คน (สถิติผู้ป่วยนอกประจำปี พ.ศ.2544 )

##### กลุ่มตัวอย่าง

คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ในคลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลประจำจังหวัด นครปฐม อุตรดิตถ์ ขอนแก่น ภูเก็ต และโรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร จำนวน 415 คน โดยการเก็บทุกรายในระยะเวลาตั้งแต่เดือน มกราคม – มีนาคม 2547 ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณโดยใช้สูตร ยามาเน่ (Yamane. 1967 : 886)

#### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้  
ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ครอบครัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค และประวัติการป่วยของครอบครัวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวญาติ เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) และแบบเติมข้อความ จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบประเมินข้อมูลสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการวัดข้อมูลทางสรีระชีววิทยา ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับความดันโลหิต ระดับโคเลสเตอรอล เป็นข้อมูลพฤติกรรมที่ได้มาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยซึ่งเป็นข้อมูลครั้งสุดท้ายที่ผ่านมาไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 4 ข้อ

**ตอนที่ 3** เป็นแบบสอบถามปัจจัยจิตวิทยา ซึ่งประกอบด้วย

แบบสอบถามการรับรู้สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งลักษณะแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีทั้งหมด 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 10 ข้อ

แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีทั้งหมด 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 10 ข้อ

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) มีทั้งหมด 3 ระดับคือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ จำนวน 13 ข้อ

**ตอนที่ 4** แบบสอบถามบุคลิกภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) ซึ่งได้มาจากการศึกษาของ Friedman and Rosenman มีทั้งหมด 2 ระดับคือ ใช่ และไม่ใช่ จำนวน 13 ข้อ

**ตอนที่ 5** แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นคำถามแบบตรวจสอบรายการเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การสูบบุหรี่ และการจัดการความเครียด ซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินความถี่ของการปฏิบัติ และคำถามปลายเปิดระบุชนิดของการปฏิบัติ มีดังนี้

5.1 ด้านการบริโภคอาหารเป็นข้อคำถามที่ถามถึงชนิดของอาหารที่รับประทานโดยระบุถึงจำนวนครั้งของการรับประทานอาหารนั้นๆ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งผู้วิจัยระบุชนิดของอาหารที่มีทั้งไขมันและ แคลอรีที่สูงและต่ำ คือ เป็นประจำ เป็นส่วนมาก เป็นบางครั้ง และไม่รับประทานเลย จำนวน 17 ข้อ

5.2 ด้านการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นข้อคำถามที่ถามถึงลักษณะของการออกกำลังกายทั้งชนิด ความสม่ำเสมอและระยะเวลาที่ออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ

5.3 ด้านการสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติด้านการสูบบุหรี่ทั้งประวัติในอดีต จำนวน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ รวมถึงการอยู่ในที่ที่มีควันบุหรี่ เป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการ(Check list) จำนวน 2 ข้อ

5.4 ด้านการจัดการความเครียด เป็นข้อคำถามที่วัดความถี่ในการปฏิบัติ ในการจัดการความเครียดเป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการ (Check list) คือ เป็นประจำ เป็นส่วนมาก เป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ จำนวน 14 ข้อ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ตรวจสอบเรียบร้อยแล้วมาดำเนินการวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และการทดสอบสมมุติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยของแบบสอบถามแต่ละฉบับ คัดเลือกเฉพาะฉบับที่สมบูรณ์ และตรวจให้คะแนนแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สำหรับนำมาวิเคราะห์ต่อไป

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ มีขั้นตอนดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามโดยนำมาวิเคราะห์แจกแจงค่าความถี่ และค่าร้อยละ ตามตัวแปรอิสระ

2.2 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิทยา ด้านบุคลิกภาพ และแบบแผนการดำเนินชีวิตนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $S$ )

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (Independent  $t$  - test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 1.1, 1.4, 1.5, 2.1, 2.3, 3.5

2.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่าเอฟ ( $F$  - test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 1.2, 1.3, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4

ถ้าพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman - Keul Method)

2.5 คำนวณหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตกับสภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 4

3. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางและความเรียงพร้อมข้อเสนอแนะ

### สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415คน เป็นเพศชายร้อยละ 51.8 เพศหญิงร้อยละ 48.2 ส่วนใหญ่ร้อยละ 27.5 มีอายุระหว่าง 61 - 70 ปี โดยร้อยละ 56.9 มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ส่วนใหญ่ร้อยละ 52.5 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ร้อยละ 28.9 มีค้าขายหรือประกอบธุรกิจ ส่วนใหญ่ร้อยละ 42.4 มีรายได้ครอบครัว น้อยกว่า 5,000 บาท ส่วนใหญ่ร้อยละ 47.0 มีระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือด หัวใจระหว่าง 1 - 5 ปี พบว่า ร้อยละ 18.8 มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 30.8 มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 31.8 มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ร้อยละ 21 ได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจากครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์ และส่วนใหญ่ร้อยละ 80.7 มีบุคลิกภาพ แบบ บี

1.2 ข้อมูลสภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 44.1 มี ระดับดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ คือ น้อยกว่า 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร รองลงมาร้อยละ 31.1 มีระดับดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 คือ 25.0-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนใหญ่ร้อยละ 40.7 มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก อยู่ในระดับปกติ คือน้อยกว่า 85

มิลลิเมตรปรอท รองลงมา ร้อยละ 37.8 มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก อยู่ในระดับสูงกำลัง คือ 85 -99 มิลลิเมตรปรอท และส่วนใหญ่ร้อยละ 35.7 มีระดับโคเลสเตอรอล อยู่ในระดับสูง คือ 200 - 239 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร รองลงมา ร้อยละ 30.4 มีระดับโคเลสเตอรอล อยู่ในระดับสูงปานกลาง คือ 240 – 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

1.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน มี การรับรู้สภาวะสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 59.24 จัดอยู่ในระดับ ปานกลาง เจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต มีค่าคะแนนเฉลี่ย 58.22 จัดอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตมีคะแนนร้อยละเฉลี่ยเท่ากับ 57.79 จัดอยู่ในระดับ ปานกลาง

1.4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.4 มีแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับ ปานกลาง โดยในด้านการรับประทานอาหารร้อยละ 64.8 อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการออกกำลังกายร้อยละ 61.4 ออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการสูบบุหรี่ร้อยละ 70.8 สูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง และด้านการจัดการความเครียด ร้อยละ 81.0 มีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับ

## 2. ผลการทดสอบสมมุติฐาน สรุปผลได้ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีปัจจัยด้านชีวิตวิทยาท่อไปนี้ต่างกัน จะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตต่างกัน ผลการทดสอบสมมุติฐาน สรุปผลได้ดังนี้

2.1.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.1.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.1.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิต แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.1.4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิต แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.1.5 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีบุคลิกภาพต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิต แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีปัจจัยด้านจิตวิทยาท่อไปนี้ต่างกัน จะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตต่างกัน ผลการทดสอบสมมุติฐาน สรุปผลได้ดังนี้

2.2.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการรับรู้สภาวะสุขภาพต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิต แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีปัจจัยด้านสังคมวิทยาต่อไปนี้ต่างกัน จะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตต่างกัน ผลการทดสอบสมมุติฐาน สรุปผลได้ดังนี้

2.3.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3.4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3.5 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 แบบแผนการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพต่อไปนี้ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการทดสอบสมมุติฐาน สรุปผลได้ดังนี้

2.4.1 แบบแผนการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์กับระดับโคเลสเตอรอล ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4.2 แบบแผนการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4.3 แบบแผนการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

## อภิปรายผล

จากการศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย อภิปรายผลได้ดังนี้

1. ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายแบบแอโรบิค การสูบบุหรี่ และการขจัดความเครียด ได้ผลดังนี้

### 1.1 ด้านการบริโภคอาหาร

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนร้อยละ เท่ากับ 65.85 จัดอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่าง ที่รับประทานอาหารกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในภาคเหนือ พบมากที่สุด ร้อยละ 82.0 รองลงมาภาคกลาง พบร้อยละ 61.6 กรุงเทพมหานครพบร้อยละ 51.6 ภาคใต้ พบร้อยละ 40.0 และภาคอีสานพบน้อยที่สุด ร้อยละ 23.3 กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานอาหารกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจ พบว่าทุกภาคของประเทศไทย รับประทานเครื่องในสัตว์ ไข่แดง ไข่ลวก ข้าวมันไก่ ปาท่องโก๋ กลัวยทอด มันทอด ขนมหวานใส่กะทิ ผลไม้รสหวานทุกชนิด โดยรับประทานทุเรียน ขนุน ต้มก่าแพ และรับประทานอาหารปิ้งย่าง

โดยในภาคเหนือ ส่วนใหญ่รับประทาน แกงกะทิทุกชนิด แกงฮังเล ปาท่องโก๋ กลัวยทอด มันทอด ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ แคปหมู กากหมู ขนมหวานใส่กะทิ ผลไม้รสหวานทุกชนิด โดยรับประทานทุเรียน ขนุน ต้มก่าแพ แอลกอฮอล์ และน้ำอัดลม และรับประทานอาหารปิ้งย่าง เช่นหมูกระทะ

ในภาคกลาง ส่วนใหญ่รับประทาน แกงกะทิทุกชนิด แกงเขียวหวาน เต้าเจี้ยวหลน ปาท่องโก๋ ไก่ทอด กลัวยทอด มันทอด อาหารทะเลได้แก่ปลาหมึก กุ้ง หอย ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ขนมหวานใส่กะทิ ผลไม้รสหวานทุกชนิด โดยรับประทานทุเรียน ขนุน ต้มกาแฟ แอลกอฮอล์ และน้ำอัดลม รับประทานอาหารปิ้งย่าง และซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทานเอง

ในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่รับประทาน แกงกะทิทุกชนิด แกงเขียวหวาน เต้าเจี้ยวหลน ปาท่องโก๋ ไก่ทอด กลัวยทอด มันทอด หนัไก่ทอด ไข่แดง และเครื่องในสัตว์ อาหารทะเล ได้แก่ ปลาหมึก กุ้ง หอย ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ขนมหวานใส่กะทิ ผลไม้รสหวานทุกชนิด โดยรับประทานทุเรียน ขนุน ต้มแอลกอฮอล์ กาแฟ และน้ำอัดลม และรับประทานอาหารปิ้งย่าง และซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทานเอง

ในภาคใต้ ส่วนใหญ่รับประทาน แกงกะทิทุกชนิด แกงคั่วไก่และหอย ปาท่องโก๋ ไก่ทอด ไรต์ อาหารทะเลได้แก่ปลาหมึก กุ้ง หอย ข้าวมันไก่ หนัไก่ทอด ผลไม้รสหวานทุกชนิด โดยรับประทานทุเรียน ต้มกาแฟ และน้ำอัดลม และซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทานเอง

และในภาคอีสาน ส่วนใหญ่รับประทาน แกงกะทิทุกชนิด แกงเขียวหวาน ปาท่องโก๋ ไก่ทอด กลัวยทอด มันทอด เครื่องในสัตว์ ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ผลไม้รสหวานทุกชนิด โดยรับประทานทุเรียน ต้มกาแฟ แอลกอฮอล์ และน้ำอัดลม

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร รับประทานอาหารธัญพืช เช่นลูกเดี๋ย ถั่วแดง และทุกภาคดื่มน้ำเต้าหู้ และในด้านสมุนไพรพื้นบ้านที่นิยมบริโภคนั้นพบว่า ภาคเหนือและภาคกลาง ใช้กระเทียม ตะไคร้ หอมแดง ข่า และพริกไทยดำ กรุงเทพมหานครใช้สมุนไพรพื้นบ้านเป็นส่วนน้อย โดยบริโภคสมุนไพรพื้นบ้านเหมือนภาคกลาง ภาคใต้ บริโภคสมุนไพรพื้นบ้านมากที่สุดคือขมิ้นชัน รองลงมาเป็น ขิง กระเทียม และนิยมดื่มชา ส่วนภาคอีสาน ใช้กระเทียม หอมแดง กระชาย พริกไทยดำ และตะไคร้

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างยังรับประทานอาหารที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น เครื่องในสัตว์ ไข่แดง ไข่ลวก ข้าวมันไก่ ปาท่องโก๋ กลัวยทอด มันทอด ซึ่งใช้วิธีการทอดมากกว่าวิธีการอื่นๆ เป็นวิธีการปรุงอาหารที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพราะมีโอกาสได้รับไขมันมากกว่าวิธีการปรุงด้วยการต้ม นี่ อาจเป็นเพราะอาหารทอดเช่น ปาท่องโก๋ ไก่ทอด หาซื้อง่าย พบได้ในตลาดทุกแห่ง และสะดวกรวดเร็ว อีกทั้งยังราคาถูก แนวโน้มของการบริโภคอาหารกลุ่มนี้จึงมีมาก ผู้ป่วยบางส่วนยังให้เหตุผลว่า ชอบในรสชาติของอาหารที่ไขมันสูง และตนก็อายุมากแล้ว จึงมีความสุขกับการบริโภคอาหารที่ตนชอบ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ความพึงพอใจในการเลือกรับประทานมากกว่า โดยให้ความสำคัญกับสุขภาพน้อย ดังนั้นการบริโภคอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง มีผลทำให้โคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัว และเป็นส่วนมากที่ต้มกาแฟ น้ำอัดลม และบริโภคผลไม้และขนมหวานที่ใส่กะทิ ซึ่งมีพลังงานมากกว่าความต้องการของร่างกาย ดังนั้นพลังงานส่วนนี้จะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันและสะสมตามส่วนต่างๆของร่างกาย และส่งผลโดยตรงต่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของอดิศักดิ์ ศรีละอง (2542 : ง) ที่ศึกษาสังคมจิตวิทยาในการบริโภคอาหารไขมันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่ยังคงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเพิ่มระดับโคเลสเตอรอลในเลือด

ส่วนการบริโภคอาหารที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยดื่มน้ำเต้าหู้ และธัญพืชทุกภาค และทุกภาคจะใช้สมุนไพรพื้นบ้านที่คล้ายคลึงกัน คือ กระเทียม ตะไคร้ หอมแดง ข่า กระชาย และพริกไทยดำ แต่ในภาคใต้ส่วนใหญ่บริโภค ขมิ้น และขิง เนื่องจากพื้นเพของชาวใต้มีอาชีพประมง และมักรับประทาน อาหารประเภทปลา สัตว์น้ำจากทะเลซึ่งมีความเค็ม จึงใช้ ขมิ้น และเครื่องเทศ เพื่อลด กลิ่นเค็ม นอกจากนี้ยังนิยม บริโภคพริกไทย และพริกชี้หนูเป็นประจำทำให้ความเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร ต่ำกว่าภาคอื่น (ศรีสมร คงพันธ์. 2535 : 19 ) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากพื้นเพดั้งเดิมของการบริโภคอาหาร พบว่า

ภาคเหนือ นิยมอาหารรสอ่อน แต่ไม่หวาน รับประทานหมู ไก่ ปลาเป็นประจำ การปรุงอาหาร นิยมใช้วิธีการแกง ส้า ยำ ตำ และหลู้ โดยอาหารส่วนใหญ่จะใช้น้ำมัน แกงฮังเล และแกงฮั้วใช้หมู 3 ชั้นในการปรุง นอกจากนี้ น้ำเงี้ยวเองยังใช้หมู 3 ชั้นสับและใส่น้ำมันหมูผสมลงไปด้วยเพื่อเพิ่มรสชาติอาหาร

ภาคกลาง อาหารออกรสเผ็ด หวาน เค็ม เปรี้ยว เป็นอาหารรสจัด มักมีกะทิเป็นส่วนประกอบ ในอาหาร เช่น แกงเขียวหวานต้มกะทิสายบัว เต้าเจี้ยวหลน

ภาคใต้ ชาวใต้มีอาชีพประมงและมักรับประทาน อาหารประเภทปลา สัตว์น้ำจากทะเลซึ่งมีความเค็ม จึงใช้ ขมิ้น และเครื่องเทศ เพื่อลดกลิ่นเค็ม นอกจากนี้ยังนิยม บริโภคพริกไทย และพริกชี้หนูเป็นประจำ จึงรับประทานผักมากพร้อมไปด้วย

ภาคอีสาน นิยมบริโภคอาหารรสจัด เผ็ด เค็ม เปรี้ยว นำน้อยวิธีในการปรุงนิยมนำ หมก อ่อม ต้ม เผา นึ่ง เช่น แกงหน่อไม้ ส้มตำ ลาบ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง ยังมีแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการรับประทานอาหารในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่บริโภคอาหารที่มีไขมัน โคเลสเตอรอล และพลังงานที่สูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญ ในการนำไปสู่ภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจในที่สุด

## 1.2 ด้านการออกกำลังกายแบบแอโรบิก

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยร้อยละของแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เท่ากับ 46.80 จัดอยู่ในระดับต่ำ และในจำนวนจำนวน 304 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายแบบแอโรบิก ในภาคกลาง พบมากที่สุด ร้อยละ 93.33 รองลงมาภาคใต้ พบร้อยละ 81.81 กรุงเทพมหานครพบร้อยละ 78.80 ภาคอีสาน พบร้อยละ 56.66 และภาคเหนือพบน้อยที่สุด ร้อยละ 54.00 ส่วนใหญ่จะออกกำลังกายชนิดเบา และชนิดปานกลาง ส่วนใหญ่ออกกำลังกายบริเวณบ้าน รองลงมาออกกำลังกายที่สนามกีฬา และนอกจากนี้ก็มีกิจกรรมการใช้พลังงานอื่นๆ ได้แก่ ทำงานบ้าน และรดน้ำต้นไม้ โดยพบว่า ในภาคกลาง ส่วนใหญ่ ออกกำลังกายชนิดปานกลางได้แก่ วิ่ง แอโรบิก เดินเร็ว และรำมวยจีน ส่วนใหญ่ออกกำลังกายที่สนามกีฬามากกว่าออกกำลังกายในบริเวณบ้าน ภาคใต้ส่วนใหญ่ ออกกำลังกายชนิดปานกลางได้แก่ วิ่ง แอโรบิก รำมวยจีน เดินเร็ว ส่วนใหญ่ออกกำลังกายในบริเวณบ้านมากกว่าออกกำลังกายที่สนามกีฬา กรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ ออกกำลังกายชนิดปานกลางได้แก่ เดินเร็ว ว่ายน้ำ บริหาร แอโรบิก โยคะ ไทเก๊ก ส่วนใหญ่ออกกำลังกายในบริเวณบ้านมากกว่าออกกำลังกายที่สนามกีฬา ภาคอีสาน ส่วนใหญ่ ออกกำลังกายชนิดเบา ได้แก่ เดิน และเล่นเปตอง ส่วนใหญ่ออกกำลังกายในบริเวณบ้านมากกว่าออกกำลังกายที่สนามกีฬา และภาคเหนือ ส่วนใหญ่ ออกกำลังกายชนิดปานกลางได้แก่ แอโรบิก ว่ายน้ำ รำมวยจีน รำไม้พลอง และปั่นจักรยาน ส่วนใหญ่ออกกำลังกายในบริเวณบ้านมากกว่าออกกำลังกายที่สนามกีฬา โดย

ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการออกกำลังกาย 10 – 20 นาที และความถี่ในการออกกำลังกาย 1 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อรู้ตนเองเจ็บป่วยจึงคิดว่าไม่ควรออกกำลังกายมาก เพราะกลัวว่าจะมีอาการเจ็บหน้าอกกำเริบขึ้นมา ทำกลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการออกกำลังกายในระดับต่ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ออกกำลังกายที่ใช้ความแรง (Intensity) ในการออกกำลังกายในชนิดเบา ได้แก่ การเดิน และวิ่งเหยาะๆ ซึ่งใช้ค่าพลังงาน 7 – 15 METs มีระยะเวลา (Duration) ในการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ 10 – 20 นาที ซึ่งการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 20 – 30 นาที เพราะการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจะเปลี่ยนแปลงไปเมื่อออกกำลังกายไปแล้ว อย่างน้อย 10 นาที และในด้านความถี่ (Frequency) ของการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ออกกำลังกาย 1 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ยังไม่เพียงพอ เนื่องจากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หรืออย่างน้อย 3 – 5 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยการออกกำลังกายที่น้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ นั้น จะไม่ได้รับประโยชน์และการออกกำลังกายที่มากกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก็ไม่ได้ได้รับประโยชน์เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน เพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามมาตรฐานควรออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

### 1.3 ด้านการสูบบุหรี่

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการสูบบุหรี่ในระดับต่ำ (ไม่สูบบุหรี่) ใน จำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ 85 คน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูบบุหรี่ ในกรุงเทพมหานคร พบมากที่สุด ร้อยละ 78.8 รองลงมาภาคกลาง และอีสาน พบร้อยละ 33.3 และภาคเหนือพบน้อยที่สุด ร้อยละ 16.0

โดยกลุ่มตัวอย่าง ที่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่ และเลิกมาแล้ว 2 – 5 ปีมากที่สุด เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงวัยรุ่น อายุระหว่าง 15 – 20 ปี เป็นส่วนใหญ่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่อยู่ระหว่าง 30 – 45 ปีพบมากที่สุด

ชนิดบุหรี่ที่สูบบ่อยที่สุด คือบุหรี่สำเร็จรูปที่มีก้านกรอง รองลงมาเป็นบุหรี่ที่ไม่มีก้านกรอง ส่วนน้อยเป็นยาเส้น

จำนวนบุหรี่ที่สูบ ส่วนใหญ่ สูบบุหรี่ 5 – 10 มวน รองลงมา 11 – 20 มวน ส่วนน้อยมากกว่า 20 มวน

ความบ่อยของการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ทุกวัน รองลงมาสูบบุหรี่ 4 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนน้อย สูบบุหรี่ 2 – 3 ครั้งต่อเดือน

ลักษณะการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ พ่นควันออกทางปาก จมูกโดยสูดควันเข้าปอด รองลงมา พ่นควันออกทางปาก จมูกแต่ไม่สูดควันเข้าปอด ส่วนน้อยที่สูดควันเข้าปอดอย่างเต็มที่

การอยู่บริเวณที่มีผู้สูบบุหรี่ หรือควันบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่ ผู้ที่สูบบุหรี่จะอยู่บริเวณที่มีผู้สูบบุหรี่ หรือควันบุหรี่

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ เพราะเมื่อรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยจึงพยายามหลีกเลี่ยง พฤติกรรมที่ส่งผลต่อความรุนแรงของโรค จึงหยุดสูบบุหรี่ แต่ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่ และเลิกมาแล้ว 2 – 5 ปี มากที่สุด เพราะกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรค 1 – 5 ปี จึงพยายามที่จะหลีกเลี่ยงและงดสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่าง เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงวัยรุ่น อายุระหว่าง 15 – 20 ปี เป็นส่วนใหญ่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่อยู่ระหว่าง 30 – 45 ปีพบมากที่สุด เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ พบในกลุ่มอายุ มากกว่า 40 ปี ขึ้น ไป จึงทำให้ช่วงระยะเวลาของการสูบบุหรี่นาน จากการศึกษาของ Kelly et al. 1972 : 815 พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ ระยะเวลาตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง และมีโอกาสที่จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 5 ปี

กลุ่มตัวอย่าง มีการสูบบุหรี่พบว่า ชนิดบุหรี่ที่สูบมากที่สุด คือบุหรี่สำเร็จรูปที่มีก้านกรอง รองลงมาเป็นบุหรี่ที่ไม่มีก้านกรอง ส่วนน้อยเป็นยาเส้น จำนวนบุหรี่ที่สูบ ส่วนใหญ่ สูบบุหรี่ 5 – 10 มวน รองลงมา 11 – 20 มวน ส่วนน้อยมากกว่า 20 มวน ความบ่อยของการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ทุกวัน รองลงมาสูบบุหรี่ 4 – 6 ครั้งต่อ สัปดาห์ ส่วนน้อย สูบบุหรี่ 2 – 3 ครั้งต่อเดือน เพราะเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้าบุหรี่ มีผลทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นจึงพยายามที่จะลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงแต่ไม่สามารถหยุดสูบได้ เนื่องจากบุหรี่จัดได้ว่าเป็นสิ่งเสพติด ที่พบมาก และหยุดการสูบบุหรี่ได้น้อย เพราะกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่มานาน และส่วนใหญ่จะหยุดสูบเมื่ออาการของโรครุนแรงเป็นระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ดังนั้นการสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้เกิดเส้นเลือดแดงแข็งตัวในหลอดเลือดโคโรนารี เนื่องจากไขมันในเลือดและการแข็งตัวของเลือด ซึ่งการสูบบุหรี่ทำให้เพิ่มระดับ LDL (Low Density Lipoprotein) และ VLDL (Very Low Density Lipoprotein) และลด HDL (High Density Lipoprotein) เมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว เพิ่ม Free Fatty Acids และเพิ่มการสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์และ VLDL โดยตับ ในทางกลับกันลดการสร้าง HDL มีผลต่อการเพิ่มการสะสมโคเลสเตอรอลที่ผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบขึ้น นอกจากนี้เกล็ดเลือดจะหลั่ง Growth Hormone ทำให้มีการเติบโตของเอนโดธีเลียมเซลล์ในเส้นเลือด ส่งผลกับการเกิด Atherosclerosis Plaque ทำให้เส้นเลือดเกิดการอุดตันได้ รวมทั้งเลือดคนที่สูบบุหรี่แข็งตัวง่ายเนื่องจาก การสูบบุหรี่กระตุ้นการรวมตัวของเกล็ดเลือดทันทีหลังจากการสูบบุหรี่ และสารนิโคตินยังกระตุ้นให้มีการหลั่งสารแคทีโคลามีนมากขึ้น มีผลทำให้หลอดเลือดหดตัวตีบเล็กลงความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น จากปัจจัยดังกล่าวทำให้เกิดหลอดเลือดตีบแคบมากขึ้น

#### 1.4 ด้านการจัดความเครียด

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการจัดความเครียดระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยของคะแนนร้อยละ เท่ากับ 61.72

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดความเครียดในระดับปานกลาง เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่า หัวใจเป็นอวัยวะสำคัญแสดงถึงการมีชีวิตอยู่ กลุ่มตัวอย่างจึงวิตกกังวล และมีความเครียดต่อการดำเนินของโรคจากการเจ็บหน้าอก ยังความทุกข์ทรมานกับตนเองและครอบครัว ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงพยายามปรับเปลี่ยนแบบแผนการจัดความเครียดไปในทางที่สูงมากขึ้น

2. ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ตามปัจจัยชีววิทยา จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นโรค ประวัติครอบครัว และบุคลิกภาพได้ผลดังนี้

### 2.1 จำแนกตามเพศ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่มีเพศต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 51.8 เพศหญิงร้อยละ 48.2 โดยพบว่าเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 58.66 ( $S = 5.32$ ) ตีกว่าเพศชายซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 57.31 ( $S = 6.61$ ) จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เพศเป็นปัจจัยที่บ่งถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย นอกจากนี้ยังกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว โดยสังคมไทยกำหนดบทบาทให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงให้เป็นผู้ดูแลครอบครัว จึงพบว่าเพศหญิงจึงมีแบบแผนของพฤติกรรมในด้านต่างๆ ตีกว่า เนื่องจากเพศหญิงต้องดูแลครอบครัวจึงอาจมีความสนใจด้านสุขภาพมากกว่าเพื่อให้ครอบครัวของตนเองมีสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ สมปองใจกล้า (2545 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่าเพศต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และประนอม ดวงใจ (2540 : 74 – 75) ที่ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ พบว่า เพศต่างกันแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรนุช ไตรรัตน์โพภาส (2545 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถีพบว่าเพศต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่แตกต่างกัน อมรรรัตน์ เกตุดารา (2543 : ง) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จังหวัดชัยนาท พบว่าเพศต่างกันพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จังหวัดชัยนาทไม่แตกต่างกัน วณี กอสุวรรณกิจ (2543 : 68-75) ที่ได้ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ : กรณีศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้พิพากษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าเพศต่างกันแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่แตกต่างกัน อติศักดิ์ ศรีละออง (2542 : ง) ที่ได้ศึกษาสังคมวิทยาในการบริโภคอาหารไขมันของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าเพศต่างกันสังคมวิทยาในการบริโภคอาหารไขมันของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดไม่แตกต่างกัน มณฑิชา อนุกุลวุฒิพงษ์ (2540 : ก - ข) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของวัยรุ่นไทยใน กรุงเทพมหานคร พบว่าเพศต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่แตกต่างกัน

### 2.2 จำแนกตามอายุ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าในกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาพบว่า กลุ่มอายุ 61 - 70 ปีพบมากที่สุด ร้อยละ 27.50 รองลงมา 51 – 60 ปี ร้อยละ 23.10 และทุกกลุ่มอายุมีแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรนุช ไตรรัตน์โพภาส (2545 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าอายุต่างกันพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่ แตกต่างกัน วณี กอสุวรรณกิจ (2543 : 68-75) ที่ได้ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ:กรณี

ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้พิพากษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า อายุต่างกันแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่แตกต่างกัน จีระจิตต์ (2542 : ง) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด : กรณีศึกษา กลุ่มข้าราชการในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่าอายุต่างกันการมีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมปอง ใจกล้า (2545 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่าอายุต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ตรีนาท โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 75) ที่ได้ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาใช้บริการที่สำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

### 2.3 จำแนกตามระยะเวลาการเป็นโรค

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ที่มีระยะเวลาการเป็นโรคต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 47.00 เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมา 1 – 5 ปี มีค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 57.91 ( $S = 5.54$ ) จัดอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 26.00 เป็นโรคน้อยกว่า 1 ปี และมีค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 58.26 ( $S = 6.12$ ) จัดอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดเมื่อกลุ่มตัวอย่าง รับรู้ว่าตนเองเป็นโรคนี้ระยะแรกจะมีปฏิกิริยาด้านจิตใจและพฤติกรรมการตอบสนองได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว โกรธ ซึมเศร้า ปฏิเสธ และถดถอยไม่ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับและพยายามปรับตัวต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพในด้านต่างๆ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการพักผ่อน และการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ในระดับปานกลาง และเป็นปฏิริยาสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง และมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติให้ถูกต้อง ซึ่งการปรับตัวต่อสิ่งต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมจะใช้เวลานานประมาณ 3-6 เดือนหลังการเจ็บป่วย (ประภา รัตนเมธานนท์. 2532 : 93) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1 - 5 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีศนา วรรณท์ (2541 : ก - ข) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่าระยะเวลาการเป็นโรคต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรนุช ไตรรัตน์โพภาส (2545 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถีพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแตกต่างกัน สมปอง ใจกล้า(2545 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่าระยะเวลาการเป็นโรคต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การที่อายุ และระยะเวลาของการเป็นโรค ไม่แตกต่างกันนั้น เนื่องจากโดยทั่วไปแล้วบุคคลจะให้ความหมายว่าหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่ง ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่ว่าจะเจ็บป่วยด้วยระยะเวลานานเท่าใดก็ตาม ย่อมต้องการที่จะดูแล และ

รักษาให้หายจากอาการโดยเร็ว เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตโดยปกติ ดังนั้นจึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองที่คล้ายคลึงกัน นอกจากนี้ความรู้และคำแนะนำที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคลากรทีมสุขภาพไม่ว่าจะมีระยะเวลาการเป็นโรคนานเท่าใด ก็จะได้รับคำแนะนำอย่างเท่าเทียมกัน ดังนั้นผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกัน จึงมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกันและมีแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน

#### 2.4 จำแนกตามประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ มีแบบแผนการดำเนินชีวิต แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจพบร้อยละ 18.80 มีค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 57.18 ( $S=5.44$ ) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจพบร้อยละ 81.20 มีค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 58.37 ( $S=5.84$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วณิ กอสุวรรณกิจ (2543 : 68-75) ที่ได้ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ:กรณีศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้พิพากษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจต่างกันแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน อุทัย เจริญจิตต์ (2542 : ง) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด : กรณีศึกษา กลุ่มข้าราชการในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่าประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจต่างกัน มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ไม่แตกต่างกัน และมณฑิชา อนุกุลวุฒิพงษ์ (2540 : ก - ข) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพมหานคร พบว่าประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่แตกต่างกัน

#### 2.5 จำแนกตามประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิต แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน พบร้อยละ 30.80 มีค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 58.23 ( $S=6.30$ ) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน พบร้อยละ 69.20 มีค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 57.91 ( $S=5.53$ )

#### 2.6 จำแนกตามประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิต แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 31.80 มีค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 57.99 ( $S=6.65$ ) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 68.20 มีค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 58.02 ( $S=5.33$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิชา อนุกุลวุฒิพงษ์ (2540 : ก - ข) ที่ได้ศึกษา พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพมหานคร พบว่าประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง แต่แบบแผนการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน อาจเกิดจากลักษณะพฤติกรรมด้านสุขภาพของคนไทย เองที่ไม่เห็นความสำคัญของการมีสุขภาวะและพฤติกรรมสุขภาพ จึงมีการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย มีการสูบบุหรี่ และการจัดการความเครียดในระดับปานกลางเท่ากัน เพราะแม้ว่าตนเองจะมีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึ่งจัดว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ก็ยังมีพฤติกรรมด้านสุขภาพเหมือนคนอื่น ๆ ทั่วไป ขาดการป้องกันไม่ให้ตนเองเกิดโรค จึงเป็นปัญหาที่พบในประเทศไทยอย่างต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ

## 2.7 จำแนกตามบุคลิกภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีบุคลิกภาพต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพ แบบเอ ร้อยละ 19.30 มีค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 57.36 ( $S=6.20$ ) บุคลิกภาพ แบบบี ร้อยละ 80.70 มีค่าเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิต เท่ากับ 58.17 ( $S=5.55$ ) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า บุคลิกภาพแบบ เอ และแบบ บี ไม่ได้ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตามแบบแผนการดำเนินชีวิต เนื่องจากว่าแม้ บุคลิกภาพ แบบ เอ หรือ บี เมื่อเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจแล้ว ทุกคนจะได้รับข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำที่เหมือนกัน ดังนั้น การเลือกซื้อ หรือบริโภคอาหารเพื่อหลีกเลี่ยงอาหารกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งในด้านการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และด้านการจัดการความเครียด จึงปรับเปลี่ยนไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วณี กอสุวรรณกิจ (2543 : 68-75) ที่ได้ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ:กรณีศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้พิพากษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า บุคลิกภาพต่างกันแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อุทัย เจริญจิตต์ (2542 : ง) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด : กรณีศึกษา กลุ่มข้าราชการในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่าบุคลิกภาพต่างกัน การมีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกัน

3. ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ตามปัจจัยจิตวิทยา จำแนกตามตัวแปร การรับรู้สภาวะสุขภาพ เจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต และความถี่เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ได้ผลดังนี้

### 3.1 จำแนกตามการรับรู้สภาวะสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สภาวะสุขภาพต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้สภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.30 มีค่าเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 57.84 ( $S=5.63$ ) จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้สภาวะสุขภาพจัดเป็นปัจจัยสำคัญ ที่มีส่วนกำหนดแนวโน้มของการกระทำ หรือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดกิจกรรมทางสุขภาพ ซึ่งหากบุคคลมีการรับรู้สภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ก็จะก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองกำลังได้รับการคุกคาม เกิดเป็นความเครียดและความวิตกกังวลตามมา ก็จะส่งผลถึงการปฏิบัติกิจกรรมตามพฤติกรรมสุขภาพของแบบแผนการดำเนินชีวิตน้อยลง ส่วนผู้ป่วยที่มีการรับรู้

สภาวะในทางที่ดี ก็จะมีส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ เกิดแรงกระตุ้น แรงจูงใจให้บุคคลนั้นมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วณี กอสุวรรณกิจ (2543 : 68-75) ที่ได้ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ:กรณีศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้พิพากษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้สภาวะสุขภาพต่างกันแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อติศักดิ์ ศรีระยอง (2542 : ง) ที่ได้ศึกษาสังคมวิทยาในการบริโภคอาหารไขมันของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าการรับรู้สภาวะสุขภาพต่างกัน สังคมวิทยาในการบริโภคอาหารไขมันของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดไม่แตกต่างกัน

### 3.2 จำแนกตามเจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่มีเจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าส่วนใหญ่มีเจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตในระดับสูง ค่าเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 59.22(S=5.87) จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เจตคติ เป็นความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด ของบุคคล ต่อ สถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งทำที่ที่แสดงออก และเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีเจตคติระดับสูง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่มีเจตคติที่ดีต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต พยายามที่จะปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้ถูกต้องขึ้น เช่นพยายามหลีกเลี่ยงอาหารกลุ่มเสี่ยง งดสูบบุหรี่และเริ่มที่จะออกกำลังกาย ดังนั้นแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จึงแตกต่างกัน

### 3.3 จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.33 มีค่าเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 57.96 (S=5.38) รองลงมาความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ในระดับสูง ร้อยละ 26.27 มีค่าเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 58.01 (S=6.58) และส่วนน้อย มีเจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตในระดับต่ำ ร้อยละ 22.41 มีค่าเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 57.08 (S=5.12) จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้อาจไม่ส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง แต่แบบแผนการดำเนินชีวิต อาจมีผลจากการเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยภายนอกอื่นๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วณี กอสุวรรณกิจ (2543 : 68-75) ที่ได้ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ : กรณีศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้พิพากษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้ต่างกันแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยสังคมวิทยา จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้ผลดังนี้

#### 4.1 จำแนกตามระดับการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยทุกระดับการศึกษา มีแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การที่บุคคลที่มีระดับการศึกษาดี ไม่ได้หมายความว่า จะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดี พบว่ามีปัจจัยอื่นๆ อีกมากมายที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ เช่น รสชาติของอาหาร สถานที่เลือกซื้ออาหาร ลักษณะการปรุงอาหารของครอบครัว หรือข้อจำกัดด้านเวลา นอกจากนี้ปัจจุบันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่บุคคลให้ความสนใจเป็นอย่างมาก สื่อต่างๆ มีการเผยแพร่อย่างกว้างขวาง ทั้งโทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต ซึ่งง่ายต่อการเข้าใจโดยไม่จำเป็นต้องอ่านหนังสือ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มณทิชา อนุกุลวุฒิมพงษ์ (2540 : ก - ข) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของวัยรุ่นไทยใน กรุงเทพมหานครพบว่าระดับการศึกษาต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจดีไม่แตกต่างกัน อุทัย เจริญจิตต์ (2542 : ง) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด : กรณีศึกษา กลุ่มข้าราชการในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่าระดับการศึกษาต่างกันการมีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปริศนา วรพันธ์ (2541 : ก - ข) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่าระดับการศึกษาต่างกันพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจดีแตกต่างกัน ตรีนาท โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 75) ที่ได้ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการที่สำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

#### 4.2 จำแนกตามอาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายหรือประกอบธุรกิจ มีค่าเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 57.66 (S=5.40) รองลงมาอาชีพแม่บ้านมีค่าเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 58.52(S=5.30) อาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีค่าเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 58.37 (S=5.5.34) ส่วนน้อย มีอาชีพรับจ้าง มีค่าเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 56.70 (S=6.48) จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในทุกอาชีพ มีการรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพของตนเองว่าเจ็บป่วยจึงหันมาใส่ใจในแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การที่โรคหลอดเลือดหัวใจในปัจจุบันเป็นโรคที่ได้รับความสนใจมากขึ้น มีการเผยแพร่ทางสื่อต่างๆ มากมาย เพราะไม่ว่า จะรับจ้างค้าขาย หรือเกษตรกรรม ก็สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ใกล้เคียงกันดังนั้นจึงเห็นได้ว่า อาชีพต่างกันจึงมีแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปริศนา วรพันธ์ (2541 : ก - ข) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่าอาชีพต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจดีไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมปอง

ใจกล้า(2545 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่าอาชีพต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### 4.3 จำแนกตามรายได้ครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 36.40 มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท มีค่าเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 57.61 ( $S=4.88$ ) รองลงมาเป็นร้อยละ 30.60 มีรายได้ครอบครัว 5,000 – 10,000 บาท มีค่าเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 57.88 ( $S=5.75$ ) ส่วนน้อย ร้อยละ 7.20 มีรายได้ครอบครัว 20,000 บาทขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 59.13 ( $S=7.26$ ) จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความเพียงพอของรายได้ต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน เนื่องจากบริบทนิสัยของคนไทยในแต่ละภาคมีความใกล้เคียงกัน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทุกคน ในแต่ละภาครับประทานอาหารกลุ่มเสี่ยงเหมือนกัน เช่น ปาท่องโก๋ รับประทานทุกภาค เนื่องจากราคาไม่แพง และหาซื้อได้ง่าย ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจต่อรสชาติอาหารเดิมๆ และนอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีรายได้สูงหรือต่ำ อาจไม่ปรับตัวตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง เพราะสามารถเข้ารับการรักษาสุขภาพ และสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยจึงอาจมีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองลดลงเพราะไม่ต้องรับภาระด้านค่ารักษาพยาบาลดังในอดีต จึงส่งผลให้มีแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจึงไม่แตกต่างกัน แม้รายได้จะแตกต่างกันก็มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมปอง ใจกล้า(2545 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่ารายได้ครอบครัวต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่แตกต่างกัน วิรุณช ไตรรัตน์โพภาส (2545 : 81) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าความเพียงพอของรายได้ต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่แตกต่างกัน วณี กอสุวรรณกิจ (2543 : 68-75) ที่ได้ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ:กรณีศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้พิพากษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า รายได้ต่างกันแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน ปรีศนา วรรณันท์ (2541 : ก - ข) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่ารายได้ครอบครัวต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่แตกต่างกัน มณฑิชา อนุกุลวุฒิมพงษ์ (2540 : ก - ข) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพมหานคร พบว่ารายได้ครอบครัวต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับ ตรีนาท โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 71-78) ที่ได้ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการที่สำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินินารถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### 4.4 จำแนกตามสถานภาพสมรส

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่มีสถานภาพสมรส

ต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากวัฒนธรรมไทยยังมีลักษณะความใกล้ชิดระหว่างเครือญาติมาก ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เกิดการเจ็บป่วยขึ้นแม้จะไม่ใช้สถานภาพสมรสคู่ แต่ผู้ป่วยก็ได้รับการดูแลให้กำลังใจจากบุตรหลาน นอกจากนี้ผู้ป่วยทุกสถานภาพสมรส สามารถเข้าถึงสื่อสาธารณะ ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น ทำให้การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพง่ายขึ้น ทำให้ความสนใจต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองมากขึ้น ดังนั้นแม้สถานภาพสมรสต่างกัน แบบแผนการดำเนินชีวิตจึงไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมปอง ไกลล้ำ (2545 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่าสถานภาพสมรสต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชวาล นพพนธ์จิรกุล (2541 : 60 – 61) ที่ศึกษา แบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ ของผู้บริหารจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า สถานภาพสมรสต่างกัน แบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### 4.5 จำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่มีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิต แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจากครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์ มีค่าเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 58.16 ( $S=5.90$ ) ส่วนน้อย ไม่ได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจากครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์ มีค่าเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 57.40 ( $S=5.21$ ) จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า แม้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะได้รับคำแนะนำจากเพื่อน บุคลากรทางสุขภาพก็ตาม ก็ไม่สามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพราะแม้จะแนะนำผู้ป่วยว่าควรหลีกเลี่ยงอาหารชนิดไหน แต่ในครอบครัวไม่ปรับเปลี่ยนลักษณะอาหารไปด้วย ก็เป็นการยากที่ผู้ป่วยจะปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต จึงทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วณี กอสุวรรณกิจ (2543 : 68-75) ที่ได้ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ:กรณีศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้พิพากษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมต่างกัน แบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ เกตุดารา (2543 : 79) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจังหวัดชัยนาท พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

5. ศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง กับสภาวะสุขภาพ จำแนกตามตัวแปร ระดับโคเลสเตอรอล ระดับความดันโลหิต และระดับดัชนีมวลกายได้ผลดังนี้

#### 5.1 จำแนกตามตัวแปรระดับโคเลสเตอรอล

ผลการศึกษาพบว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์กับระดับโคเลสเตอรอลของกลุ่มตัวอย่าง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.04, p=0.94$ ) โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 35.70 มีระดับโคเลสเตอรอล 200 – 239 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร รองลงมาร้อยละ 30.50 มีระดับโคเลสเตอรอล 240 - 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และส่วนน้อยร้อยละ 6.70 ที่มีระดับโคเลสเตอรอล มากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่จะได้รับยาลดระดับไขมัน ทำให้ระดับความโคเลสเตอรอลอยู่ในระดับปกติ นอกจากนี้ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ยังส่งผลต่อความไวของร่างกายในการสลายไขมันและพลังงานส่วนเกินได้ต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อติศักดิ์ ศรีละออง (2542 : ง) ที่ได้ศึกษาสังคมวิทยาในการบริโภคอาหาร ไขมันของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าระดับโคเลสเตอรอลมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารไขมันของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมบริโภคไขมันเกิน เช่นอาหารผัด อาหารทอด และน้ำอัดลมมากที่สุด และ อาพร ว่องสุขสวัสดิ์ (2541 : 86-88) ได้ทำการศึกษาวิถีชีวิตและภาวะสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลมราช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าระดับโคเลสเตอรอลมีความสัมพันธ์กับศึกษา วิถีชีวิตและภาวะสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลมราช

#### 5.2 จำแนกตามตัวแปรระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก

ผลการศึกษาพบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.06, p=0.15$ ) โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 37.30 มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงก้ำกึ่ง รองลงมาร้อยละ 40.70 มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกปกติ อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยทุกรายที่มีประวัติความดันโลหิตที่สูงจะได้รับยาลดความดันโลหิต และนอกจากนี้ผู้ป่วยทุกราย ยังรับประทานยาขยายเส้นเลือด ทำให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ นอกจากนี้ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ยังส่งผลต่อความไวของร่างกายต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาพร ว่องสุขสวัสดิ์ (2541 : 86-88) ได้ทำการศึกษาวิถีชีวิตและภาวะสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลมราช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับศึกษาวิถีชีวิตและภาวะสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลมราช

#### 4.3 จำแนกตามตัวแปรระดับดัชนีมวลกาย

ผลการศึกษาพบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์กับระดับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.05, p=0.26$ ) โดยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 44.10 มีดัชนีมวลกาย 20.0 – 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร รองลงมาร้อยละ 31.10 มีดัชนีมวลกาย 25.0 – 29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และส่วนน้อย ร้อยละ 10.60 มีดัชนีมวลกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 40.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีระดับดัชนีมวลกาย อยู่ในระดับปกติเป็นส่วนใหญ่ อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ ว่า เมื่ออ้วนมากขึ้น อาการของตนเองจะรุนแรงมากขึ้น จึงพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านต่างไปในทางที่ดีขึ้น แต่เมื่อมองกลับในมุมตรงข้าม ยังมีกลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 7.5 ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่ออาการของโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมักรับประทานอาหารได้ น้อย เหนื่อยง่าย ดังนั้น ระดับดัชนีมวลกายจึงอยู่ในระดับปกติ ค่อนข้างผอม และในกลุ่มที่

มี ระดับดัชนีมวลกาย ระดับอ้วน เมื่อนำมารวมกัน พบว่า มีร้อยละ 55.3 ซึ่งมากกว่าดัชนีมวลกายในระดับปกติ แสดงว่าผู้ป่วยที่รับประทานอาหารกลุ่มเสี่ยงเป็นบางครั้ง มีการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น อาจเกิดจากปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ยังส่งผลต่อความไว ของร่างกายต่างกัน เช่นผู้ป่วยที่มีครอบครัวเป็นคนอ้วน มักมีความไวที่จะอ้วนอย่างรวดเร็วแม้ว่าจะรับประทานอาหารกลุ่มเสี่ยง เป็นบางครั้งก็ตาม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อติศักดิ์ ศรีละออง (2542 : ง) ที่ได้ศึกษาสังคมวิทยาในการบริโภคอาหารไขมันของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดพบว่าระดับดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารไขมันของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และ อาพร ว่องสุขสวัสดิ์ (2541 : 86-88) ได้ทำการศึกษาวิถีชีวิตและภาวะสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลมราช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าระดับดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับศึกษาวิถีชีวิตและภาวะสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลมราช

จากผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า คนที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจมีดังนี้

1. เพศชาย และเพศหญิงมีอัตราเสี่ยงใกล้เคียงกัน เมื่อมีอายุมากขึ้นคือกลุ่มผู้สูงอายุ
2. กลุ่มอายุระหว่าง 40 – 50 ปี เสี่ยงมากขึ้น
3. มีการศึกษาระดับประถมศึกษา
4. รายได้น้อย มีอาชีพค้าขายและประกอบธุรกิจ แม่บ้าน และรับราชการ
5. ในผู้ที่มีระดับดัชนีมวลกายปกติและน้อยกว่าปกติ พบว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกือบ

ร้อยละ 50

## ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทุกกลุ่มอายุ มีแบบแผนการดำเนินชีวิตในระดับปานกลาง โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 61 - 70 ปี รองลงมาอายุ 51 - 60 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับ อายุ 41 - 50 ปี และเป็นเพศชาย ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้มีแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้น โดยกลุ่มเป้าหมายในการส่งเสริมคือ กลุ่ม อายุก่อน 40 ปี

2. จากผลการศึกษาพบว่า พบผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท มากที่สุด ดังนั้นกิจกรรมการณรงค์เพื่อส่งเสริมการป้องกัน จึงควรจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับระดับการศึกษาและระดับรายได้

3. จากผลการศึกษาพบว่า แม้บุคคลในครอบครัวจะมีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง แต่แบบแผนการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน จึงควรรณรงค์ ในกลุ่มที่มีประวัติครอบครัวให้เห็นความสำคัญ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

4. จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีระดับโคเลสเตอรอล ระดับดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิต ไตแอลโกลิก ปกติ โดยได้รับยาควบคุมความดันโลหิต และลดระดับไขมัน ดังนั้นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญว่า แม้จะพบว่าทุกอย่างปกติ แต่อาจมีปัจจัยอื่นๆ มาเกี่ยวข้อง ได้แก่แบบแผนการดำเนินชีวิต จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง

5. จากผลการศึกษา แบบแผนการดำเนินชีวิตพบว่ากลุ่มตัวอย่าง บริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเพิ่มระดับไขมัน และโคเลสเตอรอลเป็นประจำ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรายอื่นๆ หลีกเลี่ยง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีการออกกำลังกายในระดับต่ำ แต่ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข ได้ส่งเสริมชุมชนต่างๆ มีกิจกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เช่นการเดินแอโรบิค ซึ่งเพศหญิงจะปฏิบัติมากกว่า แต่ในเพศชายควรเน้นให้มีการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการศึกษาพบว่าเพศชายมักมีกิจกรรมการรดน้ำต้นไม้ และเดินรอบๆบ้านเป็นส่วนใหญ่ มีการสูบบุหรี่จำนวนมาก พบว่า ผู้ป่วยที่ศึกษา สูบบุหรี่ตั้งแต่ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 18 -20 ปี ทำให้ระยะเวลาในการสูบนานมากกว่า 30 ปีเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นการรณรงค์ให้ผู้ป่วยงดการสูบบุหรี่

5. การรณรงค์เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นควรมีการศึกษาเชิงปฏิบัติการ เช่น โปรแกรมสุขศึกษา กิจกรรมกระบวนการกลุ่ม หรือการประเมินโครงการต่างๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางและทางเลือกในการจัดกิจกรรมการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อไป

6. ควรจัดให้มีคลินิกเฉพาะทาง ที่ให้ความรู้เรื่องอาหารที่ถูกต้อง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และในกลุ่มที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดโรค เช่น ไขมันในเลือดสูง

### ข้อเสนอแนะสำหรับการทำการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนไทย เพื่อให้มีการศึกษาถึงผลของการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงอื่นๆที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคในประเด็นอื่นๆ เช่น ภาวะโลหิตจาง ตราจระดับ โฮโมซิสเทอีน ในเลือด

3. จากผลของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทำให้ทราบถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย จึงควรนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการวางแผนในการศึกษาวิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

4. ในการจัดทำเครื่องมือในการวิจัย ในครั้งนี้พบว่า แบบสอบถามครั้งนี้มีข้อคำถามจำนวนมาก และข้อคำถามยังมีรายละเอียดมาก ทั้งแบบเติมข้อความ และแบบเลือกตอบ ดังนั้นทำให้ผู้ป่วยตอบใช้เวลานาน บางครั้งผู้ป่วยจะกังวลในการรอตรวจ จากแพทย์ ทำให้ต้องถามนำเพื่อความรวดเร็ว ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป เครื่องมือที่ใช้ ควรปรับให้เหมาะสมทั้ง ข้อคำถามสั้น ได้ใจความ โดยเฉพาะในด้านบุคลิกภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีอายุอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีประสบการณ์ชีวิตมากขึ้นทำให้การควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้น จึงทำให้ค่าความเชื่อมั่นค่อนข้างต่ำ แต่ในกลุ่มอายุอื่นๆ ควรมีการนำไปศึกษาต่อไป

5. ควรศึกษาเพิ่มเติมในแบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นรายด้านเพื่อให้ได้แบบแผนที่มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยในด้านการบริโภคอาหาร ควรระบุอาหารที่รับประทานบางครั้งเพิ่มเติม เนื่องจากอาหารบางกลุ่มที่มีความเสี่ยง ผู้ป่วยบางคน รับประทานเพียงบางครั้งเท่านั้น

6. ในการศึกษาสภาวะสุขภาพโดยเฉพาะ ระดับโคเลสเตอรอล และระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วย ควรศึกษาเชิงเปรียบเทียบในกลุ่มที่รับประทานยาควบคุม เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับประทานยาควบคุม เพื่อให้ได้แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

7. ในการศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในภาคอีสาน พบว่าผู้ป่วยในคลินิกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ นั้นมีผู้ป่วยจำนวนมากที่เป็นโรคหัวใจที่มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจ ซึ่งสาเหตุสำคัญเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพด้านอนามัยส่วนบุคคล จากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ดังนั้น ควรศึกษาพฤติกรรมและแบบแผนสุขภาพในด้านอนามัยส่วนบุคคล จากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ต่อไป

**บรรณานุกรม**

## บรรณานุกรม

- กนกพร วิสุทธิกุล. (2539). พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พ.ย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). โครงการรณรงค์หลอดเลือดดี ชีวิตดี : ส่วนพฤติกรรมและสังคม : เอกสารประกอบการสัมมนาเพื่อสร้างเครือข่ายวิชาการ. นนทบุรี : สำนักพัฒนาวิชาการ.
- กรรณิการ์ หาญสูงเนิน. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพ และความรู้ในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ พ.ย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2544). รายงานการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุข. นนทบุรี : สำนักนโยบายและแผน.
- กองสุศึกษา. (2542). แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์กองสุศึกษา.
- กันยา สุวรรณแสง. (2536). บุคลิกภาพและการปรับตัว. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: อักษรพิทยา.
- กำธร ธรรมประเสริฐ. (2543). โคโรนารี อาเทอร์ ดีซิส: Coronary Artery Disease. เชียงใหม่ : โอเดเนดดี.
- เกศินี จุฑาวิจิตร. (2537). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- เขมวดี กันธิรานนท์. (2544). การสร้างแบบทดสอบวัดบุคลิกภาพแบบพึ่งพาผู้อื่นของนักเรียนมัธยมปีที่ 1. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(วัดผลการสุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จริยา ดันติธรรม. (2536). รูปแบบการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิตรา ไชยชนะ. (2540). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงเทศบาลเมือง สงขลา. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จุฑาทิพย์ อุมาวชิณี. (2538). ความเครียด. กรุงเทพฯ: อักษรพิทยา.
- จุฑามาศ จันทร. (2543). บุคลิกภาพกับความเสี่ยงทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ : อักษรพิทยา.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาสุวรรณ. (2540). การสำรวจสุขภาพประชากรตั้งแต่อายุ50 ปีขึ้นไปในประเทศไทย : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ :ม.ป.พ.
- ฉันทพิช อัสวานนท์. (2544). การพัฒนาบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ : ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล. (2541). แบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อของผู้บริหารจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)เอกสุศึกษา. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชมพูนุช อ่องจิริต. (2534). อายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ: โอเดเนดดี.
- ชูศรี วงษ์รัตน์. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เทพนิมิต.
- ชูศักดิ์ พงษ์พานิช. (2532). แอสไพรินป้องกันโรคหัวใจได้จริงหรือ : ใกล้หมอ. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.

- ดรุณี ชุนหะวัตติ. (2533). การดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ : ทฤษฎีการปฏิบัติและการวิจัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. (2541). อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์.
- ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์. (2537). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- นงลักษณ์ โดบนลือ. (2539). การประยุกต์แรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันโรคของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)เอกสุศึกษา. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประคอง กรรณสูตร. (2525). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : เจริญผล.
- ประดิษฐ์ นาทวีชัย. (2539). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของครูจังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(การส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ประภา รัตนเมธานนท์. (2532). การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(พยาบาลศาสตร์)เอกสุศึกษา. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- .....(2541). พัฒนากิจกรรมชีวิตเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวีน สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจ้าพระยา.
- ประนอม ดวงใจ. (2540). การศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ. วิทยานิพนธ์ พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปราณี ผ่องแผ้ว. (2539). โภชนศาสตร์ชุมชนในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว. กรุงเทพฯ : ลิฟวิงทรานส์มีเดีย.
- ปิยะพรรณ เทียนทอง. (2541). ปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(วิจัยประชากร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- ปรีศนา วรนนท์. (2541). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- ปรียา พิลกุล. (2540). โภชนบำบัดกับโรคหัวใจ. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- ผ่องผิว ลีลวัฒน์. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับภาวะสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ : การประชุมวิชาการโรคไม่ติดต่อครั้งที่ 1. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- พรรณี เสถียรโชค. (2536). ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร.
- พรทิพา ศุภราศรี. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พรสุข หุ่นนิรันดร์. (2545). พฤติกรรมศาสตร์ทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : ปกเจริญผล.
- พันธศักดิ์ วราอัสวปดิและคณะ. (2536). *ประชาคมสุขภาพ อีสาน*. ขอนแก่น : ศูนย์สุขภาพ.
- พิชิต ภูติจันทร์. (2535) *สรีรวิทยาการออกกำลังกาย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โอเอสพรีนติ้ง.
- .....(2535). *เวชศาสตร์การกีฬา*. กรุงเทพฯ : โอเอสพรีนติ้ง
- เพ็ญจันทร์ ชูประภาวรรณ. (2542). *การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในเจ้าหน้าที่การไฟฟ้านครหลวง. (ออนไลน์)*. แหล่งที่มาฐานข้อมูลสภานิติบัญญัติแห่งประเทศไทย.
- เพลินใจ ตั้งคณะกุลและคณะ. (2537). *การประเมินคุณค่าทางโภชนาการของฟาสต์ฟู้ดประเภทต่างๆ*. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- มนสิน แยมสกุล. (2542). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)เอกโรคติดต่อ. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดของหัวหน้าภาควิชา กับสุขภาพองค์กรในวิทยาลัย*. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มนธิชา อนุกุลวิสงษ์. (2540). *พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในวัยรุ่นไทยในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. บัณฑิตวิทยาลัย. (2540ก). *คู่มือการใช้ต้นแบบเอกสารสำหรับการพิมพ์ปริญญาบัตร*. กรุงเทพฯ : สันติสิริ.
- มันทนา ปะทะปะเสน. (2539). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการเพื่อส่งเสริมสุขภาพครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ ในเขตชุมชนเมือง*. ภาควิชาโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลักขณา ศิริวัฒน์. (2544). *จิตวิทยาเบื้องต้นในชีวิตประจำวัน*. กรุงเทพฯ : เอเดียนสโตร์.
- วราภรณ์ นสครัตน์. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วาสนา ปุณณณณวิวัฒน์. (2532). *เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิชัย ดันไพจิตร. (2539). *ภาวะไขมันในเลือดสูง : โภชนาคลินิก*. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538 ,กุมภาพันธ์-มีนาคม). "ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้". *ข่าวสารการวิจัยการศึกษา*. 18(3) : 8 – 11.
- วิษุตา ใจคุ้มเก่า. (2541). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- วินัส พิลากุล. (2540). *โภชนศาสตร์*. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- ✓ วีรณัฐ ไตรรัตน์นภาส. (2545). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร
- วีระ ไชยศิริสุข. (2533). *จิตวิทยา*. กรุงเทพฯ : โอเอสพรีนติ้ง
- สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. (2534). *การสำรวจปัจจัยเสี่ยง arteriomatus ในประเทศไทย : การประชุมวิชาการโรคไม่ติดต่อครั้งที่ 1*. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข.

- สถาบันบริโภคนาสุขภาพ. (2540). จดหมายข่าวบุหรืและสุขภาพ. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2539). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : วี เจ พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุลและประคอง อินทรสมบัติ. (2531). อายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วี เจ พรินติ้ง.
- สมปอง ใจกล้า. (2545). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร
- สมชาติ โลจายะ และคณะ. (2524). ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯเวชสาร.
- สันต์ ใจยอดศิลป์. (2542). การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : พิมพ์สวย.
- สถิต วงษ์สวรรค์. (2544). การพัฒนาบุคลิกภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรพิทยา.
- สิริฉาย ประทีปฉาย. (2533). การพัฒนาบุคลิกภาพและการปรับตัว. วิทยาลัยพระบรมราชินีนาถ ไร่ไพพรรณี. ม.ป.พ.
- สุชา จันทรเฒ. (2539). จิตวิทยาวัยรุ่น. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุทธิ สุรเกียรติชานกุล. (2539). เอกสารการแถลงข่าวและการสาธิตการผ่าตัดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดด้วย เลเซอร์ ครั้งแรกของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร.
- สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์. (2541). ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการสำรวจการรับรู้ด้านสุขภาพตนเอง ต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุรเกียรติ อาชานุกา. (2538). 9 อ.สู่ชีวิตใหม่และสุขภาพ. วารสารหมอชาวบ้าน . กรุงเทพฯ : 13 – 24.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์. (2535). จิตวิทยากับสังคม. คณะสังคมศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2540). รายงานการเปลี่ยนแปลงประชากร 2538–2539. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข. (2544). รายงานการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการที่กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี : 1-54.
- ศรัณญา เบญจกุล. (2538). บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้ รับการปลูกถ่ายไต. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- องค์การอนามัยโลก. (2546). โรคหลอดเลือดหัวใจ : ระบาดวิทยา. Online.
- อมรรัตน์ เกตุดารา. (2543). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลจังหวัด ชัยนาถ. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- อรพินธ์ อินทรนุกุลกิจ. (2536). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- อรอนงค์ สัพพัญญู. (2539). การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร

- อดิศักดิ์ ศรีละออง. (2542). *สังคมจิตวิทยาในการบริโภคอาหารไขมันของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สังคมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- อัมพร โลตระกุล. พ.ศ.2538). *สุขภาพจิต*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์.
- อัญญา พ่วงแก้ว. (2540). *การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- อิศรา สุขุมลจันท์. (2536). *ตำราโรคหลอดเลือดและหัวใจ*. กรุงเทพฯ : โอเด้นดีตี.
- อุทัย เจริญจิตต์. (2542). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ : กรณีศึกษาข้าราชการ เขตอำเภอเมือง บ้านโป่ง ราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(วิจัยประชากรและสังคม). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- อาพร ว่องสุขสวัสดิ์. (2541). *วิถีชีวิตและสภาวะสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลมราช สุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ พย.ม.(การพยาบาลอนามัยชุมชน). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- Anastasia, Anne. (1986). *Personality Development*. New York : McGraw Hill.
- Becker,M.H. and Maiman, L.A. (1975,January). *Sociobehavior Determinate of Compliance with health and Medicine Care Recommendation* , *Med Care*. 8 (1) : 10 –12.
- Berkman,L.M. and Sym, J.J. (1976). *Sociobehavior Woman with Coronary heart disease* ,*Cardiovascular nursine*. 27 (6) : 31-35.
- Benson R. Wilcox. (1992). *Surgical anatomy of the heart*. 2<sup>nd</sup> ed. London : Gower Medical.
- Bickel, Christoph. Et al. (2002). "Serum uric Acid as an Independent Predictor of Mortality in Patient With Angiographically Proven Coronary Artery Disease", *The American Journal of Cardiology*. Vol 89. January 1.
- Blacher, Jacques et al. (2002). "Relation of Plasma Total Homocysteine to Cardiovascular Mortality in Frence Population", *The American Journal of Cardiology*. Vol 90. September 1.
- Bloom, S. Benjamine. (1996). *Taxonomy of education Objective Handbook I : Cognitive domain*. New York : David Mckey.
- Bruhn, (1988). *Obesity and Related disease*. Edindergu : Chuchill Livingston.
- Cartin,Bernard. Et al. (2002). "Association of Fibrinogen and Lipoprotein as a Coronary Heart Disease Risk Factor in mem", *The American Journal of Cardiology*. Vol 89. March 15.
- Cohen,S and Sym, T . (1995). "Stress ,Social Support,and buffering hypothesis." *Psychological Bullantin*. 310-357.
- Friedman, M and Rosenman, R.H. (1976). "Multivariate prediction of coronary heart disease during 8.5 year follow up in the Western", *American Journal of Cardiology*.
- Gordon, Jesse. E.C. (1988). *Personality and Behavioral*. New York : Macmillan.
- Good,V.C. (1973). *Dictionary of Education*. New York : McGraw Hill.
- Hafen,W.B. (1981). *Hoe to live longer*. California : Prentice –Hall.
- Fetter, J.K. Peterson. ED,Newby LK. (1996). "Sex specific difference in coronary artery disease risk factor, evaluation and treatment", *Am Heart*. Vol 131. 786-813.

- Folkman et al. (1984). Health behavioral, illness behavior. *Archive Environment Health*. Vol12 : 246-261.
- Hammond, E.C. and Horn, D. (1996). "Sex specific difference in coronary artery disease risk factor", *Am Heart* : 131.
- Heller et al. (1984). "How well can we predict coronary heart disease finding in the United Kingdom", *Heart Disease Prevention Project*. Br.Med.J.
- Joan Riehl – Sisca. (1989). *Conceptual Model for Nurseing practice*. New Jersey : Appleton – Lange.
- Kannel et al. (1982). Living with coronary artery disease : The nurse role. *Nurse Clinic* : 225-229.
- Kelly et al. (1972). "Probability of middle age men developing hert disease in five yeres", *Circulation* : 45.
- Krejcie, R.V. and Morgan, D.W. (1970). *Education and Psychological Measurement*. 3<sup>nd</sup> ed. August.
- Kulbox Earl and Montagory. (1988). Health and human beheavior. New York : Mc Graw hill.
- Luckman, J and Sorensen, K.C. (1980). *Coronary Heart Disease : Medical-surgical Nursing*. 2<sup>nd</sup> ed. Philladipha : W.B.Suanders and company.
- Lyda Hill. Nancy smith. (1985). *Self – Care Nurseing*. New Jersey : Prentice Hall.
- McCubbin, James A. et al. (2002). "Blood pressure Control and hormone replacement therapy in post menopausal women at risk for Coronary heart disease", *American Heart Journal*. Vol 143. No 4.
- Meinger, Janet.C. et al. (1988). "Genetic or Environmental type A Behavioral and Cardiovascular Risk Factor in twin Children", *The American Journal of Cardiology*. Vol 37. No. 6.
- Milton Rokeach. (1970). "Coronary Artery Disease" : Primary care of Woman. C.V. Company.
- More, Whitte Robin. et al. (2002). "Life style Change in type 2 Diabetes", *Nursing Research*. Vol 51 No.1. February.
- Morris, G.C. 919790. *Psychological*. 2<sup>nd</sup> ed. New Jersey : Prentice - Hall.
- O Brien, E. and O Malley, K. (18-983). *High Blood Pressure : What is means for you, and how to control it*. Singapore : PG. Publishing.
- Orem, D.E. (1980). *Nurseing Concept of practice*. New York : McGraw Hill.
- Paffenbarger RS. Et al. (1978). "Physical activity as index of heart attack risk in college alumms", *Ammerican Journal epidimology* : 108 – 161.
- Palaniappan, Latha. Et al. (2002). "Cardiovascular Risk Factor in Ethic Minority Women Aged 30 years", *The American Journal of Cardiology*. Vol 89. March 1.
- Parwin, A. Lawrence. (1993). *Personality*. Singapore : ICS system.
- Pender, N.J. (1987). *Health promotion in Nurseing practice*. East Norwalk : Appleton Century Crofts.
- Perrin et al. (1981). *Walking*. New york : W.W.Norton and Company.
- Pierre, St. Julie. Et al. (2002). "Contribution of Abdominal Obesity and Hyper Triglyceridemia to Impaired Fasting Glucose and Coronary Artery Disease", *The American Journal of Cardiology*. Vol 90. July 1.

- Pleas.J. (1975). "Sociobehavioral Determinants of compliance with Health and Medical care". *Medicalcare* 13 (January). 10-24.
- Reinecke, Holger et al. (2002). "Relation of Serum Level of Sex Hormone Binding Globulin to Coronary Heart Disease in Post menopausal Women", *The American Journal of Cardiology*. Vol 90. August 15.
- Robbing Power and Burgers. (1991). Health prospective behavioral : An exploratory study. *Journal health and Social behavioral*. Vol20 : 17-29.
- Samuel, William. (1981). *Personality – Searching for the source of Human Behavior*. New York : McGraw-Hill.
- Sarafino,Edward. (1989). *Health Psychology : Biopsychosocial Interactions*. New York : John Wiley and son.
- Sarnak, Mark.J. et al. (2002). "Anemia as a Risk For Cardiovascular Disease in the Atherosclerosis Risk in Communities Study", *The American Journal of Cardiology*. Vol 41. No 1.
- Schuster,P.M. and Weidron.J. (1991). Gender difference in cardiac rehabilitation Patients. *Rehabilitation Nursing*. Vol 16(5) : 248-253.
- Seeley,Rod R. (1992). *Anatomy and physiology*. Missouri : Mosby – Year Book.
- SEMIC. (2000). *SEMIC Health Statistic*. 15.
- Smith and Christensen. (1992). *Type A behavioral and Cardiovascular risk factor*. Vol37 : 341-348.
- Sonja,M. et al. (1981). *Social science Medical*. The Nottingham health profile : Subjective health status and Medical consultation.
- Sparacino, Jack et al. (2002). "Type A Coronary – Prone Behavioral and Transient Blood pressure Change", *Nursing Research*. Vol. 28 No.4.
- Synder.J.J. (1989). *Cardiac Nursing*. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia : J.B.Lippincott.
- Travelbee,B.H. (1971). Social support and Health. *Medicine Care*. 47-56.
- Tonsted,Serena et al. (2002). "Implementation of Guideline of screen Relative of Patients with Premature Coronary Heart Disease in a Hospital Setting", *The American Journal of Cardiology*. Vol 90. December 1.
- Turner.J. (1986). "One year experience with low fat, low cholesterol diet in patient with coronary heart disease", *The American Journal of Nursing* : 212-219.
- WHO. (1986). *Community Prevention and Control of Cardiovascular disease : Report of WHO Expert Committee*. Geneva.
- Yamane, Tarc. (1996). *Statistic:An Introductory Analysis*. 3<sup>rd</sup> ed. New York : Harper and Row.
- Zhu, Jianhui et al. (2002). "Lack of Association of Helicobacter Pylori infection With Coronary artery Disease and Frequency of Acute Myocardial infarction or Death", *The American Journal of Cardiology*. Vol 89. January15.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
หนังสือขอความอนุเคราะห์  
รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบแบบสอบถาม



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ   บัณฑิตวิทยาลัย มศว   โทร. 5731, 5618

ที่   ศธ 0519.12/ 6714

วันที่   ๙/๖   กันยายน 2546

เรื่อง   ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน   ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวจิตาพร เขียนวงษ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามให้ นางสาวจิตาพร เขียนวงษ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

(รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ   บัณฑิตวิทยาลัย มศว   โทร. 5731, 5618

ที่   ศธ 0519.12/ ๒71๘

วันที่ ๔๒ กันยายน 2546

เรื่อง   ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน   คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวจิตาพร เขียนวงษ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์เทเวศน์ พิริยะพจน์ท์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามให้ นางสาวจิตาพร เขียนวงษ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ศธ 0519.12/6718

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๔๖ กันยายน 2546

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวจิตาพร เขียนวงษ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์พรณวดี ตันติศิริรินทร์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามให้ นางสาวจิตาพร เขียนวงษ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2443347 มือถือ 06-6156025

ที่ ศธ 0519.12/ 6 714



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

16 กันยายน 2546

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวจิตาพร เขียนวงษ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “แบบแผนการดำเนินชีวิตของ  
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์กมลมาลย์  
วิรัตนเศรษฐสิน เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ  
รองศาสตราจารย์ไมตรี สุทรจิตต์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจ  
แบบสอบถามให้ นางสาวจิตาพร เขียนวงษ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2443347 มือถือ 06-6156025



ที่ ศธ 0519.12/6 714

บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๖ กันยายน 2546

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวจิตาพร เขียนวงษ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามให้ นางสาวจิตาพร เขียนวงษ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์อานันท์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2443347 มือถือ 06-6156025

ที่ ศร 0519.12/6951



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

14 ตุลาคม 2546

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวจิตาพร เขียนวงษ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์กมลมาลย์ วรรณเศรษฐสิน เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกจำนวน 50 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ในระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2546

จึงเรียนมาเพื่อขอกความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวจิตาพร เขียนวงษ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2443347 มือถือ 06-6156625

ที่ ศธ 0519.12/๘'๔ ๖๖



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

19 มกราคม 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางสาวจิตาพร เขียนวงษ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วัฒนวิทย์ และ อาจารย์กมลมาลย์ วรรณเศรษฐิน เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจ ตอบแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ในระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2547

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวจิตาพร เขียนวงษ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2443347 มือถือ 06-3771196



ที่ ศธ 0519.12/๐4๗8

บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

19 มกราคม 2547

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางสาวฐิตาพร เขียนวงษ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์กมลมาลย์ วิรัตนเศรษฐสิน เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจ ตอบแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ในระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2547

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวฐิตาพร เขียนวงษ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภกรณ์ หะวานนท์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2443347 มือถือ 06-3771196

ที่ ศธ 0519.12/๐446



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

19 มกราคม 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางสาวฐิตาพร เขียนวงษ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจ คอบแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ในระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2547

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวฐิตาพร เขียนวงษ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2443347 มือถือ 06-3771196

ที่ ศธ 0519.12/๐'๔ ๖๖



บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

19 มกราคม 2547

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางสาวจิตาพร เขียนนงษ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจ ตอบแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ในระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2547

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตเผยแพร่ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวจิตาพร เขียนนงษ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2443347 มือถือ 06-3771196

ที่ ศธ 0519.12/๕๔๘๐



บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

19 มกราคม 2547

เรื่อง ขออนุญาตเพื่อการศึกษาวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางสาวจิตาพร เขียนวงษ์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์กมลมาลย์ วรรณเศรษฐสิน เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษา โดยขอให้ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจ ตอบแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย ในระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2547

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตให้ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวจิตาพร เขียนวงษ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2443347 มือถือ 06-3771196

### รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

- |                                           |                                                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร. คุชฎี โยเหลา           | ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. รองศาสตราจารย์ เทเวศร์ พิริยะพจน์      | อาจารย์ภาควิชาพลศึกษา คณะพลศึกษา<br>มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ     |
| 3. รองศาสตราจารย์ พรรณวดี ตันติศิริรินทร์ | อาจารย์คณะมนุษยศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยขอนแก่น                        |
| 4. ศาสตราจารย์ ดร.ไมตรี สุทธจิตต์         | อาจารย์คณะศึกษาศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยนเรศวร                         |
| 5. อาจารย์ ดร. ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์         | อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์    |

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### คำชี้แจงและพิกัดสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ข้าพเจ้า นางสาวจิตาพร เขียนวงษ์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน ณ หออภิบาลศัลยกรรมหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ขณะนี้กำลังศึกษาต่อในระดับปริญญาโทวิชาเอก สุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย** มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในครั้งนี้ท่านเป็นบุคคลสำคัญยิ่งในการให้ข้อมูล จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ใช้เวลาประมาณ 15 - 30 นาที

ในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ไม่มีคำตอบถูกหรือผิด ท่านสามารถเลือกตอบตามการปฏิบัติจริงและตามความคิดเห็นของท่านอย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้นอกจากจะเป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์แล้ว ยังเป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาค้นคว้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอื่นๆ ต่อไป ในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากท่านทั้งหมดไว้เป็นความลับมีการนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

การศึกษาครั้งนี้จะประสบความสำเร็จไม่ได้ถ้าหากไม่ได้รับความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่าน จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสาว จิตาพร เขียนวงษ์

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว ) .....ยินดีเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ ภายหลังจากอ่านข้อความข้างบนอย่างชัดเจนแล้ว

## แบบสอบถาม

เรื่อง แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 6 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว ระยะเวลาของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การมีญาติพี่น้องในครอบครัวป่วยเป็นโรค และการได้รับการสนับสนุนจากสังคม

ตอนที่ 2 ข้อมูลทางสรีระวิทยาของผู้ป่วย ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต และระดับโคเลสเตอรอล

ตอนที่ 3 ด้านจิตวิทยา ประกอบด้วย การรับรู้สภาวะสุขภาพ ด้านเจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

ตอนที่ 4 ด้านความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

ตอนที่ 5 ด้านบุคลิกภาพ

ตอนที่ 6 แบบแผนการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ด้านการสูบบุหรี่ และด้านการจัดการความเครียด

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสาวฐิตาพร เขียนวงษ์  
นักศึกษาปริญญาโท ภาควิชาสุขศึกษา  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



**ตอนที่ 2 ข้อมูลทางสรีระวิทยาของผู้ป่วย**

12. น้ำหนัก.....กิโลกรัม

13. ส่วนสูง.....เซนติเมตร

14. ระดับความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท

15. ระดับโคเลสเตอรอล.....มก./ดล. วันที่ตรวจ.....

### ตอนที่ 3 แบบสอบถามด้านจิตวิทยา

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

| ข้อความ                                                                     | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง | เห็น<br>ด้วย | ไม่แน่<br>ใจ | ไม่เห็น<br>ด้วย | ไม่เห็น<br>ด้วย<br>อย่างยิ่ง |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|--------------|-----------------|------------------------------|
| <b>ด้านการรับรู้สภาวะสุขภาพ</b>                                             |                       |              |              |                 |                              |
| 1. ท่านคิดว่าท่านเป็นคนมีสุขภาพแข็งแรง                                      |                       |              |              |                 |                              |
| 2. ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจเต็มใจผิดปกติ                                        |                       |              |              |                 |                              |
| 3. ท่านไปพบแพทย์เสมอเมื่อมีอาการเจ็บป่วย                                    |                       |              |              |                 |                              |
| 4. ท่านรู้สึกไม่สบายทุกครั้งที่อากาศเปลี่ยนแปลง                             |                       |              |              |                 |                              |
| 5. การเจ็บป่วยเป็นเรื่องเวรกรรมของชีวิต                                     |                       |              |              |                 |                              |
| 6. ท่านพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้ท่านเจ็บป่วย                           |                       |              |              |                 |                              |
| 7. การไปพบแพทย์ถือเป็นเรื่องยุ่งยาก เสียเวลาสำหรับท่าน                      |                       |              |              |                 |                              |
| 8. การขยายหลอดเลือดสามารถทำให้โรคหายขาดได้                                  |                       |              |              |                 |                              |
| 9. การรักษาจะได้ผลดีถ้ากรรมเก่าหมดไป                                        |                       |              |              |                 |                              |
| 10. เมื่อเจ็บป่วย หรือเจ็บหน้าอกนอนพักก็หาย                                 |                       |              |              |                 |                              |
| <b>ด้านเจตคติต่อสภาวะสุขภาพ</b>                                             |                       |              |              |                 |                              |
| 1. การรับประทานอาหารแต่ละมื้อควรคำนึงถึงคุณค่าทางอาหารมากกว่าความชอบ        |                       |              |              |                 |                              |
| 2. ท่านคิดว่าการรับประทานไข่แดงมากๆเป็นประจำทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตได้ดี      |                       |              |              |                 |                              |
| 3. ท่านคิดว่าการรับประทานไขมันจะช่วยให้สมองทำงานได้ดี                       |                       |              |              |                 |                              |
| 4. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายทำให้หลอดเลือดเสื่อมสภาพเร็วมากขึ้น              |                       |              |              |                 |                              |
| 5. ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ช่วยลดความเครียดได้                                |                       |              |              |                 |                              |
| 6. ท่านคิดว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กระตุ้นการไหลเวียนเลือดได้ดี        |                       |              |              |                 |                              |
| 7. ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้สดชื่น ช่วยเผาผลาญไขมันในร่างกายได้           |                       |              |              |                 |                              |
| 8. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายช่วยลดไขมันในเลือดได้                            |                       |              |              |                 |                              |
| 9. ท่านคิดว่าไขมันในเลือดสูงสามารถแก้ไขได้ด้วยการงดอาหารที่มีไขมัน          |                       |              |              |                 |                              |
| 10. ท่านคิดว่าอาหารพืช ผัก ผลไม้ และธัญพืชสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ |                       |              |              |                 |                              |

#### ตอนที่ 4 แบบสอบถามด้านความรู้

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

| ข้อความ                                                                                     | ใช่ | ไม่ใช่ | ไม่แน่ใจ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|----------|
| 1.ไขมันในเลือดสูงเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ                                 |     |        |          |
| 2.การกินอาหารที่มีไขมันมากเป็นประจำ เช่น ขาหมู แกงกะทิ ทำให้เส้นเลือดหัวใจอุดตันได้         |     |        |          |
| 3.โคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ เป็นไขมันตัวสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ               |     |        |          |
| 4.การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยลดไขมันในเลือดได้                                              |     |        |          |
| 5.บุหรี่เป็นตัวทำลายผนังหลอดเลือดหัวใจ                                                      |     |        |          |
| 6.การกินไขมันที่ได้จากพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลืองแทนน้ำมันหมู จะทำให้ระดับไขมันในเลือดลดลงได้ |     |        |          |
| 7.การเคร่งเครียดตลอดเวลา ทำให้หลอดเลือดหัวใจสุมตันเลือดได้ดี                                |     |        |          |
| 8.การกินอาหารจานด่วน เช่น แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า ช่วยลดไขมันในเลือด                           |     |        |          |
| 9.คนอ้วนหัวใจสุมตันเลือดได้ดีกว่าคนผอม                                                      |     |        |          |
| 10.การงดสูบบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบมากขึ้น                                              |     |        |          |
| 11.การรับประทานอาหารที่หวานมาก ๆ ทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้นได้                                |     |        |          |
| 12.ร่างกายของคนเราสามารถสร้างไขมัน ชนิดโคเลสเตอรอลขึ้นมาเองได้                              |     |        |          |
| 13.โรคเบาหวาน ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้                                               |     |        |          |

### ตอนที่ 5 แบบสอบถามด้านบุคลิกภาพ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

| ข้อความ                                                                     | ใช่ | ไม่ใช่ |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|--------|
| 1.คุณมักจะสรุปความคิดเห็นของผู้อื่นให้จบลงโดยเร็ว                           |     |        |
| 2.คุณมักทำงานหลายๆอย่างในเวลาเดียวกัน เช่น อ่านหนังสือไปด้วยกินข้าวไปด้วย   |     |        |
| 3.คุณพยายามที่จะทำงานใหญ่ให้เสร็จในเวลาเดียวกันและเสร็จสิ้นในครั้งเดียว     |     |        |
| 4.คุณพยายามที่จะเร่งความเร็วรถ เมื่อเห็นไฟจราจรเป็นสีเหลือง                 |     |        |
| 5.คุณพยายามที่จะเอาชนะเสมอ ทั้งการเล่นกีฬาหรือเล่นเกมสกี                    |     |        |
| 6.คุณมักทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างรวดเร็ว เช่น กินอาหารเร็ว ๆ เดินเร็ว ๆ |     |        |
| 7.คุณมักหงุดหงิดที่จะเข้าคิวคอย เช่น เข้าคิวซื้ออาหาร                       |     |        |
| 8.คุณพยายามที่จะผลักดันให้ชีวิตอยู่ในสังคมที่ดีขึ้นไปเสมอ                   |     |        |
| 9.คุณเป็นคนเอาจริงเอาจัง กับการปฏิบัติงาน                                   |     |        |
| 10.คุณเป็นคนมีความมั่นใจในตนเองสูง                                          |     |        |
| 11.คุณรู้สึกหงุดหงิดเมื่อทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่เสร็จตามกำหนด              |     |        |
| 12.คุณชอบทำงานแข่งกับเวลา                                                   |     |        |
| 13.คุณเป็นคนอารมณ์ร้อนหงุดหงิดง่าย                                          |     |        |

## ตอนที่ 6 แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิต

### 1. ด้านการบริโภคอาหาร

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง และโปรตรระบุชนิดอาหารที่รับประทานเป็นประจำ หรือรับประทานเป็นส่วนมาก

| ข้อความ                                                                             | ไม่<br>รับประทาน | เป็นบาง<br>ครั้ง | เป็นส่วน<br>มาก | เป็น<br>ประจำ | ระบุชนิดอาหาร<br>กรณีประจำ/ส่วนมาก |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|-----------------|---------------|------------------------------------|
| 1. รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ                                                       |                  |                  |                 |               |                                    |
| 2. รับประทานอาหารตรงเวลา                                                            |                  |                  |                 |               |                                    |
| 3. รับประทานอาหารไขมัน เช่น ข้าวมันไก่ ข้าว<br>ขาหมู ขาหมูพะโล้ หมูสามชั้น มันหมู   |                  |                  |                 |               |                                    |
| 4. รับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น<br>ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง หอย |                  |                  |                 |               |                                    |
| 5. รับประทานอาหารใส่กะทิ เช่น แกงกะทิ<br>แกงคั่ว แกงฮังเล แกงเขียวหวาน หลนต่างๆ     |                  |                  |                 |               |                                    |
| 6. รับประทานอาหารทอด เช่น ก๋วยทอด<br>ปาท่องโก๋ ไข่ทอด หมูทอด                        |                  |                  |                 |               |                                    |
| 7. รับประทานอาหารประเภท กากหมู แคปหมู                                               |                  |                  |                 |               |                                    |
| 8. ใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร                                                       |                  |                  |                 |               |                                    |
| 9. รับประทานอาหารธัญพืชและถั่ว เช่น เต้าหู้<br>ลูกเดือย ถั่ว งา                     |                  |                  |                 |               |                                    |
| 10. รับประทานอาหารที่ปรุงสำเร็จ                                                     |                  |                  |                 |               |                                    |
| 11. รับประทานขนมหวาน เช่น แกงบวด<br>ขนมหวาน ขนมเค้ก น้ำกะทิลอดช่อง                  |                  |                  |                 |               |                                    |
| 12. รับประทานผลไม้รสหวาน เช่น ทุเรียน เงาะ<br>มะม่วงสุก ลำไย                        |                  |                  |                 |               |                                    |
| 13. รับประทานอาหารจุกจิบระหว่างมื้อ                                                 |                  |                  |                 |               |                                    |
| 14. ดื่มน้ำกาแฟ โอวัลติน หรือชาที่ใส่น้ำหวาน<br>หรือน้ำตาล                          |                  |                  |                 |               |                                    |
| 15. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์                                                        |                  |                  |                 |               |                                    |
| 16. ดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน                                                            |                  |                  |                 |               |                                    |
| 17. รับประทานอาหารปิ้งย่าง เช่น หมูกระทะ                                            |                  |                  |                 |               |                                    |

หมายเหตุ โปรดระบุเครื่องดื่ม / สมุนไพร ที่ท่านใช้ในการปรุงอาหาร ในชีวิตประจำวันของท่าน

.....  
 .....

## 2. ด้านการออกกำลังกาย

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านตามความเป็นจริง

| ประเภทของการออกกำลังกาย                                                                        | ท่านออกกำลังกาย<br>โดยวิธี | ระยะเวลาที่ออกกำลังกาย |                 |              | ความถี่ของการออกกำลังกาย |                        |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|-----------------|--------------|--------------------------|------------------------|--------|
|                                                                                                |                            | < 20<br>นาที           | 20 – 30<br>นาที | > 30<br>นาที | 1 – 3 ครั้ง<br>สัปดาห์   | 4 – 6 ครั้ง<br>สัปดาห์ | ทุกวัน |
| 1. ชนิดเบา เช่น เปตอง วิ่งเหยาะๆ<br>เดิน .....                                                 | ระบุ.....<br>.....         |                        |                 |              |                          |                        |        |
| 2. ชนิดปานกลาง เช่น ปิงปอง วิ่ง<br>เดินเร็ว เต้นแอโรบิก<br>กายบริหาร รำมวยจีน ว่ายน้ำ<br>..... | ระบุ.....<br>.....         |                        |                 |              |                          |                        |        |
| 3. ชนิดหนัก เช่น เทนนิส<br>แบดมินตัน วอลเลย์บอล<br>บาสเกตบอล ชกมวย.....                        | ระบุ.....<br>.....         |                        |                 |              |                          |                        |        |
| 4. ไม่ออกกำลังกาย                                                                              |                            |                        |                 |              |                          |                        |        |

หมายเหตุ 1. โปรดระบุสถานที่ออกกำลังกาย เช่น บริเวณบ้าน สถานที่ออกกำลังกายเอกชน.....

.....

2. โปรดระบุงานบ้าน หรืองานที่ท่านทำเป็นประจำ หรือสม่ำเสมอ.....

.....

### 3. ด้านการสูบบุหรี่

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน ตามความเป็นจริง

#### 1. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- ( ) ไม่สูบ (ข้ามไปตอบข้อที่ 2 )
- ( ) เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกมาแล้ว.....ปี
- ( ) สูบ ท่านสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ.....ปี รวมระยะเวลาการสูบบุหรี่.....ปี
- ก. ท่านสูบบุหรี่ชนิดใด
- ( ) บุหรี่สำเร็จรูปที่มีก้นกรองเช่นสายฝน กรองทิพย์
- ( ) บุหรี่สำเร็จรูปที่ไม่มีก้นกรอง เช่น เกร็ดทอง
- ( ) ยาเส้น
- ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
- ข. จำนวนบุหรี่ที่ท่านสูบ
- ( ) น้อยกว่า 5 มวน/วัน ( ) 5 – 10 มวน/วัน
- ( ) 11 – 20 มวน/วัน ( ) มากกว่า 20 มวน/วัน
- ค. ความบ่อยของการสูบบุหรี่
- ( ) 1 ครั้ง / เดือน ( ) 2 - 3 ครั้ง / เดือน
- ( ) 1 – 3 ครั้ง / สัปดาห์ ( ) 4 - 6 ครั้ง / สัปดาห์
- ( ) ทุกวัน
- ง. ลักษณะการสูบบุหรี่ของท่าน
- ( ) ฟันคว้นออกทางปาก จมูก แต่ไม่สูดควันเข้าปอด
- ( ) ฟันคว้นออกทางปาก จมูก โดยสูดควันเข้าปอด
- ( ) สูดควันเข้าปอด อย่างเต็มที่

#### 2. ท่านต้องอยู่บริเวณที่มีผู้สูบบุหรี่หรือควันบุหรี่หรือไม่

- ( ) ไม่อยู่
- ( ) อยู่

#### 4. ด้านการจัดความเครียด

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน ตามความเป็นจริง

| ข้อความ                                                                 | เป็น<br>ประจำ | เป็นส่วน<br>มาก | เป็นบาง<br>ครั้ง | เป็นส่วน<br>น้อย | ไม่<br>ปฏิบัติ |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|------------------|------------------|----------------|
| 1.ท่านนอนหลับติดต่อกันวันละ 6 - 8 ชั่วโมง                               |               |                 |                  |                  |                |
| 2.ท่านใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก เช่น ปลุกต้นไม้ / ทำสวนเดินชมธรรมชาติ |               |                 |                  |                  |                |
| 3.ท่านทำงานจนไม่มีเวลาพักผ่อน                                           |               |                 |                  |                  |                |
| 4.เมื่อท่านรู้สึกไม่สบายใจท่านจะหาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุนั้นๆ             |               |                 |                  |                  |                |
| 6.ท่านมีเรื่องไม่สบายใจท่านจะปรึกษากับผู้ใกล้ชิด                        |               |                 |                  |                  |                |
| 7.ท่านมีเรื่องไม่สบายใจท่านจะรับประทานยาคลายเครียด                      |               |                 |                  |                  |                |
| 8.ท่านมีเรื่องไม่สบายใจท่านจะดื่มเหล้า                                  |               |                 |                  |                  |                |
| 9.ท่านมีเรื่องไม่สบายใจท่านจะสูบบุหรี่                                  |               |                 |                  |                  |                |
| 10.ท่านมีเรื่องไม่สบายใจท่านจะออกกำลังกาย                               |               |                 |                  |                  |                |
| 11.ท่านมีเรื่องไม่สบายใจท่านจะไปร้านทำผม / สระผม / พูดยะบายกับช่างทำผม  |               |                 |                  |                  |                |
| 12.ท่านมีเรื่องไม่สบายใจท่านจะไป พักผ่อนตามห้างสรรพสินค้า/ตลาดนัด       |               |                 |                  |                  |                |
| 13.ท่านมีเรื่องไม่สบายใจท่านจะอยู่คนเดียวเพื่อสงบสติอารมณ์/นั่งสมาธิ    |               |                 |                  |                  |                |
| 14.ท่านมีเรื่องไม่สบายใจท่านจะ รับประทานอาหารมากกว่าปกติ                |               |                 |                  |                  |                |
| 15.ท่านมีเรื่องไม่สบายใจท่านจะ ตะโกน กรีดร้อง ด้วยเสียงที่ดัง           |               |                 |                  |                  |                |



ภาคผนวก ค

ค่าอำนาจการจำแนกและค่าความเชื่อมั่น

ตาราง 40 ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม จำแนกตามปัจจัยจิตวิทยา และปัจจัยชีววิทยา

| ข้อ | การรับรู้สภาวะ<br>สุขภาพ | ความรู้เกี่ยวกับแบบ<br>แผนการดำเนินชีวิต | เจตคติเกี่ยวกับแบบแผน<br>การดำเนินชีวิต | ด้านบุคลิกภาพ |
|-----|--------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------|
| 1   | 0.53                     | 0.80                                     | 0.63                                    | 0.21          |
| 2   | 0.40                     | 0.57                                     | 0.21                                    | 0.09          |
| 3   | 0.28                     | 0.60                                     | 0.24                                    | 0.11          |
| 4   | 0.19                     | 0.80                                     | 0.68                                    | 0.23          |
| 5   | 0.38                     | 0.20                                     | 0.29                                    | 0.09          |
| 6   | 0.52                     | 0.60                                     | 0.31                                    | 0.21          |
| 7   | 0.39                     | 0.80                                     | 0.37                                    | 0.18          |
| 8   | 0.41                     | 0.57                                     | 0.42                                    | 0.43          |
| 9   | 0.32                     | 0.41                                     | 0.51                                    | 0.08          |
| 10  | 0.48                     | 0.43                                     | 0.17                                    | 0.44          |
| 11  |                          | 0.59                                     |                                         | 0.25          |
| 12  |                          | 0.80                                     |                                         | 0.32          |
| 13  |                          | 0.79                                     |                                         | 0.08          |
| 14  |                          |                                          |                                         |               |
| 15  |                          |                                          |                                         |               |

|                                                                   |              |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|
| ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้สภาวะสุขภาพ                  | เท่ากับ 0.64 |
| ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต | เท่ากับ 0.61 |
| ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เจตคติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต  | เท่ากับ 0.64 |
| ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้านบุคลิกภาพ                        | เท่ากับ 0.24 |

ตาราง 41 ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิต

| ข้อ | การบริโภคอาหาร | การออกกำลังกายแบบแอโรบิค | การจัดความเครียด |
|-----|----------------|--------------------------|------------------|
| 1   | 0.61           | 0.82                     | 0.29             |
| 2   | 0.69           | 0.90                     | 0.24             |
| 3   | 0.27           | 0.51                     | 0.37             |
| 4   | 0.28           |                          | 0.69             |
| 5   | 0.16           |                          | 0.52             |
| 6   | 0.46           |                          | 0.72             |
| 7   | 0.12           |                          | 0.62             |
| 8   | 0.68           |                          | 0.76             |
| 9   | 0.47           |                          | 0.21             |
| 10  | 0.34           |                          | 0.19             |
| 11  | 0.17           |                          | 0.22             |
| 12  | 0.34           |                          | 0.16             |
| 13  | 0.17           |                          | 0.65             |
| 14  | 0.51           |                          | 0.16             |
| 15  | 0.37           |                          |                  |
| 16  | 0.45           |                          |                  |
| 17  | 0.17           |                          |                  |

|                                                          |              |
|----------------------------------------------------------|--------------|
| ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการบริโภคอาหาร           | เท่ากับ 0.79 |
| ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการออกกำลังกายแบบแอโรบิค | เท่ากับ 0.85 |
| ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการจัดความเครียด         | เท่ากับ 0.73 |

ตาราง 42 ค่าความยากง่ายของแบบสอบถาม ด้านความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

| ข้อ | ค่าความยากง่าย |
|-----|----------------|
| 1   | 0.80           |
| 2   | 0.57           |
| 3   | 0.78           |
| 4   | 0.69           |
| 5   | 0.52           |
| 6   | 0.60           |
| 7   | 0.62           |
| 8   | 0.76           |
| 9   | 0.57           |
| 10  | 0.25           |
| 11  | 0.22           |
| 12  | 0.45           |
| 13  | 0.65           |

ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองโครงการวิจัยในคน

เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน  
โรงพยาบาลราชวิถี

เอกสารเลขที่ 24 / 2547

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) “แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย”

(ภาษาอังกฤษ) “Life style of Coronary Artery Disease patients in Thailand ”

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวฐิตาพร เขียนวงษ์

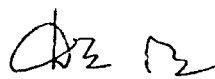
ตำแหน่ง -

สังกัดหน่วยงาน นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 18 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2547

ลงนาม



(นายแพทย์สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม



(นายสุรวิทย์ เดชภูวนันท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ประวัติย่อผู้วิจัย

### ประวัติย่อผู้วิจัย

|                                |                                                                      |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ ชื่อสกุล                  | นางสาวจิตาพร เขียนวงษ์                                               |
| วันเดือนปีเกิด                 | 25 สิงหาคม 2519                                                      |
| สถานที่เกิด                    | พิษณุโลก                                                             |
| สถานที่อยู่ปัจจุบัน            | 681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร                  |
| ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน | พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 5                                                |
| สถานที่ทำงานปัจจุบัน           | หออภิบาลศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล |
| ประวัติการศึกษา                |                                                                      |
| พ.ศ. 2537                      | มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนอัสสัมชัญธนบุรี                            |
| พ.ศ. 2541                      | พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์<br>เกียรตินิยมอันดับ 1  |
| พ.ศ. 2546                      | วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา<br>มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ   |