

616-13.

ภ ๕16 ๐

3.3

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการ
ในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ
โรงพยาบาลศิริราช

ปริญญานิพนธ์

ของ

ศรินาข โกวิตเจริญตระกูล

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

พฤษภาคม 2542

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

181346

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ศักดิ์แพทย์หญิง นภาพร มัชฌมางกูร)

..... กรรมการ
(อาจารย์ทรงพล ต่อนี่)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ศักดิ์แพทย์หญิง นภาพร มัชฌมางกูร)

..... กรรมการ
(อาจารย์ทรงพล ต่อนี่)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พริ้มเพรา ผลเจริญสุข)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ศาสตราจารย์ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

วันที่ 14 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2542

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความช่วยเหลือและแนะนำอย่างดียิ่ง จากรองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมากร อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ ประธาน กรรมการ ความคุมปริญญานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์พริ้มเพรา ผลเจริญสุข ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนช่วยตรวจ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจตลอดมาอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์องค์การ เวียงรัตนอักษร รองศาสตราจารย์เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา อาจารย์จรัสวรรณ ดังคะเกษ รองศาสตราจารย์ทวีสิทธิ์ สิทธิกร และผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี ที่กรุณาตรวจและให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือ

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์สุกัญช ไซยธีระพันธ์ และเจ้าหน้าที่สำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราชทุกท่าน ที่ได้อำนวยความสะดวกและให้การช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลในการวิจัย

ขอขอบคุณ คุณวิภาพร กาญจนราช คุณทัศนีย์ ทองก้อน คุณคงศักดิ์ อรรถนัยังกูร คุณดรบุษ อรรถนัยังกูร คุณเนตรคนึง อรรถนัยังกูร และคุณสุกัญช โกวิทเจริญตระกูล ที่ได้ให้ความช่วยเหลือแนะนำ และเป็นกำลังใจ จนทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ใด ๆ จากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้เพื่อเทอดพระคุณ บิดา มารดา ครู-อาจารย์ ที่อบรมสั่งสอน และชี้แนะแนวทางการศึกษาแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

ศีรนาช โกวิทเจริญตระกูล

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
คำนำ.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2 สารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	8
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	8
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	34
การวิจัยในต่างประเทศ.....	34
การวิจัยในประเทศไทย.....	35
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	40
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	42
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
ประชากร.....	42
กลุ่มตัวอย่าง.....	42
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	43
ลักษณะของเครื่องมือ.....	43
เกณฑ์ในการให้คะแนน.....	43
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	43
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	44
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล.....	
วิธีจัดกระทำข้อมูล.....	45
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	45

4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ.....	53
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล.....	53
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
ผลการศึกษาค้นคว้า.....	54
5 บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ.....	71
บทย่อ.....	71
ความมุ่งหมายโดยรวมเกี่ยวกับคำ.....	71
วิธีดำเนินการวิจัย.....	71
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	72
อภิปรายผล.....	74
ข้อเสนอแนะ.....	79
ข้อเสนอแนะสำหรับคำแนะนำวิจัยต่อไป.....	80
บรรณานุกรม.....	82
ภาคผนวก.....	96
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	112

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ค่าบริการตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ พ.ศ. 2541.....	2
2 จำนวนและค่าร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และสถานภาพสมรส.....	55
3 คะแนนเฉลี่ย ความเสี่ยงบนมาตรฐานและระดับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	57
4 คะแนนเฉลี่ย ความเสี่ยงบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และระดับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	57
5 คะแนนเฉลี่ย ความเสี่ยงบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจ จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และ สถานภาพสมรส.....	58
6 ผลการเปรียบเทียบของคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามเพศ.....	60
7 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีอายุต่างกัน.....	61
8 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน.....	61
9 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ มีระดับการศึกษาต่างกัน.....	62
10 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน.....	62
11 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีอาชีพต่างกัน.....	63
12 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพต่างกัน.....	64
13 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน.....	65

- 14 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ในการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน.....65..
- 15 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน..... 66...
- 16 ค่าอำนาจในการทำนายของตัวทำนาย การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.....67..

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	40
-----------------------------	----

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

การเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมในปัจจุบันเป็นสาเหตุของการเกิดโรคและความเจ็บป่วย (Kaplan. 1993 :220 – 244 ; Mattarraso. 1984 :3 - 5) ซึ่งทำลายชีวิตมนุษย์ไปเป็นจำนวนมาก ในประเทศที่มีความเจริญก้าวหน้า เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าทุกๆ 32 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 ราย โรคหลอดเลือดหัวใจไม่เพียงแต่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญแล้ว ยังพบว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก (Angina Pain) บั่นทอนคุณภาพชีวิตภายหลังการเจ็บป่วย และส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ทำลายความคาดหวังในชีวิต โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรง ความรู้สึกเจ็บหน้าอก ความกลัวตายทำให้ผู้ป่วยท้อแท้หมดหวัง (Pleas. 1987 :1 - 5)

ในประเทศไทยการเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่พยายามให้สอดคล้องตามสภาพสังคม การรับวัฒนธรรมตะวันตกในด้านต่างๆ เป็นสาเหตุที่ทำให้คนในสังคมเกิดโรคที่คล้ายคลึงกัน มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเช่นเดียวกัน และพบว่าในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมาโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตที่มากที่สุด (กระทรวงสาธารณสุข. 2536 : 142) และมีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (สำนักงานโยบาย และแผนสาธารณสุข. 2539 : 13 – 27)

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease) เป็นโรคที่สำคัญต่อปัญหาสาธารณสุขมาก เนื่องจากมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจปีละ 34,272 คน หรือประมาณวันละ 93 คน หรือประมาณชั่วโมงละ 3.9คน (กระทรวงสาธารณสุข. 2536 : 142) ปัจจุบันจากสถิติของโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สุชาดา เรืองรัตนอัมพร และคณะ. 2538 : 25) และยังพบผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 40 ปี จำนวนมากขึ้นกว่าเดิม (สุภชัย ไชยธีระพันธ์. 2530 : 6) โรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากจะเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายที่สำคัญแล้ว ยังมีความสำคัญในแง่ของผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศชาติ เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องการการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน ต้องใช้บุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะด้าน ตลอดจนเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่างๆ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง (กุลธิดา พานิชกุล. 2536 : 2)

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรัง ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน มีอาการแทรกซ้อนมากมาย ค่าบริการตรวจวินิจฉัยมีราคาแพง ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 ค่าบริการตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ พ.ศ. 2541

การตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ	ราคา (บาท)	
	โรงพยาบาลศิริราช	โรงพยาบาลธนบุรี
1. การตรวจหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนความถี่สูง (Echocardiography)	2,500	3,500
2. การตรวจหัวใจด้วยการออกกำลังกาย (Exercise Stress Test)	2,000	2,500
3. การตรวจ Thallium	10,000	-
4. การตรวจสวนหัวใจในหลอดเลือด (Cardiac Catheterization)	20,000 50,000	37,500
5. การขยายหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty)		70,000
6. การใส่ขดลวดเพื่อขยายหลอดเลือดแดง (Stent)	100,000	138,000+ค่า stent (ประมาณ 50,000)
7. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft)	300,000	300,000

ที่มา : สำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ รพ. ศิริราช, รพ. ธนบุรี 1

จากตาราง 1 จะเห็นว่าค่าตรวจวินิจฉัยโรคแต่ละวิธีจะมีราคาแพง และค่าใช้จ่ายระหว่างโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐบาลกับโรงพยาบาลธนบุรี 1 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนแตกต่างกันมาก ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยทั้งทางด้านผู้ป่วยและรัฐอย่างมาก

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่คุกคามชีวิตของคนไทย ใช้เวลาในการรักษานาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีอาการเจ็บหน้าอก อาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือรุนแรงถึงขั้นหัวใจหยุดเต้น (อิสรา สุขุมาลจันทร์. 2536 : 292) ผู้ป่วยจึงมีความวิตกกังวล หวาดกลัว เครียด และรู้สึกไร้ค่า (Pinneo. 1984 : 459 ; Pranulis. 1972 : 445) มีผลกระทบต่อการทำงาน มีปริมาณและคุณภาพในการทำงานลดลงก่อให้เกิดความกดดันในการทำงานสูงขึ้น อาจต้องมีการเปลี่ยนแปลงงานหรือออกจากงาน ทำให้มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วย กลายเป็นผู้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งผู้อื่น ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว และสังคม (รัชชัย ฤกษ์ณะประกรกิจ และพันธศักดิ์ วราอัสวปดิ. 2536 : 64 - 68)

เมื่อบุคคลใดเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การที่จะป้องกันไม่ให้อาการของโรคลุกลามมากขึ้นนั้นต้องอาศัยการดูแล และการปฏิบัติของบุคคลเป็นสำคัญ เพราะโรคนี้เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นควรมีการกำหนดการป้องกันอันเป็นหนทางที่ดีกว่า อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่เป็นโรค แล้วการชลออาการของโรคที่เป็นอยู่ไม่ให้เพิ่ม หรือดำเนินความรุนแรงมากขึ้นโดยจะต้องมีการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 พ.ศ. 2544) ได้ให้ความสำคัญของการดูแลตนเอง (Self - Care) โดยเห็นว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องกระทำ ไม่ว่าจะเป็นหญิง ชาย หรือเด็ก ถ้าการดูแลตนเองไม่ได้รับการคงไว้ การเจ็บป่วย การเป็นโรคหรือการตายจะเกิดขึ้น

การดูแลตนเองเป็นภาระกิจที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายและตั้งใจ เพื่อดำรงรักษาชีวิต สุขภาพอนามัย ความเป็นอยู่ที่ดี ตลอดจนหลีกเลี่ยงจากโรคร้ายที่คุกคามต่อชีวิต และเมื่อแต่ละบุคคลได้กระทำอย่างมีประสิทธิภาพก็จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด แต่บุคคลผู้ทำหน้าที่ในการดูแลตนเองย่อมมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน จึงทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกัน ดังนั้น การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดย โอเร็ม (Orem. 1991: 117) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ต้องเรียนรู้และเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติด้วยความตั้งใจ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-Care Requisites) ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental

Self-Care Requisites) และความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) ดังนั้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจึงเน้นทั้ง 3 ด้าน เนื่องจากการปฏิบัติตน หรือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีผลต่อการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาวะการมีสุขภาพดีอย่างเหมาะสม การศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่มีผู้ศึกษาเรื่องนี้โดยตรง ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช เพื่อเป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำ ปรีกษา และหาทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งเป็นประโยชน์ในการเรียนการสอนแก่บุคลากรในทีมสุขภาพ ตลอดจนเป็นแนวทางในการให้สุขศึกษาที่ถูกต้องตรงกับปัญหาที่ผู้ป่วยประสบอยู่

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำแนก ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และสถานภาพสมรส
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และสถานภาพสมรส ที่มีต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. นำผลที่ได้จากการศึกษาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติงานและส่งเสริมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้มีการดูแลตนเองที่ดีเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
2. เป็นข้อมูลในการวางแผน และพัฒนาการจัดดำเนินงานสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแก่ผู้มารับบริการ และประชาชนทั่วไปให้เกิดพฤติกรรมการป้องกัน และการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ของการรักษาพยาบาล
3. เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อตกลงเบื้องต้น

- 1.ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจด้วยวิธีตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ หรือด้วยวิธีการทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกาย
- 2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างไม่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงอื่น ๆ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคไต โรคตับ โรคปอด
- 3.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะต้องไม่มีประวัติติดยา หรือแอลกอฮอล์ หรือมีปัญหาทางจิตและประสาทที่รุนแรงมาก่อน
- 4.สามารถพูดจาโต้ตอบและสื่อสารกันได้ชัดเจน

ขอบเขตการศึกษากันคว่ำ

ประชากร

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่ง มารับการรักษาที่สำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาด โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 1,860 คนซึ่งเป็นประชากรในปี 2541 (สำนักงานศูนย์โรคหัวใจ. 2541 : ไม่มีเลขหน้า)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไปซึ่ง มารับการรักษาที่สำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาด โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 330 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

- 1.ตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และสถานภาพสมรส
- 2.ตัวแปรตาม ได้แก่ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

นิยามศัพท์เฉพาะ

- 1.การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กระทำในชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ และความเป็นปกติสุข ประกอบด้วย

1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย การพักผ่อน การออกกำลังกาย การทำงาน การรักษาความสะอาดของร่างกาย การป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อม และการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.2 การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการของชีวิต ได้แก่ การป้องกันการเกิดภาวะที่มีผลให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหาย การลดความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.3 การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ได้แก่ การแสวงหาและการได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข การรับรู้และความสนใจ การตระหนักถึงอันตรายและผลเสียที่จะเกิดขึ้น อันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตรอยู่อย่างปกติสุขของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ป่วยอายุ 21 ปีขึ้นไป ที่มีความผิดปกติของหัวใจชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรังซึ่งเกิดเนื่องจากการที่เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงหรือชะงักไป เพราะเกิดการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารี

3. อายุ หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนารถ โรงพยาบาลศิริราช โดยแบ่งตามกลุ่มอายุดังนี้ (สุกชัย ไชยธีระพันธ์. 2527 : 387)

- 3.1 21 – 30 ปี
- 3.2 31 – 40 ปี
- 3.3 41 – 50 ปี
- 3.4 51 – 60 ปี
- 3.5 61 – 70 ปี
- 3.6 71 ปีขึ้นไป

4. ระดับการศึกษา หมายถึง การเรียนชั้นสูงสุดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งตามกลุ่มได้ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2529 : 25-26)

- 4.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา
- 4.2 ประถมศึกษา
- 4.3 มัธยมศึกษา
- 4.4 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

4.5 ปริญาตรีหรือสูงกว่า

5. รายได้ครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินสุทธิของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อเดือนแบ่งตามกลุ่มได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ . 2536 : 10)

5.1 ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

5.2 3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน

5.3 8001-13000 บาทต่อเดือน

5.4 อื่น

5.5 สูงกว่า 18000 บาทต่อเดือน

6. สถานภาพสมรส หมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตร่วมกันแบบสามี ภรรยา แบ่งกลุ่มได้ดังนี้

6.1 คู่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังมีสามี หรือภรรยาอยู่ร่วมกันในปัจจุบัน

6.2 โสด หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เคยมีสามี หรือภรรยา

6.3 หม้าย หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเคยมีสามี หรือภรรยาอยู่ร่วมกันในอดีต แต่ สามี หรือภรรยาเสียชีวิต

6.4 หย่า หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเคยมี สามี หรือภรรยาอยู่ด้วยกันในอดีต แต่สามี หรือภรรยาหย่าร้าง

6.5 แยก หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเคยมี สามี หรือภรรยาอยู่ร่วมกันในอดีต แต่ปัจจุบันแยกกันอยู่

7. อาชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง อาชีพของผู้ป่วยโดยยึดอาชีพหลักที่เป็นรายได้สูงสุดของครอบครัว แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มคือ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ . 2534 :6)

7.1 รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่ทำงานในหน่วยงานของทางราชการและหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ

7.2 ค้าขายหรือประกอบธุรกิจ หมายถึง ผู้ทำการค้าหรือธุรกิจทุกชนิด

7.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ประกอบอาชีพทำนา ทำไร่ ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์เพื่อจำหน่าย

7.4 รับจ้าง หมายถึง ผู้ที่รับจ้างเป็นรายวัน รายเดือน มีรายได้ไม่แน่นอน

7.5 ไม่ประกอบอาชีพ

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการศึกษากครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในต่างประเทศ และในประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease, CAD)

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เกิดความผิดปกติของหัวใจชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เนื่องจากการที่เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง หรือชะงักไป เพราะเกิดโรคขึ้นในหลอดเลือดโคโรนารี อาจทำให้มีหรือไม่มีอาการก็ได้ ในปัจจุบันมีชื่อเรียกอื่นๆ อีก เช่น โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (Atherosclerotic Heart Disease, ASHD) โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease, IHD)

ประวัติ

โรคนี้รู้จักกันมาตั้งแต่ พ.ศ.2311 (ค.ศ.1768) William Herberden เรียกว่า Angina Pectoris เป็นโรคที่มีอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรงที่บริเวณทรวงอก มักจะมีอาการวิตกกังวล และอาการหายใจไม่ออกร่วมอยู่ด้วย ใน พ.ศ.2455 (ค.ศ.1912) Dr.James Herriek รายงานว่าการอุดตันที่ส่วนต้นหรือที่รูเปิดของหลอดเลือดแดงโคโรนารีจะเกิดอันตรายได้ถึงเสียชีวิต บางรายอาจตายอย่างกะทันหัน ใน พ.ศ.2487 (ค.ศ.1944) Dr. Arthur M Master ได้รายงานไว้ว่า Acute coronary insufficiency ว่าเป็นกลุ่มอาการ (Syndrome) ที่อันตราย ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเป็นแผลและตายได้ อันเป็นผลจากเลือดในหลอดเลือดแดงโคโรนารีไหลลดลง ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้นและต้องการออกซิเจนมากขึ้น ใน พ.ศ.2501 (ค.ศ.1956) Dr. F. Mason Sones เริ่มทำการศึกษาหลอดเลือดโคโรนารีด้วยสารทึบรังสี (Coronary Angiography) โดยการสวนสอดท่อเล็กเข้าที่รูเปิดของหลอดเลือดแดงโคโรนารี การศึกษาเรื่องของโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีจึงเพิ่มมากขึ้น ต่อมาใน ค.ศ.1965-1966 ได้มีการรักษาโรคนี้โดยวิธีต่อหลอดเลือดนี้ด้วยหลอดเลือดดำจากขา (Saphrenous vein graft) ค.ศ. 1977 Gurentzing ได้ขยายหลอดเลือด

แดงโคโรนารีที่ตีบด้วยการขยายด้วยลูกโป่ง (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty) ได้สำเร็จเป็นครั้งแรก ใน พ.ศ.2519 (ค.ศ.1980) Peter Rentrop ใช้วิธีฉีดสารละลายก้อนเลือด Streptokinase เข้าในหลอดเลือดโคโรนารีบริเวณอุดตันโดยตรง ซึ่งต่อมาให้หยดยานี้เข้าหลอดเลือดดำ เพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดแดงโคโรนารีเฉียบพลัน การป้องกันและการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดนี้ยังมีการพัฒนาอยู่เรื่อยๆ เพราะเป็นโรคที่มีความสำคัญต่อวงการสาธารณสุขและพบบ่อยจนเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในประเทศอุตสาหกรรม รวมทั้งประเทศไทยด้วย

สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ

สาเหตุร้อยละ 80-90 เกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตัน จาก Atherosclerosis โดยเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังด้านในของหลอดเลือด (Intima layer) ซึ่งแบ่งลักษณะของพยาธิสภาพได้ 3 ประการ คือ ในระยะแรกจะเกิดรอยไขมัน (Fatty streak) ที่ผนัง ต่อมาจะกลายเป็นเนื้อเยื่อพังผืดหนา (Fibrous plaques) ผนังที่หนาตัวขึ้นจะเกิดภาวะที่แทรกซ้อน ได้แก่ มีเลือดออก (Hemorrhage) และมีหินปูนจับเกาะ (Calcification) รอยไขมันที่มีเนื้อเยื่อพังผืดหนา มักพบในคนกลุ่มหนุ่มสาว ไม่ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด จึงยังไม่เกิดอาการโรค ซึ่งเป็นลักษณะของ Atherosclerosis รายที่เป็นมากแล้วจะพบเป็นก้อนสีขาวยื่นนูนเข้าไปภายในหลอดเลือด ก้อนนี้ประกอบด้วยไขมันซึ่งส่วนใหญ่เป็นคอเลสเตอรอลที่สะสมขึ้นในกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือด ถ้ามี Complicated lesion จะทำให้เกิดการตายของเซลล์ และเกิดก้อนเลือดแข็งตัวที่ผนังของเนื้อเยื่อพังผืด นอกจากนี้ภาวะหัวใจขาดเลือดยังเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้อีก เช่น โรคหลอดเลือดโคโรนารีชนิดที่ไม่ได้เกิดจาก Atherosclerosis ได้แก่

1. เป็นมาแต่กำเนิด เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีกำเนิดออกจากหลอดเลือดแดงพัลโมนารี ซึ่งเป็นหลอดเลือดที่นำเลือด (มีออกซิเจนน้อย) จากหัวใจห้องล่างขวา มาฟอกที่ปอดให้เป็นเลือดแดง (มีออกซิเจนมาก) เมื่อหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีกำเนิดจากหลอดเลือดแดงพัลโมนารีก็จะทำให้เลือดที่เลี้ยงหัวใจมีออกซิเจนไม่เพียงพอ ทำให้เกิดโรคหัวใจโคโรนารีได้

2. ความผิดปกติของ Connective Tissue เนื่องจากกรรมพันธุ์และทำให้ผนังหลอดเลือดโคโรนารีผิดปกติ

1. หลอดเลือดโคโรนารีบีบเกร็งโดยที่หลอดเลือดโคโรนารีปกติ
2. ความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารีซึ่งเกิดขึ้นภายหลัง เช่น มีก้อนเลือดอุดตัน ผนังหลอดเลือดปริ เป็นต้น

พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจ (พรณี เสถียรโชคและประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี.
2536: 433-436)

ความไม่สมดุลของการไหลของเลือดแดงเลี้ยงหัวใจ และความต้องการเลือดแดงมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (Imbalance of Myocardial Supply and Demand) เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพของโรคหัวใจขาดเลือด ทำให้ออกซิเจนและสารอาหารที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ลดลง มีผลทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก เกิดการเปลี่ยนแปลงทาง Electrophysiology และ Metabolism ถ้าเกิดมากๆ จะทำให้หัวใจหยุดเต้น หรือกล้ามเนื้อหัวใจข้างซ้ายตาย (Myocardial Infarction) หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ตามปกติกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardium) ต้องการพลังงานมากในการทำงาน เพื่อที่จะให้เกิดการบีบรัดตัวติดต่อกันไปเรื่อยๆ (Myocardial contraction) พลังงานหลักนี้เกิดจาก Aerobic metabolism เพื่อจะให้เกิด Adenosine Triphosphate (ATP) ที่ใช้ในการทำให้เกิดพลังงานต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังต้องอาศัยสารอย่างอื่นๆ ที่อยู่ในเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น กลูโคส กรดอะมิโน และกรดไขมัน (Fatty acid) เพื่อใช้ในการ Oxidized ให้เกิดพลังงานอย่างสูงที่เรียกว่า High Energy Phosphate (HEP) และขบวนการเหล่านี้เกิดใน Myocardial mitochondria ซึ่งต้องใช้ ออกซิเจน ในการทำให้เกิด ATP ฉะนั้นออกซิเจนจะต้องมีอย่างเพียงพอในหลอดเลือดแดงที่ไหลเข้ามาเลี้ยงหัวใจ ออกซิเจนจะซึมผ่าน (Diffuses) หลอดเลือดฝอยออกมาสู่กล้ามเนื้อหัวใจในขณะที่หัวใจอยู่ในช่วงไดแอสโตล หลังจากนั้นจึงจะเกิด Oxidase ใน Mitochondrial เพื่อให้เกิดพลังงานเมื่อเลือดแดงไหลมาไม่เพียงพอตามความต้องการของกล้ามเนื้อหัวใจ มีออกซิเจนน้อย จะเกิดภาวะโรคหัวใจขาดเลือด ฉะนั้นถ้าการควบคุมการไหล (Coronary flow) ของเลือดแดงเข้าสู่หัวใจได้เพียงพอ ภาวะโรคหัวใจขาดเลือดก็จะไม่เกิดขึ้น ในกรณีที่กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการเลือดและออกซิเจนมากขึ้น หลอดเลือดแดงยังปกติสามารถปรับขนาดทำให้การไหลของเลือดมากขึ้นก็จะไม่เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก จึงเป็นความจริงที่ว่าโรคหัวใจขาดเลือด มีเหตุมาจากปัญหาของปริมาณการไหลของเลือดแดง (Myocardial supply) มากกว่าอย่างอื่นๆ

ระดับความรุนแรงของโรค

ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ขึ้นอยู่กับจำนวนหลอดเลือดที่เป็น และเปอร์เซ็นต์ของการตีบแคบในหลอดเลือด ได้จำแนกระดับความรุนแรงของโรคหัวใจตามความ

สามารถในการทำกิจกรรม และอาการแสดงของโรคหัวใจ ดังนี้ (อัจฉรา เฑชอุทธิพิทักษ์ 2533: 1-10)

Class 1 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมทั่วไปได้โดยไม่แสดงอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอก

Class 2 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีความสุขสบายเหมือนคนปกติในขณะพัก แต่จะอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอก เมื่อทำกิจกรรมทั่วๆ ไป

Class 3 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม อาจรู้สึกสบายในขณะพัก แต่เมื่อทำกิจกรรมเบาๆ จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอก

Class 4 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอกในขณะพัก โดยที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆ

อาการทางคลินิก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จะแสดงอาการทางคลินิกที่พบบ่อย คือ

1. อาการเจ็บบริเวณหัวใจ (Angina pectoris) เป็นผลมาจากความไม่สมดุลของออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงเลี้ยงหัวใจ โดยเกิดการแข็งตัว (Atherosclerosis) อาการเจ็บหน้าอกแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1.1 Stable Angina Pectoris

หมายถึงการเจ็บหน้าอกที่ค่อนข้างจะเรื้อรังเป็นในลักษณะเดียวกัน บริเวณที่เจ็บระยะเวลาที่เจ็บ และมีตัวกระตุ้นคล้ายๆ กัน โดยเฉพาะเป็นมาในเวลานานกว่า 2 เดือนขึ้นไป

ลักษณะการเจ็บ ผู้ป่วยจะบรรยายแตกต่างกันไปบ้าง เช่น มีความรู้สึกแน่นหน้าอก หรือมีการเจ็บหนักๆ เหมือนถูกของหนักกดทับ หรือเจ็บเหมือนมีใครมาบีบบริเวณหน้าอก หายใจไม่ออก ส่วนน้อยอาจจะมีความรู้สึกแสบๆ หรือชา แต่จะไม่เจ็บแหลมหรือแปล็บๆ เป็นต้น

บริเวณที่เจ็บ จะอยู่บริเวณตรงกลางหน้าอกด้านซ้ายหรือด้านขวา บริเวณสะบักหลัง หรือบริเวณหัวใจไหล่ซ้าย และเมื่อเจ็บจะมีอาการร้าวไปที่แขนซ้ายมากกว่าแขนขวา หรือไปที่คอที่กราม ที่หัวใจไหล่ซ้าย

ระยะเวลาที่เจ็บ ประมาณ 2-5 นาที น้อยรายที่จะเจ็บนานถึง 30 นาที

สิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการ (Precipitating Factors) มักจะพบว่าถ้าผู้ป่วยออกกำลังกายจะมีอาการเจ็บ เช่น เดินขึ้นบันได ขี่รถ เดินหลังจากอาหารมื้อเย็น หรือกระทบอากาศเย็นเกินไป

หรือร้อนเกินไปในระหว่างที่มีอารมณ์เครียด โมโห ตกใจ หรือในขณะที่กำลังสูบบุหรี่ อาการจะดีขึ้นถ้าหยุดพัก หรือพ่นยาในโตรกริเซอร์รีน ได้ลิ้น

การวินิจฉัย การวินิจฉัยทำได้โดยการซักประวัติ และการตรวจต่างๆ มาพิจารณา
ร่วมกัน

การซักประวัติ

เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ถ้าประวัติชัดเจนโดยการถามอย่างละเอียด จะทำให้วินิจฉัยแยกโรคนี้ได้ง่ายขึ้น นอกจากนั้นควรถามไปถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคนี้ เช่น สูบบุหรี่ ความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน ไขมันสูง และประวัติในครอบครัวที่มีโรคนี้อยู่แล้ว

การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายอาจจะไม่ได้ช่วยอะไรมาก เพราะจะไม่พบสิ่งผิดปกติมากนัก แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าตรวจโดยละเอียดอาจจะพบสิ่งผิดปกติของอาการแทรกซ้อนได้ เช่น เสียงสามหรือเสียงสี่ อาจจะพบความดันเลือดสูงร่วมด้วย พบเสียงฟู่หัวใจในช่วงซิสโตลี เช่น เสียงลิ้นหัวใจไมตรรั่วจากกล้ามเนื้อแบบพิลลีสทำงานผิดปกติ ลิ้นเอออร์ติคตีบ หรือ Idiopathic Subaortic Stenosis นอกจากนั้นอาจตรวจพบ Xanthelasma ที่เปลือกตา หรือ Tendonous Xanthoma เป็นต้น

การตรวจห้องปฏิบัติการ

การตรวจนับเม็ดเลือดและฮีโมโกลบิน (CBC) ตรวจปัสสาวะ และตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกมักพบว่าปกติ การตรวจระดับไขมันในเลือด มักจะพบว่า Cholesterol สูง Triglyceride อาจปกติหรือสูง จัดเป็น Hyperlipoproteinemia type II หรือ type IV ส่วน HDL มักจะต่ำหรือปกติ Cardiac enzymes จะพบว่าปกติเสมอ

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

คลื่นไฟฟ้าหัวใจอาจปกติถึงร้อยละ 40-50 นอกจากรายที่กล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน จะพบคลื่น Q ชัดเจน หัวใจเต้นผิดจังหวะเกิดขึ้น โดยเฉพาะ Premature Ventricular Contraction การบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 24 ชั่วโมง (Holler Monitoring หรือ Ambulatory Electrocardiographic Monitoring) อาจมีส่วนช่วยได้มาก โดยผู้ป่วยจะมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะมีการเปลี่ยนแปลง ST ที่ต่ำลง ถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหัวใจร่วมไปด้วย ยังจะพบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น

1.2 Unstable angina pectoris

มักพบว่าเพิ่มมีอาการภายใน 1-2 เดือน มีประวัติการเจ็บหน้าอกเพิ่มมากขึ้นภายใน 1-2 เดือน การเจ็บหน้าอกอาจมีลักษณะรุนแรง ระยะเวลาสั้นขึ้นกว่า 10 นาที เจ็บถี่และนานขึ้น

อาจมีอาการเจ็บนานกว่าครึ่งชั่วโมง มีเหงื่อออก หน้ามืด เป็นลม อาการเจ็บหน้าอกอาจเป็นขณะที่พักผ่อนหรือเกิดขึ้นขณะหลับ

1.3 Prinzmetal's angina (Variant angina pectoris) เป็นการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเฉพาะเวลาที่พักผ่อน โดยไม่มีการออกกำลังกาย หรือมีอาการเข้ามาเกี่ยวข้องมักเป็นช่วงกลางคืนถึงเช้ามืด การตรวจหลอดเลือดโคโรนารีพบว่าปกติแต่มีการหดเกร็งของหลอดเลือด (Coronary spasm) เกิดขึ้น

2. กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดไปเลี้ยง จนเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และจะไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้

3. ตายโดยปัจจุบันทันด่วน (Sudden death) หมายถึงการตายที่เกิดขึ้นในระยะเวลาอันสั้น และโดยมิได้คาดหมายล่วงหน้ามาก่อน อาจเกิดทันทีทันใด หรือจากระยะเวลาที่มีอาการจนกระทั่งถึง 24 ชั่วโมง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

มีรายงานการศึกษาทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคนี้จำนวนมาก สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงแก้ไขไม่ได้ ได้แก่

1.1 อายุ พบว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะมีภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวมากขึ้นกว่าคนที่อายุน้อย (อิสรา สุขุมาลจันทร์. 2536: 292-301) และมักพบบ่อยในคนที่มีอายุ 40 ปี ขึ้นไป

1.2 เพศ เพศชายจะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ มากกว่าเพศหญิง แต่ในหญิงวัยหญิง

ประจำเดือนจะพบได้ไม่แตกต่างไปจากเพศชาย (พรณี เสถียรโชคและประดิษฐ์ชัย ชัยศรี. 2536: 429-469)

1.3 กรรมพันธุ์ ถ้ามีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดในครอบครัวมาก่อนบุคคลนั้น

มีโอกาสเสี่ยงต่อ CAD มากกว่า (อิสรา สุขุมาลจันทร์. 2536: 292-301)

2. ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้

2.1 การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงของโรค Atherosclerosis โดยเฉพาะการสูบบุหรี่จัด การสูบบุหรี่จะมีผลต่อการทำงานของหัวใจดังนี้คือ (วินัส ตันติบูล. 2532: 41-42)

- นิโคติน (Nicotine) ซึ่งเป็นสารที่มีอยู่ในบุหรี่ จะออกฤทธิ์กระตุ้นให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมน Catecholamine เพิ่มขึ้น มีผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจต้องทำงานมากขึ้น

- คาร์บอนมอนนอกไซด์ ซึ่งเกิดจากการเผาไหม้ของบุหรี่ จะแย่งที่ออกซิเจนในการจับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ทำให้การขนถ่ายออกซิเจนสู่อวัยวะต่างๆรวมทั้งหัวใจลดลง ทำให้หัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

- การสูบบุหรี่เป็นประจำจะมีระดับ Low Density Lipoprotein (LDL) ในเลือดสูงขึ้น ระดับ High Density Lipoprotein (HDL) ในเลือดต่ำลง การเปลี่ยนแปลงนี้จึงมีส่วนทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้

โรสแมน และคณะ (Roseman et al, 1976: 903) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มประชากรเพศชายอายุ 39-59 ปี จำนวน 3,154 ราย ระยะเวลาติดตามผลการศึกษา 8.5 ปี พบว่ามีประชากรที่เป็นโรคนี้จำนวน 257 ราย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 1 ซองต่อวัน, 1 ซองต่อวัน และมากกว่า 1 ซองต่อวัน จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่เท่ากับ 1.05, 1.53 และ 1.93 เท่า ตามลำดับ ($p < 0.001$) ในกลุ่มอายุ 39-49 ปี และเท่ากับ 0.98, 1.63 และ 2.32 เท่า ตามลำดับ ($p < 0.001$) ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี

ชานริต และคณะ (Chanrit et al, 1985: 508) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วย โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามารับดี และโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 358 ราย และกลุ่มควบคุมจากพนักงานธนาคารออมสินสาขาใหญ่ ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีว่าสุขภาพดี จำนวน 475 ราย พบว่าคนที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ 2.4 เท่า ของผู้ไม่สูบบุหรี่

2.2 ภาวะไขมันในเลือดสูง

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะคอเลสเตอรอล เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (วิชัย ตันไพจิตรและชาติ พรพัฒน์กุล, 2536: 664-684) คอเลสเตอรอลจะจับกับโปรตีน เรียกว่าไลโปโปรตีน (Lipoprotein) เพื่อให้ละลายตัวอยู่ในน้ำเลือดได้ ที่สำคัญคือ HDL และ LDL โดย LDL จะทำหน้าที่ขนถ่ายคอเลสเตอรอลไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆที่ไม่ใช้ดับ เมื่อมีจำนวนมากจะทำให้เกิดสภาวะหลอดเลือดตีบตัน ส่วน HDL ทำหน้าที่ขนถ่ายคอเลสเตอรอลจากเนื้อเยื่อส่วนปลายนำกลับมาเผาผลาญที่ตับเป็น Bile acid ต่อไป HDL จึงเป็นตัวที่ป้องกันไม่ให้เส้นเลือดแข็งตัว (วิชัย ตันไพจิตร, 2535: 747-748) ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดที่

เหมาะสมควรอยู่ในระดับต่ำกว่า 200 mg/dl ถ้าสูงถึง 240-250 mg/dl ควรให้คุมอาหาร หรือถ้าสูงกว่า 250 mg/dl และควบคุมอาหารแล้วไม่ลดลง ควรใช้ยาช่วย และควรจะลดระดับ LDL ให้ต่ำกว่า 130 mg/dl, HDL-Cholesterol ควรสูงกว่า 35 mg/dl (พรรณี เสดียร โสภ และประดิษฐ์ ชัย ชัยเสรี. 2536: 429-469)

ชานริต และคณะ (Chanrit et al. 1985: 510) ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามารับดี และโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าผู้ที่มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่า 220 mg/dl มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 4.3 เท่าของผู้ที่มีระดับต่ำกว่า

อเชอร์โอ และคณะ (Ascherio et al. 1996: 84) ศึกษาในกลุ่มประชากรระดับผู้บริหารเพศชาย จำนวน 43,757 ราย อายุ 40-75 ปี ที่ไม่ได้เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคเบาหวาน ระยะเวลาติดตามศึกษา 6 ปี พบว่า กลุ่มศึกษาที่ได้รับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง (Saturated fat) จะเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่ากับ 1.22 เท่า (95% CI= 0.96, 1.56) และผู้ที่รับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.3 ความดันเลือดสูง

ในภาวะความดันเลือดสูงผนังหลอดเลือดจะบีบแรงเพราะแรงด้านการไหลของเลือดแดงเพิ่มจนเลือดไหลไปยังอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆ ได้ไม่สะดวก แรงกระแทกนี้เป็นอันตรายต่อผนังหลอดเลือด เกิดขบวนการทางชีวเคมี จึงเกิดเกร็ดเลือดไปเกาะจับบริเวณนั้น สารที่เป็นไขมันไปเกาะติดได้ง่ายทำให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดเกิดการขยายตัว ในระยะหลังๆ มีผู้ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Chanrit. 1985: 508-516) โดยคนที่มีความดันซิสโตลิกที่สูงกว่า 160 mmHg และคนที่มีความดันไดแอสโตลิกที่สูงกว่า 90 mmHg จะมีอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคเป็น 20.0 และ 10.8 เท่า ตามลำดับ

อุไรวัฒน์ กษาศิวั และคณะ (2536: 19-21) ศึกษาอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจ และปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 1,659 ราย ที่อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ถึง 3.7 เท่าของผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ

2.4 โรคเบาหวาน

ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้บ่อยๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมาเป็นเวลานาน (Chanrit. 1985: 457-463) กล

ไกการเกิดหลอดเลือดแดงตีตันในโรคเบาหวาน ยังเป็นกลไกที่อธิบายไม่ได้เด่นชัด พบว่าผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือดสูงจะมีความดันเลือดสูง พบการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในไตได้มาก จะพบว่าผู้ป่วยมีความอ้วนร่วมด้วย ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความผิดปกติของการเกาะตัวของเกร็ดเลือด (Platelet adhesiveness) ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคหลอดเลือดโคโรนารีมักจะพบว่าเป็นรุนแรงกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวาน เช่น มักจะเจ็บกับหลอดเลือด 2 หรือ 3 เส้นขึ้นไป และมักจะมีการอุดตันตลอดเส้นของหลอดเลือด หรืออาจจะเป็นตลอดถึงปลายและแขนงเล็กๆของหลอดเลือด การใช้อินซูลิน หรือไม่ใช้ในโรคเบาหวานไม่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดโคโรนารีลดลง และการควบคุมเบาหวานจะดีเพียงไรไม่ทำให้การเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดโคโรนารีลดลงได้

โรสแมน และคณะ (Roseman et al. 1976: 905) ศึกษาพบว่าคนที่มึประวัติเป็นโรคเบาหวานจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนที่ไม่มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน เท่ากับ 1.43 เท่า ในกลุ่มอายุ 39-49 ปี และเท่ากับ 1.26 เท่า ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี

อุไรวัฒน์ คชาชีวะ และคณะ (2536: 21) พบว่าผู้ที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจหัวใจ 5.7 เท่า ของผู้ที่ไม่มึประวัติเป็นโรคนี้

2.5 บุคลิกภาพ (Personality type)

ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพชนิด A คือ ผู้ที่มักจะทำอะไรด้วยความรีบร้อน ใจร้อน มีความก้าวร้าว ความคิดแข็งขัน มีความใฝ่ฝันสูง มีความอดกลั้นน้อย หรือผู้ที่มีความเครียดอยู่เสมอ มักพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจสูง (พรรณี เติญโรช และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. 2536: 429-469)

โรสแมน และคณะ (Roseman et al. 1976: 906) ศึกษาพบว่าคนที่มึบุคลิกภาพชนิด A จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนที่มึบุคลิกภาพชนิด B เท่ากับ 1.87 เท่า ในกลุ่มอายุ 39-49 ปี และเท่ากับ 2.17 เท่าในกลุ่มอายุ 50-59 ปี

เฮนส์ และคณะ (Haynes et al. 1980: 37-58) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านจิตสังคมต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน Framingham Heart Study โดยติดตามดูการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในประชากร จำนวน 1,674 ราย ในระยะเวลา 8 ปี พบว่า

(1) ผู้ชายที่มีบุคลิกภาพชนิด A หรือทำงานหนัก ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 65 ปี จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็น 2 เท่า ของผู้ชายที่มีบุคลิกภาพชนิด B โดยพบว่ามีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

(2) ผู้ชายที่มีบุคลิกภาพชนิด A หรือทำงานหนัก ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 55 ปี ขึ้นไป จะเสี่ยงต่อการเกิดอาการเจ็บหน้าอก เป็น 3.4 เท่า ของผู้ชายที่มีบุคลิกภาพชนิด B โดยพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

(3) ผู้ชายที่มีบุคลิกภาพชนิด A หรือทำงานหนัก จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อ หัวใจตายเป็น 2 เท่า ของผู้ชายที่มีบุคลิกภาพชนิด B โดยพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติในทุกกลุ่มอายุ ($p < .05$)

(4) ผู้ชายที่มีบุคลิกภาพชนิด A และมีอาชีพเป็นผู้บริหาร หรือนักธุรกิจ ในกลุ่มอายุ น้อยกว่า 65 ปี จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็น 2.9 เท่า ของผู้ชายที่มีบุคลิกภาพ ชนิด A และมีอาชีพในระดับต่ำกว่า เช่น พนักงานธุรการ พนักงานให้บริการ เป็นต้น และใน กลุ่มผู้บริหารหรือนักธุรกิจ จะไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างคนที่ มี บุคลิกภาพชนิด A และ ชนิด B

(5) เพศหญิงที่มีบุคลิกภาพชนิด A จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็น 2.5 เท่า และ 1.9 เท่า ของผู้หญิงที่มีบุคลิกภาพชนิด B ในกลุ่มอายุ 55-64 ปี ตามลำดับ

(6) ผู้หญิงที่มีบุคลิกภาพชนิด A จะเสี่ยงต่อการเกิดอาการเจ็บหน้าอก เป็น 3 เท่า ของ ผู้หญิงที่มีบุคลิกภาพชนิด B ในทุกกลุ่มอายุ และพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .05$)

(7) เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างผู้หญิงทำงานนอกบ้านกับผู้หญิงที่เป็นแม่บ้าน ในกลุ่มที่มีบุคลิกภาพชนิด A พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.6 การออกกำลังกาย หรือกิจกรรม (Physical activity)

สมปอง ธนไพศาลกิจ (2537: 39) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกาย กับระดับไขมันในเลือดในผู้ที่มีสุขภาพดี เพศชาย อายุ 31-60 ปี จำนวน 720 ราย พบว่า การ ออกกำลังกายจะลดระดับคอเลสเตอรอลและไตรกรีเซอไรด์ในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคนที่สูบบุหรี่แต่ออกกำลังกาย จะมีระดับคอเลสเตอรอลและไตรกรีเซอไรด์ในเลือดต่ำ กว่าคนที่สูบบุหรี่แต่ไม่ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มอริส และคณะ (Morris et al. 1993: 1053) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะของกิจกรรมในการทำงานต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า นายตำรวจรถ โดยสารที่ต้องขึ้นลงในรถเป็นประจำเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าคนขับรถ บำรุง ไปรษณีย์ที่ต้องเดินส่งจดหมาย เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าพนักงานรับโทรศัพท์และ เสมียนที่ทำงานนั่งโต๊ะของการไปรษณีย์

การวินิจฉัยแยกโรค

การทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกาย (Exercise Stress Test)

เชื่อว่าเป็นวิธีที่ดีที่จะทำให้เกิดอาการ Angina พร้อมทั้งมี ST ลดต่ำลง โดยถือว่าถ้า ST ลดต่ำลงมากกว่า 1 มม. ใน limb leads หรือ 2 มม. ใน chest leads ถือว่ามีโรคหลอดเลือดหัวใจ ในบางรายอาจพบว่า ST ยกสูงขึ้น ความดันต่ำลง มีหัวใจเต้นผิดปกติ เช่น premature ventricular contraction หรือเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากการตรวจร่างกาย แต่บางครั้งหัวใจไม่เต้นเร็วขึ้นอาจแปลผลไม่ได้

การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiography)

ในผู้ป่วยโรคนี้ อาจจะไม่พบอะไรผิดปกติ นอกจากบางรายที่มีกล้ามเนื้อหัวใจมีผลจากกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นๆ ไม่ผิดปกติ

การตรวจหัวใจด้วยสารกัมมันตรังสี (Redionuclide Scintigraphy)

(ก) โดยใช้ thallium 201 จะพบว่า มี “cold spot” ในส่วนของกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดเพียง แต่ก็ต้องแยกกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

(ข) Technetium 99m Stannous Pyrophosphate (MIBI)

จะให้ “hot spot” ในบริเวณที่มี acute necrosis โดยมี up take เพิ่มขึ้น โดยจะตรวจพบประมาณ 2 ชั่วโมง หลังจากเกิดการอุดตันของหลอดเลือด แต่วิธีนี้ต้องแยกจากภาวะอื่น เช่น กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ cardioversion, tumor, unstable, angina ภัยอันตรายบริเวณทรวงอก เป็นต้น ถ้าในรายที่ไม่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะไม่ได้ผล

การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและฉีดสารทึบรังสีเข้าช่องหัวใจห้องล่างซ้าย (Coronary Artery and Left Ventricular Angiography)

เป็นวิธีที่จะได้การวินิจฉัยแน่นอนกว่าวิธีอื่นๆ ว่าผู้ป่วยจะมีโรคนี้หรือไม่ มีกี่เส้น เป็นมากน้อยเพียงใด รวมไปถึงดูการทำงานของหัวใจ โดยเฉพาะของเวนทริเคิลซ้ายในผู้ป่วยที่เป็น stable angina มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ อาจมีหลอดเลือดโรคหัวใจโคโรนารีผิดปกติได้ตั้งแต่ 1 ถึง 3 เส้น โดยหัวใจห้องล่างซ้ายอาจยังทำงานได้ปกติ แต่ถ้ากราฟหัวใจมีคลื่น Q ที่แสดงว่าเคยมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะพบมีการบีบตัวผิดปกติของหัวใจห้องซ้าย (Abnormal Contraction of Left Ventricle) ร่วมด้วย นอกจากนี้ยังช่วยในการตัดสินใจว่าจะช่วยรักษาผู้ป่วยรายนี้ด้วยวิธีใด

การรักษาโรคหัวใจโคโรนารี ชนิด Stable angina

การรักษา จะต้องประกอบไปด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Lifestyle) คือ การลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงควบคู่ไปกับการรักษาทางคลินิก ได้แก่

1. ลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ
2. การใช้ยา ได้แก่ พวกรักษาในไตรต ยาปิดกั้นเบต้า ยาค้านแคลเซียม ยาค้านหัวใจเต้นผิดปกติ หัวใจ และยาขับปัสสาวะ แอสไพริน และยาในกลุ่ม ACEI
3. การรักษาโดยการขยายหลอดเลือด (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA) โดยใช้สายสวนเส้นเลือดแดงของหัวใจที่มีลูกโป่งเล็กๆ ตรงปลายผ่านเข้าไปในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบ แล้วขยายหลอดเลือดที่ตีบด้วยลูกโป่ง และพบว่าเกิดการอุดตันได้ใหม่หลังทำ 4-6 เดือน ประมาณ 30%
4. Coronary Artery Bypass Grafting (CABG) การผ่าตัดโดยใช้เส้นเลือดดำขาหรือหลอดเลือดแดงเลี้ยงเต้านมหรือที่แขน (Radial artery) ต่อเส้นเลือดแดงโคโรนารีโดยตรง

แนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ

เพื่อป้องกันและถนอมหัวใจ ซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุด ให้คงทนและปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพตลอดไปนั้น ปฏิบัติได้ดังนี้

1. รักษาสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์อยู่เสมอ โดยให้แพทย์ตรวจร่างกายอย่างน้อยปีละครั้ง เพราะการที่ร่างกายมีโรคภัยไข้เจ็บอื่นๆ มักเป็นการเพิ่มภาระแก่หัวใจ และอาจทำให้เกิดโรคหัวใจได้ ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยต้องรีบรักษาให้หาย
2. เมื่อสงสัยว่าเป็นโรคหัวใจ ควรรีบปรึกษาแพทย์ เพราะการเป็นโรคหัวใจนั้นจะทราบได้จากการตรวจโดยละเอียดของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนี้เท่านั้น
3. รักษาน้ำหนักตัวให้พอเหมาะ โดยการควบคุมปริมาณอาหาร รับประทานอาหารให้พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย
4. รับประทานอาหารหลักโภชนาการเพื่อป้องกันโรคหัวใจโคโรนารี
 - 4.1 อาหารควรมีรสอ่อน เนื้อมูม ไม่แข็ง เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย รับประทานครั้งละน้อยวันละ 5-6 มื้อ
 - 4.2 ผักตระกูลกระหล่ำปลี ผักกาด หัวหอม หรือถั่ว ไม่ควรให้รับประทานมากนัก ซึ่งจะทำให้คนไข้บางคนอึดอัดได้ง่าย เนื่องจากทำให้เกิดก๊าซหรือลมในท้อง
 - 4.3 ควรเป็นอาหารที่ช่วยป้องกันหรือบรรเทาอาการบวมได้ เนื่องจากอาหารที่มีเกลือมากจะทำให้เกิดการสะสมน้ำตามส่วนต่างๆ ของร่างกายและเกิดการบวมขึ้น โดยทั่วไปจะเน้นพวกเนื้อสัตว์ และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ เช่น นม ไข่ เนยแข็ง และอาหารทะเลจะมีเกลือมาก ส่วนหัวบีท แครอท ขึ้นฉ่าย คื่นห่าน มีเกลือมากกว่าผักอื่น รวมทั้งการประกอบอาหารไม่ควรใช้

เกลือ น้ำปลา ผงชูรส หรือซอสอื่นๆ ในการปรุงอาหารมากนัก อาจใช้มะนาวหรือผลไม้อื่นๆ ในการชูรสอาหารแทน

4.4 ควรรับประทานอาหารพวกถั่วเมล็ดแห้ง เช่น ถั่วเหลือง ถั่วเขียว เป็นต้น แทน เพราะอาหารพวกนี้มีโปรตีนคุณภาพดีเทียบเนื้อสัตว์ แต่มีเกลือต่ำกว่า และไม่มีคอเลสเตอรอล

5. ออกกำลังกายตามความเหมาะสมและสม่ำเสมอ การออกกำลังกายให้ผลดีแก่ร่างกายหลายอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้หัวใจแข็งแรงและยืนยาว แต่ไม่ควรหักโหมจนเกินกำลัง หรือผู้ที่มีโรคประจำตัวอื่นๆ เช่น ความดันเลือดสูง เบาหวาน ควรปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย

6. ปรึกษาหรือขอคำแนะนำจากแพทย์ในเรื่องออกกำลังกาย และร่วมเพศ

7. งดการสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มที่กระตุ้นหัวใจ เช่น กาแฟ เหล้า กาแฟ และน้ำชา

8. พักผ่อนให้เพียงพอ และฝึกฝนตนเองให้มีความสงบ หรือรู้จักผ่อนคลายอารมณ์ไม่ให้หมกมุ่น หรือเคร่งเครียดจนเกินไป

9. ฝึกหายใจยาว เพื่อใช้ช่วยเวลาแน่นหน้าอกหรือหายใจไม่ออก โดยการหายใจเข้าให้ลึกๆ หรือให้เต็มปอด แล้วหายใจออกให้หมดปอดเช่นเดียวกัน

10. ตรวจหาระดับไขมันในเลือดเป็นครั้งคราว เพราะโรคนี้จะแสดงอาการก็ต่อเมื่อมีไขมันในเลือดสูงเป็นเวลานาน และเส้นเลือดตีบไปแล้วประมาณร้อยละ 70

11. ผู้ที่มีความดันเลือดสูง ควรหมั่นปรึกษาแพทย์และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

12. เมื่อมีอาการเจ็บหัวใจ ควรอยู่นิ่งและพักผ่อนทันที เมื่ออาการเจ็บหายไปควรปรึกษาแพทย์ สำหรับผู้ที่มีอาการหัวใจวายเฉียบพลัน วิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดคือ ผู้ที่พบเห็นหรือผู้ปฐมพยาบาล ต้องรีบตามแพทย์โดยเร็วที่สุด และระหว่างที่รอแพทย์ ไม่ควรเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ควรจัดให้ผู้ป่วยนั่งเอนได้สบาย (นั่งพิงราบบนเก้าอี้) แต่ไม่ควรนอน และอาจห่มผ้าให้ความอบอุ่นได้ ถ้าเสื้อผ้าที่สวมใส่กับไปไม่สบายก็ควรคลายให้หลวม โดยเฉพาะบริเวณคอ หน้าอก และแขนขาคือข้อศอก ถ้าผู้ป่วยเคยเป็นมาบ่อยครั้ง อาจใช้ยาที่แพทย์แนะนำได้เมื่อปรากฏอาการ นอกจากนี้ หากผู้ป่วยดื่มร่น หรือกระวนกระวายอื่นจะทำให้อาการหนักขึ้น ควรพยายามให้หายใจสะดวก

การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

สำหรับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจนั้น มีผลต่อการช่วยผู้ป่วยให้กลับสู่สภาวะการมีสุขภาพดีอย่างเหมาะสม โดยแบ่งตามประเภทการดูแลตนเองของไอเรม มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้ตามปกติ ประกอบด้วย

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ โดยรักษาสุขภาพให้แข็งแรง หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด รักษาอนามัยส่วนบุคคล เช่น รักษาความสะอาดของร่างกาย ปากและฟัน ในรายที่มีอาการคันของผิวหนัง ควรทำความสะอาดร่างกายด้วยสบู่อ่อนๆ หรือไม่ใช้สบู่เลย ถ้าผิวแห้งมากควรทาด้วยครีมที่ทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น

1.2 ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย โดยการได้รับน้ำ 6-8 แก้ว ต่อวัน

1.3 โภชนาการ หลักในการรักษาทางโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ รับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์แก่ร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเรสเตอรอลสูง รวมทั้งรับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้น

1.4 การพักผ่อนและการออกกำลังกาย ออกกำลังกายอย่างน้อยอาทิตย์ละ 2 ครั้ง ตามความสามารถและความเหมาะสมของวัย จัดเวลานอนให้เหมาะสมในแต่ละวัน คือ กลางคืนนอนไม่ต่ำกว่า 6-8 ชั่วโมง และไม่ควรมอนดึก กลางวันให้พักผ่อนได้ไม่เกิน 1-2 ชม.

1.5 การปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยควรพบแพทย์ตามนัด เพื่อตรวจร่างกายและตรวจเลือดซ้ำ เป็นการติดตามการดำเนินของโรคและถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น อาการเจ็บหน้าอก แน่นอึดอัดเหมือนถูกบีบรัด ให้หมอบยาได้ลิ้นทันทีและรีบมาพบแพทย์เพื่อขอคำแนะนำและรับการรักษาทันที

1.6 ด้านสุขภาพจิต เนื่องจากมีการโฆษณาประชาสัมพันธ์และมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ฉะนั้นการได้รับทราบความเป็นจริงเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและปรับตัวได้ดีขึ้น อย่างน้อยที่สุดก็ได้ทราบว่า คนที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจยังมีโอกาสมีชีวิตอย่างปกติสุข และมีเพียงจำนวนน้อยเท่านั้นที่ต้องเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม ความเรื้อรังของโรคอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดหรือวิตกกังวลและปัจจัยที่ก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า ท้อแท้สิ้นหวังในชีวิต ฉะนั้นการเรียนรู้และพยายามหาวิธีการแก้ไขภาวะเครียด หรือวิตกกังวลเหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยควรกระทำ เช่น การระบายอารมณ์เครียด การทำงานอดิเรก เช่น การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูทีวี การออกกำลังกาย

กายที่เหมาะสม การสวดมนต์ การทำสมาธิ การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่ง จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับสภาพอารมณ์และจิตใจดีขึ้น นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับ สังคมก็มีความสำคัญต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย เพราะลักษณะของโรคบางครั้งทำให้ต้องแยก ตัวเองออกจากสังคม ฉะนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและการยอมรับจากสังคมจะช่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและปรับตัวดีขึ้น

2. ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันผลเสียต่อพัฒนาการ ประกอบด้วย

2.1 ประกอบอาชีพของคนที่เหมาะสมของสภาพร่างกาย

2.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถมีคู่ครอง และเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ ตามสภาพของร่างกาย

2.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีสิทธิในการรับการตรวจรักษาเท่าเทียมกับ บุคคลทั่วไป

3. ความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หมายถึง ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจ สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางโครงสร้างการ ทำหน้าที่ตลอดจนผลจากการวินิจฉัยและการรักษา ประกอบด้วย

3.1 ยา ให้รับประทานยาครบทุกมื้อตามเวลา ไม่ลดยา เพิ่มยา หรือหยุดยาเองมด อยู่ในการควบคุมดูแลของแพทย์ โดยให้ญาติช่วยดูแลการรับประทานยาอย่างใกล้ชิด ถ้ามี อาการของฤทธิ์ข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น มึนงง ปวดศีรษะ ใจสั่น ปัสสาวะบ่อย หน้ามืด หมดสติ ถ้าอาการต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ดีขึ้น ให้รีบปรึกษาแพทย์ทันที

3.2 ไปรับการตรวจร่างกายตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

3.3 สังเกตอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น อ่อนเพลีย มีไข้ เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน บวมทั่วตัว หากพบอาการผิดปกติควรรีบไปปรึกษาเจ้าหน้าที่หรือแพทย์ผู้ให้ การรักษาที่สถานบริการที่ผู้ป่วยไปรับบริการ

3.4 ติดตามสอบถามผลการวินิจฉัย แนวทางการรักษา และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค

3.5 ผู้ป่วยต้องยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง และยอมรับรู้ถึงความจำ เป็นในการมารับการตรวจร่างกายตามนัด เพื่อไม่ให้ภาวะของโรคคุกคาม

3.6 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการรุกรานของโรค โดยไม่ดื่มสุรา เบียร์ หรือของ มีนเมา งดสูบบุหรี่ และการซื้อยามารับประทานเอง

3.7 ควรพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ถ้าไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ทุกครั้ง ให้แจ้งแพทย์ทราบ เพื่อส่งต่อไปรับการรักษายังโรงพยาบาลใกล้บ้าน

3.8 การเรียนรู้ที่จะปรับกิจกรรมการดูแลตนเอง ให้เป็นส่วนหนึ่ง ในแบบแผนการดำเนินชีวิต ในฐานะที่ตนเองยังเป็นบุคคลหนึ่งในครอบครัวและสังคม ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การทำงาน การพักผ่อน การป้องกันอันตราย การออกกำลังกาย การเข้ากลุ่มครอบครัวบำบัด ทั้งรายครอบครัวและแบบกลุ่ม เพื่อให้ทราบถึงการปฏิบัติตัวตลอดจนการหาทางออกที่เหมาะสมเมื่อพบปัญหา

ดังนั้น เมื่อนำแนวคิดในการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเรมมาใช้กับผู้ป่วยทำให้ทราบถึงความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ป่วยจะต้องมีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเอง เรียนรู้ที่จะดูแลตนเองและการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างมีเป้าหมาย ความต้องการของผู้ป่วยจึงเป็นความต้องการเพื่อควบคุมระดับความรุนแรงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งประกอบด้วย

1. การควบคุมและแก้ไขปัญหาคอเลสเตอรอลการบริโภคอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง คือไขมันสูงมากกว่า 220-250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (วิชัย ดันไพจิตร, 2536: 664-668) และร่างกายต้องการพลังงานเพียงวันละ 2,000-2,800 แคลอรี (สมทรง สวัสดิ์จุ่น และจรัสพร จิตจำรูญโชคชัย 2534: 34-35) ซึ่งเป็นอันตรายต่อผนังหลอดเลือด และยังขัดขวางการบีบตัว และเมื่อเกิดการอุดตันจะเกิดอันตรายทำให้เสียชีวิตทันที

2. การควบคุมการสูบบุหรี่ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งการดูแลสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะการรณรงค์ให้หน่วยงานและชุมชนต่างๆ ปลอดควันบุหรี่ เพราะบุหรี่ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงถูกทำลาย (กนกพร วิสุททธิกุล, 2539: 12-13)

3. การควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มคาเฟอีน คือ ถ้าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากกว่า 30 กรัม ต่อวัน เป็นระยะเวลานานติดต่อกัน (สุเอ็ด กษสมิ, 2531: 339) หรือการดื่มเครื่องดื่มที่มีปริมาณคาเฟอีนมากกว่า 100 มิลลิกรัม ต่อวัน (Theille, et al. 1985: 1283-1284) ก็จะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้ดื่ม

4. การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้สูงเกินไป เพราะความดันโลหิตที่สูงจะมีผลต่อการเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งประกอบด้วย

4.1 การควบคุมน้ำหนักตัว โดยการลดน้ำหนัก 1 กิโลกรัม จะสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 2.5/1.5 มิลลิเมตรปรอท (Mac Mahon, 1984: 46)

4.2 การกำจัดเกลือ โดยไม่รับประทานอาหารเค็มจัด ไม่เค็มเกลือหรือน้ำปลา ในอาหารที่ปรุงแล้ว หรือแกงที่ใช้ปรุงอาหารไม่ควรเกิน 1 ช้อนชา ต่อวัน ตลอดทั้งหลีกเลี่ยงอาหารหมักดองต่างๆ (เกษม วัฒนชัย. 2532: 114)

4.3 การมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งจะสามารถทราบถึงภาวะของผู้ป่วยขณะนั้นได้

5. การส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที หรือมากกว่า (Pender. 1996: 186) การออกกำลังกายจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีปริมาณมากขึ้น และไหลผ่านหลอดเลือดไปสู่เนื้อเยื่อได้ดีขึ้น การออกกำลังกายช่วยลดความเครียดของอารมณ์ น้ำหนัก และควบคุมคอเลสเตอรอลได้เล็กน้อย และยังช่วยลดระดับไขมันชนิดที่เป็นอันตราย (LDL) ในขณะที่เพิ่มไขมันชนิดที่เป็นประโยชน์ (HDL) (Powell, et al. 1987: 251)

ขั้นตอนของการออกกำลังกาย (มานพ ประภาษานนท์. 2538: 77-80) ประกอบไปด้วย การฝึกการหายใจ การฝึกความผ่อนคลาย การควบคุมการหายใจขณะทำกิจกรรม การเพิ่มการเคลื่อนไหวของทรวงอกและลำตัว การเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ ซึ่งวิธีการออกกำลังกายประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

5.1 การอบอุ่นร่างกาย ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกายในขั้นตอนต่อไป

5.2 ขั้นตอนการออกกำลังกายอย่างแท้จริง เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกายมากที่สุด โดยคิดจาก 65%-80% ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด โดยคำนวณจากสูตร

ความสามารถของหัวใจที่จะเต้นได้สูงสุดในหนึ่งนาที = $220 - \text{อายุของบุคคล}$

การออกกำลังกายแบบนี้ได้แก่ การเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน โยนลูกบอลล์ การออกกำลังกายแบบนี้จะช่วยเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อหัวใจ ใช้เวลาประมาณ 15-40 นาที

5.3 ขั้นตอนการผ่อนคลาย จะต้องมีการผ่อนคลายในช่วงท้ายอีก เพื่อให้ร่างกายปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติโดยปลอดภัย อาจเป็นการออกกำลังกายเหมือนช่วงการเตรียมตัวก็ได้

6. การจัดการกับความเครียด ต้องรู้จักเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537: 109) ดังนี้

6.1 การมุ่งแก้ปัญหาเป็นการเผชิญความเครียดโดยการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างคน กับสิ่งแวดล้อมให้สถานการณ์ดีขึ้น รู้จักจัดการกับความเครียดหรือจัดการกับตนเอง โดยที่มุ่งแก้ปัญหา

6.2 การจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีขั้นตอนดังนี้

ก. การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรู้จักบริหารเวลา รับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ข. ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ และการรับรู้ของตนเอง

ค. เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่างๆ เช่น วิธีการพักผ่อน การทำสมาธิ การฝึกการหายใจ การใช้จิตควบคุมการตอบสนองทางร่างกาย

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

โดยทั่วไปมนุษย์มีความต้องการที่จะดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ รวมทั้งเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเอง (Self Care) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยจิตใจของบุคคลที่มีสติภาวะ ทำให้มีผลต่อตนเอง หรือสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมชีวิต การทำงาน และความเป็นอยู่ที่ดี (Orem, 1985 : 31-32)

ความหมายของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง ได้มีการให้ความหมายในทัศนะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

โอเร็ม (Orem, 1985 : 6) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นเรื่องของธรรมชาติและเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่ม

เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 150) ได้กล่าวถึง การดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการที่จะดำรงไว้ หรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัวมีความริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนาการ ดูแลด้านสุขภาพของตน อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลตนเองยังหมายถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อช่วยลดปัญหา

ต่าง ๆ ที่เกิดจากโรค ตลอดจนเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและตรวจค้นเกี่ยวกับโรค และการรักษา

องค์การอนามัยโลกให้นิยามว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวม ความคิดการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค รวมทั้งการใช้จ่ายและการปฏิบัติตนหลังรับบริการ (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 10)

เลวิน (Levin. 1976 : 11) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นเสมือนกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Health Prevention) และการวิเคราะห์โรค (Disease Detection) รวมทั้งการรักษา (Treatment) ในขั้นปฐมภูมิด้วยตนเอง

นอร์ริส (ทัศนา บุญทอง.2534 : 11;อ้างอิงมาจาก Norris) กล่าวถึงการดูแลตนเอง คือ กระบวนการที่ประชาชนและครอบครัว มีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบกับมองด้านสุขภาพอนามัย

ฮิลล์ และสมิธ (ทัศนา บุญทอง.2534 : 11;อ้างอิงมาจาก Hill and Smith . 1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นผลของการกระทำโดยตรงต่อตนเอง หรือต่อสิ่งแวดล้อมในการที่จะควบคุมการปฏิบัติหน้าที่เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อการยังชีพและความผาสุกของบุคคล

สมทรง รักษ์เฒ่า (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน.2535 : 10-11) ได้กล่าวว่าการดูแลตนเองหมายถึง การดำเนินกิจการทางสุขภาพในเชิงบวกของตนเอง ของปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภายหลังการเจ็บป่วยหรือมีความพิการเกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง

ชนินทร์ เจริญกุล (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน.2535 : 11) ได้ประมวลเป็นคำจำกัดความ การดูแลตนเองหมายถึง การกระทำกิจกรรมด้านสุขภาพ และการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงานที่ครอบคลุมถึงการทำนุบำรุงรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยตนเอง การรักษาตนเอง ซึ่งรวมถึงการใช้ยารักษาตนเองและการปฏิบัติตนตามผลหลังจากได้รับบริการทางสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นได้อย่างมีแบบแผนตายตัว

เคลนแมน (พิมพ์วลัย ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ.2530 : 91-99 ; อ้างอิงมาจาก Kleinman 1986) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัยที่เป็นธรรมชาติของมนุษย์เมื่อพบกับการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับทัศนะของริฟกิน (Rifkin.1981) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการตอบสนองปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระดับปัจเจกชน จะเห็นได้ว่าทั้งเคลนแมนและริฟกิน กล่าวถึงการดูแลสุขภาพตนเองเฉพาะในยามเจ็บป่วยเท่านั้น ทัศนะดังกล่าวแตกต่างจากโอเร็ม (Orem.1980:35) ผู้ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้อย่างกว้าง ๆ ว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนเริ่มต้นปฏิบัติและยึดถือเป็นแบบแผนในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ดีขึ้น ส่วนเลวิน (Levin.1976:16) ได้กล่าวถึงการดูแลตนเองไว้เด่นชัดขึ้นอีกว่าการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับทัศนะของ ฟราย (Fry.1973:342) ที่ได้จำแนกบทบาทของการดูแลตนเองไว้ 4 ประการคือ

1. การทำนุบำรุงสุขภาพ (Health Maintenance)
2. การป้องกันโรค (Disease Prevention)
3. การวินิจฉัยตนเอง การใช้ยา และการรักษาตนเอง (Self Diagnosis, Self Medication and Self Treatment)
4. การให้ความร่วมมือกับการบริการวิชาชีพ (Participation in professional services)

สรุปได้ว่า การดูแลตนเองนั้นเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งบุคคลได้ริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลที่เกิดขึ้นเพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

โดโรธีโอเร็ม (Dorothea E Orem) ที่ปรึกษาและศาสตราจารย์ทางการพยาบาลที่มหาวิทยาลัยแคธอลิก ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นผู้สร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง โดยมีความเชื่อว่า โดยทั่วไปแล้วมนุษย์มีความต้องการดูแลตนเองเพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพสมบูรณ์ ตลอดจนเพื่อหลีกเลี่ยงจากโรคภัยหรือภัยอันตรายที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่พัฒนาดังแต่วัยเด็ก และค่อย ๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ แต่ความสามารถจะลดลงเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นภายในร่างกายหรือมีการสูญเสียอวัยวะของร่างกาย (Orem. 1980:6) จากความเชื่อนี้ โอเร็มสรุปว่า

มนุษย์ทุกคนมีความสามารถในการดูแลตนเอง มนุษย์จะต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพจากผู้อื่น เมื่อเขามีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจบกพร่องจากการเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย เช่น วัยทารก หรือภาวะวิกฤติ การดูแลตนเองจึงเป็นพฤติกรรมที่จูงใจและมีเป้าหมาย จุดมุ่งหมายของการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็มก็คือ

1. ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติรวมทั้งการพัฒนาการของบุคคลให้มีประสิทธิภาพตามกำหนด
2. ดำรงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของร่างกายเพื่อการดำเนินชีวิตตามปกติ
3. ป้องกัน ควบคุม หรือบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรค
4. ป้องกันความพิการหรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไปแล้ว
5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self –Care Deficit)

ความบกพร่องในการดูแลตนเองเกิดขึ้น เมื่อความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้น หรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต หรือความสามารถของผู้รับผิดชอบ ที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลผู้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบไม่เพียงพอ ดังนั้นบุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ซึ่งพยาบาลจะต้องทำหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย หรือผู้รับบริการในขณะนั้น และในขณะเดียวกันจะต้องช่วยผู้ป่วยในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือช่วยให้ญาติได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย ถ้าหากว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด การที่จะเข้าใจแนวคิดความบกพร่องในการดูแลตนเองได้นั้น จำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) (Orem,1985:34-36)

ความต้องการดูแลตนเอง (Self -Care Demands)

ในทัศนะของโอเร็ม (Orem.1980:41-51) ความต้องการดูแลตนเองเป็นจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายที่มนุษย์ต้องการ สำหรับการดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยเจตนา ที่กระทำโดยตนเอง ความต้องการการดูแลของมนุษย์ แบ่งออกได้เป็น 3 ชนิดได้คือ

1. ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคน ทุกวัย เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และการกระทำหน้าที่ของมนุษย์ ซึ่งจะสัมพันธ์กับอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความต้องการในสิ่งเหล่านี้คือ ให้ร่างกายได้รับอากาศ น้ำ และอาหารบางอย่างเพียงพอ มีการขับถ่ายหรือระบายของเสีย รวมทั้งสิ่งที่ร่างกายสร้างขึ้นอย่างปกติ เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ เหงื่อ เป็นต้น การมีกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม ให้มีสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพัง และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม มีการป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต มีการทำหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี

2. ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Development Self-Care Requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการในวงจรชีวิตมนุษย์ ความต้องการชนิดนี้ได้แก่ การคงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนการดำรงชีวิต และส่งเสริมพัฒนาการในระยะต่าง ๆ ของชีวิต ซึ่งจะช่วยให้มนุษย์เจริญเติบโตและมีวุฒิภาวะที่สมบูรณ์ ดูแลและส่งเสริมในด้านต่าง ๆ เพื่อป้องกันอันตรายต่อพัฒนาการระยะต่าง ๆ ของบุคคล ตลอดจนป้องกันการเกิดภาวะที่มีผลให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหาย

3. ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) เป็นความต้องการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ความต้องการชนิดนี้ได้แก่ การแสวงหาบริการทางด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย การตระหนักถึงอันตรายจากผลของพยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้น การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพื่อผลในการป้องกันการรักษาและฟื้นฟูพยาธิที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ รู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล การปรับความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองและภาพลักษณ์ของตนเอง (Body Image) โดยยอมรับภาวะความเจ็บป่วย และยอมรับว่าตนอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านการรักษาพยาบาล เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริง และข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเอง ตลอดจนมีการดำรงและส่งเสริมสุขภาพให้ดีที่สุดตามสภาพของตน

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Capabilities)

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง พลังความสามารถของบุคคลที่จะทำการดูแลตนเองของบุคคล โอเร็ม (Orem, 1980:129) นอกจากนี้ยังได้กล่าวเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองว่า เป็นพฤติกรรมของมนุษย์ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องตามทฤษฎี อธิบายได้อย่างมีเหตุผลและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง จนนำไปสู่ทักษะในด้านปฏิบัติการ

ฉะนั้นบุคคลเมื่อเจ็บป่วยจะมีความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self-Care Demand) เกิดขึ้น และจะพยายามใช้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง บุคคลที่มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างเพียงพอ ก็จะบรรลุถึงจุดหมายหมายของการดูแลตนเอง ทำให้เกิดมีการขาดการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ความต้องการในการดูแลด้านสุขภาพก็จะปรากฏขึ้น ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องช่วยเหลือโดยจัดระบบการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยพื้นฐานนั้น เป็นปัจจัยเฉพาะที่จะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล (Causal Relationship) แต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังต่อไปนี้ร่วมด้วย

1. อายุ
2. เพศ
3. ระยะพัฒนาการ
4. สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี
5. สภาพที่อยู่อาศัย
6. ลักษณะครอบครัว
7. แบบแผนการดำเนินชีวิต
8. ภาวะสุขภาพ
9. ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ

10. แหล่งประโยชน์
11. ประสบการณ์ที่สำคัญของชีวิต

ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง (Orem.1991:136)

อายุกับการดูแลตนเอง

อายุเป็นปัจจัยที่บอกถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้ และความสามารถในการเข้าใจ และตัดสินใจในสิ่งต่างๆ และมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง ของบุคคล จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem.1985:255) สุริย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531:ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ อังคณา นวลยงค์ (2535:97) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์พบว่า อายุมีความสำคัญทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ แลงเกีย (Langlic.1977:254) ศึกษาโครงข่ายสังคม ความเชื่อทางสุขภาพและการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคจะมีมากในผู้ที่มีอายุมากขึ้น เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นบุคคลจะมีความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพตนเองมากขึ้น และมีเวลามากพอที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์และไมแมน (Becker and Miaman. 1975:20) ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา

เพศกับการดูแลตนเอง

ลักการีเนนและเฮ็นติเนน (Lakkariinen and Hentinen. 1997 : 295-304) ได้ศึกษาถึงการดูแลสุขภาพตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์น้อย นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : ก - ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา กนกพร วิสุทธิกุล (2539 : ก - ข) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ วาสนา เกื่อนวงศ์ (2540 : ก - ข) ศึกษาพฤติกรรมการดูแล

เอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

ระดับการศึกษากับการดูแลตนเอง

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีเจตคติต่อการดูแลตนเอง การศึกษายังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองพัฒนามาจากการเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองพัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต การใช้สติปัญญา การได้รับ การสั่งสอน และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Orem.1985:108-109)การศึกษาของคาส์ และคอบบ์ (Kasl and Cobb.1966:250-251) พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาต่ำ

แลงเกีย (Langlie.1977:253) ศึกษาโครงข่ายสังคมความเชื่อทางสุขภาพ และการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค กล่าวคือ ผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูงจะมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โภชนาการที่ดี รับการตรวจสุขภาพ รับภูมิคุ้มกันโรค ใช้เข็มฉีดยาวัคซีนเข็มแรก มากกว่าผู้ที่มีความศึกษาต่ำกว่า จิรภา หงษ์ตระกูล (2532:48) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยมีความศึกษาสูงจะปฏิบัติตนได้เหมาะสมกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

รายได้กับการดูแลตนเอง

รายได้ของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น (Orem.1985:175) เพนเดอร์ (Pender.1982:161-162) กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจทางสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อศักยภาพในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโดยที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ เข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งเสริมการดูแลตนเอง จากการศึกษาของ

เพนเดอร์พบว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะมีการศึกษาน้อยทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง คาสส์และคอบบี้ (Kasl and Cobb.1966:250-251) ศึกษาผู้ที่มียาได้สูงจะมีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงมากกว่าผู้ที่มียาได้ต่ำ

สถานภาพสมรสกับการดูแลตนเอง

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตตน โดยเฉพาะในด้านความรู้สึก ความคิด ความเชื่อรวมถึงการปฏิบัติตามพัฒนาการของชีวิต นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง สเปกซ์ (Speake.1987:28) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 118 ราย พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า แยก มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน อารมภ์ ทุติพลุกษ์ และคณะ (2529-2530 : 39) ศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพที่มีการเจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสิรินทร์ ศาสดรานุกฤษ (2538 : 61) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร และความรู้สึกรู้คุณค่าในตัวเองกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง

อาชีพกับการดูแลตนเอง

กอบแก้ว ศุคตวัธ (2527 : ก-ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพมีงานประจำจะมีการดูแลตนเองด้านการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพที่ต้องย้ายถิ่นบ่อย กาญจนา บุญทับ (2534 : 42) ศึกษาเรื่องปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพปฏิบัติงานที่มีกำหนดเวลาแน่นอนจะมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพปฏิบัติงานไม่มีกำหนดเวลา จินตนา รอดนำพา (2535 : 93) ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมต่างกัน คือ อาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม กิจการส่วนตัว รับราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน อาชีพอื่น ๆ และไม่ได้ประกอบอาชีพ มีการดูแลตนเองโดยรวมไม่แตกต่างกัน

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในต่างประเทศ

ลิเวนทาล (Leventhal.. 1983:332) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของกับพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านการปฏิบัติตนต่อสุขภาพ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยเก็บข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง ชาย 196 คน หญิง 200 คน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล เพิ่มขึ้นตามอายุ ยกเว้นพฤติกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น การออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิก

พลอส และคณะ (Plous. et al 1995: 442-446) ได้บรรยายถึงความสำคัญของสารอาหารที่ใช้ในการรักษา และป้องกันโรคหัวใจแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อประเมินถึงความรู้ เจตคติของผู้ป่วยโรคนี้ จำนวน 606 คน ที่ป่วยเป็นผู้ป่วยใน พบว่าผู้ป่วยส่วนมากเชื่อว่าอาหารเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาและป้องกันโรคหัวใจ

ฮิลดิ้งส์ และคณะ (Hieldingh et al. 1995: 921-928) ศึกษาการใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยดูแลผู้ป่วยหัวใจในระยะวิกฤต ถึงกลยุทธ์ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ พบว่าพยาบาลส่วนมากใช้วิธี การสนับสนุนทางสังคม และที่สำคัญจะใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการแก้ปัญหา

กาเรียเบลลา และคณะ (Garibellaa. et al. 1996: 605-608) ได้ศึกษาผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 85 ราย โดยการให้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถพิสูจน์ได้ว่า ผลไม้และผักเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ ต้องลดไขมันให้มาก งดการดื่มสุรา งดการสูบบุหรี่ ออกกำลังกายให้มาก ลดน้ำหนักให้ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคมามากขึ้นกว่านี้ และสัญญาว่าจะเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตใหม่

เมนอตตี (Menotti. 1997: 1125-1132) ได้ศึกษาถึงความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในเรื่องของการป้องกันโรคขั้นปฐมภูมิ และทุติยภูมิของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 2,000 คน โดยใช้วิธีสำรวจทางโทรศัพท์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีความเชื่อว่า ความเครียดเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการดูแลในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การรณรงค์เผยแพร่ความรู้ทางสื่อต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางโทรทัศน์ ให้แก่ประชาชน เป็นหนทางในการป้องกันโรคนี้ได้

โมรีโน และคณะ (Moreno. et al. 1997: 435-450) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ พฤติกรรมสุขภาพทางบวก ปังจัยเสี่ยง เพื่อลดอัตราการตาย และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการศึกษาพบว่า ความรู้ เจตคติ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับปังจัยเสี่ยง และกล่าวว่าโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถป้องกันได้ด้วยการให้สุศึกษา โดยการสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทางบวกขึ้น

ลักการีเน็น และเฮ็นตินี (Lukkarinen H. and Hentinen H. 1997: 295-304) ได้ศึกษาถึงการดูแลสุขภาพตนเองและปังจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 250 คน โดยมีจุดประสงค์ คือ

1. เพื่อศึกษาถึงการดูแลสุขภาพตนเอง และปังจัยที่เกี่ยวข้อง มีผลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยแบบทดสอบ SCI
2. เมื่อเปรียบเทียบแบบทดสอบ SCI กับเกณฑ์การดูแลสุขภาพของ Orem ผลการศึกษาพบว่า
 1. การประเมินผล การส่งเสริมสุขภาพ การตัดสินใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ แรงจูงใจ และปังจัยทางกายภาพ
 2. สิ่งที่สำคัญที่สุด ในการดูแลสุขภาพของตนเอง คือ ความพึงพอใจและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง
3. ส่วนปังจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่ อายุ เพศ สภาพสังคม รายได้ ฐานะ พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การป่วยเป็นโรค เช่น เบาหวาน แต่การพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ มีส่วนสำคัญน้อย
4. แบบทดสอบ SCI เป็นแบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองที่ครอบคลุม

การวิจัยในประเทศไทย

ชวนพิศ ทำนอง (2528: 159) ศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 6 คน กลุ่มควบคุม 6 คน สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้ กลุ่มทดลองมีความสามารถในการออกกำลังกายและทำกิจกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นิตยา ภาสุนันท์ (2529: 145) ศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.01 ส่วนความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531: ก-ข.) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลโรคทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับโรคและแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติเกี่ยวกับโรค ผลการศึกษาพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ.001 ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพทางสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาในการรักษา

ประภา รัตนเมธานนท์ (2532: ก-ข.) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า

1. รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
2. ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
3. ทักษะการรับมือโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
4. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
5. ทักษะการรับมือโรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ฉัตรวลัย ไชอารีย์ (2533: 94-95) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่ง เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2533 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2533 จำนวน 100 ราย จากการศึกษาพบว่า

1. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
2. พฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
3. การสนับสนุนทางสังคม และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีผลกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วรภรณ์ นาครัตน์ (2533: 84-85) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย ตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยอ่านให้ฟังทีละข้อจนครบ ผลการศึกษาพบว่า

1. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001
2. อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .05, .05 และ .05 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศและระยะเวลาในการเป็นโรคแตกต่างกัน ได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างไรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
3. อายุที่แตกต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศ สถานภาพทางการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และระยะเวลาในการเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแตกต่างกันอย่างไรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กุลธิดา พานิชกุล (2536: 99-100) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างผาสุก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคม, การศึกษา, ระยะเวลาที่เป็นโรค รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. อายุ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างไรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3.การสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาที่เป็นโรค เป็นตัวอธิบายความผันแปรของการปรับตัวได้ดี

สุพร เพร็งเพริศ (2538: ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางที่ดี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย

กนกพร วิสุทธิกุล (2539: ก-ข) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพฯ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่มีปัญหามากที่สุด คือ การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน ส่วนผลการศึกษารูปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ว่าตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับน้อย
2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อยที่สุด พฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มคาเฟอีน การรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการขาดการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก
3. กลุ่มที่มีอายุมากมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
4. เพศชาย มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
5. การศึกษา รายได้ ระยะที่อยู่ในกรุงเทพฯ และการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วาสนา เกื่อนวงษ์ (2540: ก-ข) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การถ่ายอุจจาระและปัสสาวะปกติ มีการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน ไม่นิยมการออกกำลังกาย เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นประจำ มีการทำงานอดิเรกเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยารับประทานเอง เมื่อมีอาการเจ็บป่วยมากจะไปพบแพทย์ เพศมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการ

รับประทานอาหาร และการร่วมกิจกรรมทางสังคม ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย การร่วมกิจกรรมทางสังคม และการป้องกันอุบัติเหตุ รายได้และเขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

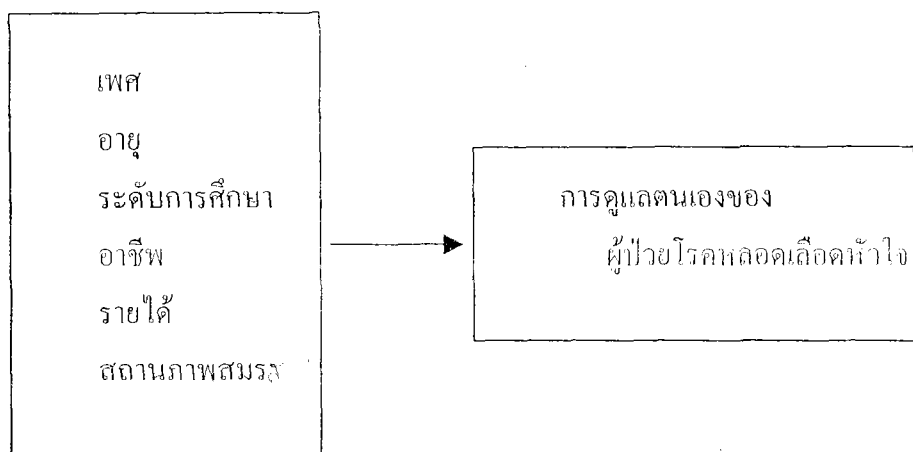
มณฑิชา อนุกุลวุฒิพงศ์ (2540: จ-ช) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพฯ พบว่า กลุ่มวัยรุ่นมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ และด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อยที่สุด ด้านการอยู่ในที่บริเวณที่มีควันบุหรี่อยู่ในระดับน้อย ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ด้านการรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง และด้านการขาดการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มวัยรุ่นที่มีเพศ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ แตกต่างกัน มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มวัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

อังกริยา พ่วงแก้ว (2540: ก-ข) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและด้านการพักผ่อน พฤติกรรมด้านอารมณ์และสังคม และพฤติกรรมด้านที่เกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับที่เหมาะสมเป็นส่วนใหญ่จึงควรได้รับการส่งเสริม พฤติกรรมด้านการบริโภคอยู่ในระดับที่เหมาะสมที่สุด ควรคงไว้ให้ปฏิบัติต่อไป และพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับที่เหมาะสมน้อย ควรได้รับการปรับปรุง การมีรายได้ไม่พอใช้ การประกอบอาชีพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีเป็นปัญหา และอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปรีศนา วรนนท์ (2541: ง) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่ดี คือเสี่ยงน้อยต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ ส่วนพฤติกรรมในด้านที่พบว่า มีระดับดีปานกลาง หรือเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ การออกกำลังกาย และการมีเพศสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้นคือการอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่ เป็นปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่พบ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากการทบทวน แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารการวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยพื้นฐาน ด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว สถานภาพสมรส และอาชีพ ต่างมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

6. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

7. ตัวแปรด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และสถานภาพสมรส สามารถร่วมในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการรักษาในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,860 คน (เวชระเบียนสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ 2541; ไม่มีเลขหน้า)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 330 คน โดยมีขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณ ขนาดกลุ่มตัวอย่างของยามานะ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์.2535:296)โดยกำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนที่ .05 ซึ่งคำนวณจากสูตร

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

เมื่อ n	แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
N	แทน	ประชากร
e	แทน	ความคลาดเคลื่อน .05

จากการคำนวณ จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 330 คน

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากร ที่มีคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้น คือเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทุกคนที่มารับการรักษาในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2542 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2542 ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 330 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งได้ข้อมูลต่าง ๆ โดยการสอบถามและจากบัตรผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และอาชีพ ซึ่งมีลักษณะแบบสำรวจรายการ (Check List)

2. แบบสอบถามวัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยอาศัยแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1985, 1991) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลของตนเอง โดยประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนน

แบบสอบถามวัดการดูแลตนเอง มีลักษณะเป็นมาตรฐานส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อความในแบบสอบถามประกอบด้วย ด้านบวกและด้านลบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	ไม่เคยปฏิบัติ	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติเป็นประจำ	0

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการดูแลตนเอง (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538:10)

1.34 – 2.00	หมายถึง มีการดูแลตนเองในระดับดี
0.67 - 1.33	หมายถึง มีการดูแลตนเองในระดับปานกลาง
0.00 – 0.66	หมายถึง มีการดูแลตนเองในระดับต้องปรับปรุง

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบสอบถามตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ตำรา บทความ วารสาร และผลการวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีสร้างแบบสอบถามจากหนังสือ บทความ และเอกสารต่าง ๆ

3. สร้างแบบสอบถามตามหลักเกณฑ์ให้ครอบคลุมเนื้อหา โดยรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาและข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ

4. นำแบบสอบถามให้ประธานและกรรมการผู้ควบคุมปริญาณิพนธ์ตรวจสอบแล้วนำมาแก้ไข

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. หาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจำนวน 100 ข้อ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านตรวจเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา นำผลพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ ไปหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยจะเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .50 หรือมากกว่า ซึ่งแสดงว่าข้อสอบนั้น มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาได้ข้อสอบจำนวน 60 ข้อ ส่วนข้อสอบที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า .50 ผู้วิจัยตัดออก

2. การหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง มารับบริการจำนวน 50 คน นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้ มาตรวจให้คะแนน และหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยการหาสหสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) เลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์.2539:117) ได้ข้อคำถามจำนวน 60 ข้อ

3. นำข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์ มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์.2539:118) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.89

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ขณะที่เข้ารับการรักษาที่สำนักงาน

ศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พร้อมกับอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยให้ผู้ป่วยรับทราบ

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน 330 คน ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบข้อมูลให้สมบูรณ์แล้ว นำมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

วิธีจัดการกับข้อมูล

1. นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 330 ฉบับมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม SPSS (Statistical Package for the Social Science) ดังนี้
 - 2.1 นำข้อมูลทั่วไปมาแจกแจงความถี่และหาลำร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง
 - 2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวและสถานภาพสมรส โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 ถ้าพบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธี นิวแมน-คูลส์ (Newman – Keuls Method)
 - 2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามตัวแปร เพศ โดยการทดสอบค่าที (t-test Independent) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1
 - 2.4 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อเลือกตัวทำนายที่ร่วมทำนาย การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 7

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

- 1.1 หาค่าร้อยละ ใช้สูตร (ประกอบ กรรณสูตร.2525 : 73)

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

เมื่อ P	แทน	ค่าร้อยละ
f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ
n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 41)

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

เมื่อ $\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
n	แทน	จำนวนคน

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 74)

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

เมื่อ S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
X^2	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
$(\sum X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
n	แทน	จำนวนคน

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและตามโครงสร้างโดยอาศัยคุณลักษณะของผู้เชี่ยวชาญ เรียกว่า เชิงพินิจ (Face validity) ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาเป็นเชิงปริมาณหรือตัวเลข ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2536 : 124)

2.1.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหาแล้ว แต่ละคนพิจารณาถึงความเห็น และให้คะแนน

+ 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการนั้นหรือไม่

- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการนั้น

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ที่ต้องการ

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

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

r_{xy} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum Y$ แทน ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum X^2$ แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน X

$\sum Y^2$ แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน Y

$\sum XY$ แทน ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน X กับ Y

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.3 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์, 2539 : 118)

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

เมื่อ α คือ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

n คือ จำนวนข้อของคำถาม

$\sum S_i^2$ คือ ผลรวมของคะแนนความแปรปรวนของแต่ละข้อ

S^2 คือ คะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One – way analysis of variance) (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2534 : 249) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 6

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

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบเอฟ

MS_B แทน ค่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม

MS_W แทน ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

ถ้าการทดสอบพบว่า มีการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน - คูลล์ (Newman - Keul, Method) โดยสูตร (ชูศรี วงศ์วัฒนะ. 2537 : 268)

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

เมื่อ q แทน ค่า q จากตาราง

MS_W แทน ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

โดยที่

$$\tilde{n} = \frac{k}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

เมื่อ k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$n_1, n_2, \dots, n_k$ แทน จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ k ตามลำดับ

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรในสองกลุ่มโดยการวิเคราะห์ด้วย t-test Independent เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

เมื่อ $df = \frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1}\right)^2}{n_1 - 1} + \frac{\left(\frac{S_2^2}{n_2}\right)^2}{n_2 - 1}$

เมื่อ	t	แทนค่าใช้พิจารณาใน t-distribution
	$\bar{x}_1, \bar{x}_2$	แทนคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	S_1^2, S_2^2	แทนค่าความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	n_1, n_2	แทนจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	df	แทนค่าชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

3.3 คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation Coefficient) ระหว่างตัวทำนายทั้งหมด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส กับการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นตัวเกณฑ์ โดยวิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบขั้นบันได (Stepwise Multiple Regression) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 7

3.3.1 หาค่าสหสัมพันธ์ภายใน (Interrelation - r) ระหว่างตัวแปรทั้งหมด คือตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์

3.3.2 หาค่าสหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างกลุ่มตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์ (Multiple Correlation - r)

3.3.3 ค่าน้ำหนักเบต้า (Beta Weight - β) และสมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Equation) ที่มีความสำคัญ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มเติมตัวแปรเป็นขั้นๆ (Stepwise Multiple Regression Analysis) สมการถดถอยพหุคูณมีดังนี้

$$\hat{Y} = b_0 + b_1 x_1 + b_2 x_2 + \dots + b_p x_p$$

เมื่อ

$\hat{Y}$ คือ คะแนนตัวแปรที่ต้องการพยากรณ์

X_{1-p} คือ ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการพยากรณ์

b_0 คือ ค่าคงที่ (Constant)

b_{1-p} คือ สัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression coefficient) ในรูปคะแนนดิบ

ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนตัวแปรที่จะนำมาคำนวณจะต้องเป็นตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาค (Interval Scale) ขึ้นไป (วิเชียร เกตุสิงห์ 2526:326) แต่ถ้าเป็นตัวแปรที่วัดในระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) หรือระดับเรียงอันดับ (Ordinal Scale) ต้องทำการแปลงตัวแปรดังกล่าวให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) เสียก่อนแล้วจึงนำไปวิเคราะห์ ในการศึกษานี้ข้อมูลตัวแปรที่จะนำมาทำตัวแปรหุ่น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และสถานภาพสมรส โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ลพาลี ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ 2528:70-72)

ตัวแปรหุ่น

ค่าตัวแปร

เพศ

ชาย

0

หญิง

1

อายุ

AGE₁

AGE₂

AGE₃

AGE₄

31-40 ปี

1

0

0

0

41-50 ปี

0

1

0

0

51-60 ปี

0

0

1

0

61-70 ปี

0

0

0

1

ตัวแปรหุ่น

ค่าตัวแปร

<u>ระดับการศึกษา</u>	ED ₁	ED ₂	ED ₃	ED ₄
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1	0	0	0
มัธยมศึกษา	0	1	0	0
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	0	0	1	0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0	0	0	1

<u>อาชีพ</u>	OC ₁	OC ₂	OC ₃	OC ₄
ค้าขายหรือธุรกิจ	1	0	0	0
เกษตรกรรม	0	1	0	0
รับจ้าง	0	0	1	0
ไม่ประกอบอาชีพ	0	0	0	1

<u>รายได้กรอบครัว</u>	INC ₁	INC ₂	INC ₃	INC ₄
3,001-8,000 บาท/เดือน	1	0	0	0
8,001-13,000 บาท/เดือน	0	1	0	0
13,001-18,000 บาท/เดือน	0	0	1	0
สูงกว่า 18,000 บาท/เดือน	0	0	0	1

<u>สถานภาพสมรส</u>	MR ₁	MR ₂	MR ₃	MR ₄
โสด	1	0	0	0
หม้าย	0	1	0	0
หย่า	0	0	1	0
แยก	0	0	0	1

บทที่ 4

X ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมาย การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
S^2	แทน	ความแปรปรวน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t-distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (degree of freedom)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of Square)
q	แทน	q – Statistic
B	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ในรูปคะแนนดิบ
$SE B$	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่า B
$Beta$	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ในรูปคะแนนมาตรฐาน
R^2	แทน	ค่าที่บอกสัดส่วนของตัวแปรตามที่อธิบายได้โดยตัวแปรอิสระ
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมาย แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นรายละเอียดส่วนตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ตามตัวแปรอิสระ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช โดยหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช จำแนกตามเพศ โดยการทดสอบค่าที (t-test) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม และใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way-ANOVA) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าสองกลุ่ม

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นรายละเอียดส่วนตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ตามตัวแปรอิสระ ดังปรากฏ ตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและค่าร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และ สถานภาพสมรส

ตัวแปร	จำนวน (n = 330 คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 ชาย	227	68.80
1.2 หญิง	103	31.20
2. อายุ		
2.1 31 – 40 ปี	15	4.50
2.2 41 – 50 ปี	52	15.80
2.3 51 – 60 ปี	85	25.80
2.4 61 – 70 ปี	111	33.60
2.5 71 ปี ขึ้นไป	67	20.30
3. ระดับการศึกษา		
3.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา	52	15.80
3.2 ประถมศึกษา	92	27.90
3.3 มัธยมศึกษา	65	19.70
3.4 อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	34	10.30
3.5 ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	87	26.30
4. อาชีพ		
4.1 รับจ้าง	64	19.35
4.2 ค้าขายหรือประกอบธุรกิจ	43	13.00
4.3 เกษตรกรรม	9	2.65
4.4 รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	99	30.25
4.5 ไม่ประกอบอาชีพ	115	34.75

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
5. รายได้ของครอบครัว		
5.1 ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	73	22.00
5.2 3,000-8,000 บาทต่อเดือน	55	16.70
5.3 8,001-13,000 บาทต่อเดือน	51	15.50
5.4 13,001-18,000 บาทต่อเดือน	31	9.40
5.5 สูงกว่า 18,000 บาทต่อเดือน	120	36.40
6. สถานภาพสมรส		
6.1 โสด	15	4.52
6.2 คู่	261	79.11
6.3 หม้าย	45	13.64
6.4 หย่า	3	0.90
6.5 แยก	6	1.83
รวม	330	100

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นรายละเอียดส่วนตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 330 คน จำแนกตามปัจจัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวและสถานภาพสมรส ดังตาราง 2 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.80 เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 31.20 อายุของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 61 - 70 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.60 รองมาได้แก่ช่วงอายุ 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.80 และช่วงอายุ 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.50 พบน้อยที่สุด ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.90 รองลงมาได้แก่ ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 26.40 และระดับมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 19.70 ตามลำดับ อาชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างไม่ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 34.75 มากที่สุด รองลงมาได้แก่รับราชการ คิดเป็นร้อยละ 30.25 และอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 19.35 ตามลำดับ รายได้ของ

ครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีรายได้สูงกว่า 18,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.40 รองลงมาได้แก่ รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 22.00 และรายได้ 3,000 - 8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 16.70 ตามลำดับ สถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 79.11 มากที่สุด รองลงมาได้แก่ หม้าย คิดเป็นร้อยละ 13.64 และโสดคิดเป็นร้อยละ 4.52 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาใช้บริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนารถ โรงพยาบาลศิริราช โดยหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเอง ดังปรากฏตามตาราง 3-5

ตาราง 3 จำนวน ค่าร้อยละ จำแนกตามระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ระดับการดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ดี	264	80.00
ปานกลาง	66	20.00
รวม	330	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และปานกลาง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 80.00

ตาราง 4 คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

	N	$\bar{X}$	S	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ระดับ
การปฏิบัติ	330	1.48	0.21	0.68	1.87	ดี

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติในการดูแลตนเองเท่ากับ 1.48 ($S = 0.21$) ซึ่งจัดอยู่ในระดับดี

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และสถานภาพสมรส

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
1. เพศ				
1.1 ชาย	227	1.51	0.21	ดี
1.2 หญิง	103	1.43	0.21	ดี
2. อายุ				
2.1 31-40 ปี	15	1.33	0.33	ปานกลาง
2.2 41-50 ปี	52	1.49	0.23	ดี
2.3 51-60 ปี	85	1.51	0.18	ดี
2.4 61-70 ปี	111	1.47	0.20	ดี
2.5 71 ปีขึ้นไป	67	1.51	0.22	ดี
3. ระดับการศึกษา				
3.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา	52	1.37	0.21	ดี
3.2 ประถมศึกษา	92	1.43	0.22	ดี
3.3 มัธยมศึกษา	65	1.46	0.19	ดี
3.4 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	34	1.60	0.16	ดี
3.5 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	87	1.58	0.18	ดี
4. อาชีพ				
4.1 รับจ้าง	64	1.44	0.22	ดี
4.2 ค้าขายหรือประกอบธุรกิจ	43	1.49	0.17	ดี
4.3 เกษตรกรรม	9	1.32	0.26	ปานกลาง
4.4 รับราชการหรือพนักงาน รัฐวิสาหกิจ	99	1.58	0.18	ดี
4.5 ไม่ประกอบอาชีพ	115	1.44	0.22	ดี

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S	ระดับการดูแล คบบทง
5. รายได้ของครอบครัว				
5.1 ต่ำกว่า 3,000 บ./ค.	73	1.39	0.22	ดี
5.2 3,000-8,000 บ./ค.	55	1.40	0.22	ดี
5.3 8,001-13,000 บ./ค.	51	1.45	0.23	ดี
5.4 13,001-18,000 บ./ค.	31	1.55	0.18	ดี
5.5 สูงกว่า 18,000 บ./ค.	120	1.57	0.15	ดี
6. สถานภาพสมรส				
6.1 โสด	15	1.49	0.17	ดี
6.2 คู่	261	1.50	0.21	ดี
6.3 ม่าย	45	1.43	0.22	ดี
6.4 หย่า	3	1.53	0.22	ดี
6.5 แยก	6	1.33	0.28	ปานกลาง

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มตัวอย่าง ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี โดยที่เพศชายมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเอง เท่ากับ 1.51 ($S = 0.21$) และเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเอง เท่ากับ 1.42 ($S = 0.21$) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 31-40 ปี มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองเท่ากับ 1.33 ($S = 0.33$) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุช่วง 41-50 ปี 51-60 ปี 61-70 ปี และ 71 ปีขึ้นไป มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเท่ากับ 1.49 ($S = 0.23$) 1.51 ($S = 0.18$) 1.47 ($S = 0.20$) และ 1.51 ($S = 0.22$) ตามลำดับ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา และปริญญาตรี หรือสูงกว่า มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองเท่ากับ 1.37 ($S = 0.21$) 1.43 ($S = 0.22$) 1.46 ($S = 0.19$) 1.60 ($S = 0.16$) และ 1.58 ($S = 0.18$) ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเกษตรกรมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย

ในการดูแลตนเองเท่ากับ 1.32 ($S = 0.26$) ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพ รับจ้าง ค่าขายหรือประกอบธุรกิจ รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ และไม่ประกอบอาชีพ มีการปฏิบัติในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.44 ($S = 0.22$) 1.49 ($S = 0.17$) 1.58 ($S = 0.18$) และ 1.44 ($S = 0.22$) ตามลำดับ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน 3,001 - 8,000 บาท/เดือน 8,001 - 13,000 บาท/เดือน 13,001 - 18,000 บาท/เดือน และสูงกว่า 18,001 บาท/เดือน มีการปฏิบัติในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองเท่ากับ 1.39 ($S = 0.22$) 1.40 ($S = 0.22$) 1.45 ($S = 0.23$) 1.55 ($S = 0.18$) และ 1.57 ($S = 0.15$) ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส แยก มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเอง เท่ากับ 1.33 ($S = 0.28$) ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสโสด คู่ หย่า หย่า มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองเท่ากับ 1.49 ($S = 0.17$) 1.50 ($S = 0.21$) 1.43 ($S = 0.22$) และ 1.53 ($S = 0.22$) ตามลำดับ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช จำแนกตามเพศ โดยการทดสอบค่าที (t-test) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม และใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way-ANOVA) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าสองกลุ่ม ดังปรากฏตามตาราง 6-15

ตาราง 6 การเปรียบเทียบของคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามเพศ

การปฏิบัติ	เพศ	N	$\bar{X}$	S	Df	t	P
	ชาย	227	1.51	0.21	328	3.72**	<.01
	หญิง	103	1.43	0.21			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งเพศชาย และเพศหญิงมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชายจะมีคะแนนของการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง

ตาราง 7 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราชที่มีอายุแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	4	0.45	0.11	2.52	.04
ภายในกลุ่ม	325	14.35	0.04		
รวม	329	14.80			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดังนั้น จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน

อายุ	$\bar{X}$	31-40 ปี	61-70 ปี	41-50 ปี	51-60 ปี	71 ปีขึ้นไป
		1.33	1.47	1.49	1.51	1.51
31-40 ปี	1.33	-	0.14*	0.16*	0.18*	0.18*
61-70 ปี	1.47		-	0.02	0.04	0.04
41-50 ปี	1.49			-	0.02	0.02
51-60 ปี	1.51				-	-
71 ปีขึ้นไป	1.51					-

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี , 51-60 ปี , 61-70 ปี และ 71 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 9 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาล สิริราช ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	4	2.24	0.56	14.52**	<.01
ภายในกลุ่ม	325	12.56	0.39		
รวม	329	14.80			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น จึงทำการทดสอบความแตกต่างกันของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 10

ตาราง 10 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ ด้านการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

ระดับการศึกษา	X	ต่ำกว่าประถมศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	อนุปริญญา
		1.37	1.43	1.46	1.58	1.60
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.37	-	0.06	0.09	0.21	0.23
ประถมศึกษา	1.43		-	.03	0.15	0.17
มัธยมศึกษา	1.46			-	0.12	0.14
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1.58				-	0.02
อนุปริญญา	1.60					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการศึกษาอยู่ในระดับ มัธยมศึกษา ประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 11 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ที่มีอาชีพต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	4	1.41	0.35	8.58**	< .01
ภายในกลุ่ม	325	13.39	0.41		
รวม	329	14.80			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 12

ตาราง 12 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ในการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีระดับอาชีพต่างกัน

อาชีพ	$\bar{X}$	เกษตรกร	ไม่ประกอบอาชีพ	รับจ้าง	ค้าขายหรือประกอบธุรกิจ	ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ
		1.32	1.44	1.44	1.50	1.58
เกษตรกร	1.32	-	0.12*	0.12*	0.18*	0.26*
ไม่ประกอบอาชีพ	1.44		-	-	0.06	0.14
รับจ้าง	1.44			-	0.06	0.14
ค้าขายหรือประกอบธุรกิจ	1.49				-	0.08
ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	1.58					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับจ้าง และไม่ประกอบอาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพเกษตรกร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพค้าขายหรือประกอบธุรกิจมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพรับจ้าง ไม่ประกอบอาชีพ และเกษตรกร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพค้าขายหรือประกอบธุรกิจ รับจ้าง ไม่ประกอบอาชีพและเกษตรกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 13 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ
โรงพยาบาลศิริราช ที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	4	2.15	0.54	13.80 ^{**}	< .01
ภายในกลุ่ม	325	12.65	0.39		
รวม	329	14.80			

^{**} มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 13 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของ
ครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น จึง
ทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-
Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 14

ตาราง 14 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ในการดูแลตนเองของผู้
ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน

รายได้ของครอบครัว	X	ต่ำกว่า	3,000-8,000	8,001-	13,001-	สูงกว่า
		3,000	บ./ค.	13,000	18,000	18,001
		บ./ค.		บ./ค.	บ./ค.	บ./ค.
		1.39	1.40	1.45	1.55	1.57
ต่ำกว่า 3,000 บ./ค.	1.39	-	0.01	0.06	0.16*	0.18*
3,000-8,000 บ./ค.	1.40		-	0.05	0.14*	0.17*
8,001-13,000 บ./ค.	1.45			-	0.10*	0.12*
13,001-18,000 บ./ค.	1.55				-	0.02
สูงกว่า 18,001 บ./ค.	1.57					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีรายได้สูงกว่า 18,000 บาท / เดือน และ 13,001-18,000 บาท / เดือน มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองสูงกว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท / เดือน , 3,000-8,000 บาท/เดือน และ 8,001-13,000 บาท/เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 15 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	4	0.32	0.08	1.77	0.13
ภายในกลุ่ม	325	14.48	0.04		
รวม	329	14.80			

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนาย การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช

การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลได้ผลดังปรากฏในตาราง 16

ตาราง 16 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ
โรงพยาบาลศิริราช

ตัวแปรที่เข้าสมการ ลำดับ	สัมประสิทธิ์การ		SE.B	R ²	R ² Change	F	P
	ถดถอย						
	B	Beta					
รายได้สูงกว่า 18,000 บ./ค.(INC ₄)	0.102	0.232	0.027	0.103	0.103	14.218**	<.01
รายได้ 13,001–18,000 บ./ค.(INC ₃)	0.091	0.125	0.039	0.139	0.036	5.467	.02
ระดับอนุปริญญา(ED ₃) ระดับปริญญาตรีหรือ สูงกว่า(ED ₄)	0.133	0.191	0.036	0.166	0.027	13.327**	<.01
อายุ 31–40 ปี (AGE ₁)	0.077	0.160	0.030	0.185	0.019	6.689**	<.01
ระดับต่ำกว่าประถม ศึกษา(ED ₁)	-0.153	-0.051	0.150	0.205	0.020	9.127**	<.01
ค่าคงที่	-0.063	-0.031	0.108	0.215	0.010	4.135*	.04
	1.421		0.017			6690.242**	<.01
F = 14.774** p < .01 R ² = 0.215 R ² _{Adj} = 0.201							

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 16 แสดงว่า

ขั้นที่ 1 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายการผันแปรของการปฏิบัติ
ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ
โรงพยาบาลศิริราช ได้แก่ ตัวแปร รายได้สูงกว่า 18,000 บาท/เดือน (INC₄) ซึ่งสามารถอธิบาย
การปฏิบัติในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 10.30 ($R^2 = 0.103$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย
เท่ากับ 0.102 หมายความว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้สูงกว่า 18,000 บาท/เดือน
จะมีคะแนนการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.102 หน่วย ($B = 0.102$)

ขั้นที่ 2 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่สอง ได้แก่ ตัวแปรรายได้ (INC_2) เมื่อนำเข้ามาในสมการแล้ว ทั้งตัวแปรรายได้ (INC_2) และรายได้สูงกว่า 18,000 บาท/เดือน ซึ่งเข้าสมการก่อนหน้านี้ ร่วมกันอธิบายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลศิริราช เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.90 ($R^2 = 0.139$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.091 หมายความว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ 13,001–18,000 บาท/เดือน จะมีคะแนนการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.091 หน่วย ($B = 0.091$) โดยที่ตัวแปรรายได้ 13,001–18,000 บาท/เดือน เพียงตัวแปรเดียวสามารถอธิบายการดูแลตนเองได้ร้อยละ 3.6 ($R^2 \text{ change} = 0.036$)

ขั้นที่ 3 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่สาม ได้แก่ตัวแปรการศึกษาระดับอนุปริญญา (ED_3) เมื่อเข้ามาในสมการแล้ว ตัวแปรระดับอนุปริญญา (ED_3) รายได้ 13,001–18,000 บาท/เดือน (INC_2) และรายได้สูงกว่า 18,000 บาท/เดือน (INC_3) ที่เข้าสมการก่อนหน้านี้ร่วมกันอธิบายการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาด โรงพยาบาลศิริราช เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.60 ($R^2 = 0.166$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย เท่ากับ 0.133 หมายความว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาจะมีคะแนนการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.133 ($B = 0.133$) โดยที่ตัวแปรระดับอนุปริญญา เพียงตัวแปรเดียวสามารถอธิบายการดูแลตนเองได้ ร้อยละ 2.7 ($R^2 \text{ change} = 0.027$)

ขั้นที่ 4 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่ 4 ได้แก่ ตัวแปรการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ED_4) เมื่อเข้ามาในสมการแล้ว ทั้งตัวแปรระดับปริญญาหรือสูงกว่า (ED_4) ระดับอนุปริญญา (ED_3) รายได้ 13,001–18,000 บาท/เดือน (INC_2) และรายได้สูงกว่า 18,000 บาท/เดือน (INC_3) ที่เข้าสมการก่อนหน้านี้ ร่วมกันอธิบายการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาด โรงพยาบาลศิริราช เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.50 ($R^2 = 0.185$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.077 หมายความว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.077 หน่วย ($B = 0.077$) โดยที่ตัวแปรระดับปริญญาหรือสูงกว่าเพียงตัวแปรเดียวสามารถอธิบายการดูแลตนเองได้ร้อยละ 1.9 ($R^2 \text{ change} = 0.019$)

ขั้นที่ 5 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่ 5 ได้แก่ ตัวแปร อายุ 31–40 ปี (AGE_5) เมื่อเข้ามาในสมการแล้ว ทั้งตัวแปรอายุ 31–40 ปี (AGE_5) การศึกษาระดับปริญญาหรือสูงกว่า (ED_4) การศึกษาระดับอนุปริญญา (ED_3) รายได้ 13,001–18,000 บาท/เดือน (INC_2) และรายได้สูงกว่า

18,000 บาท/เดือน (INC_4) ที่เข้าสมการก่อนหน้านี้ ร่วมกันอธิบายการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนารถ โรงพยาบาลศิริราช เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.50 ($R^2 = 0.205$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -0.153 หมายความว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุ 31-40 ปี การดูแลตนเองลดลงเท่ากับ 0.153 หน่วย ($B = -0.153$) โดยที่ตัวแปรอายุ 31-40 ปี เพียงตัวแปรเดียวสามารถอธิบายการดูแลตนเองได้ร้อยละ 2.0 ($R^2 \text{ change} = 0.020$)

ขั้นที่ 6 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับ 6 ได้แก่ ตัวแปรการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ED_1) เมื่อเข้ามาในสมการแล้ว ทั้งตัวแปรการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ED_1) อายุ 31-40 ปี (AGE_1) ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ED_4) ระดับอนุปริญญา (ED_3) รายได้ 13,001-18,000 บาท/เดือน (INC_3) และรายได้สูงกว่า 18,000 บาท/เดือน (INC_4) ที่เข้าสมการก่อนหน้านี้ ร่วมกันอธิบายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนารถ โรงพยาบาลศิริราช เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.50 ($R^2 = 0.215$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -0.063 หมายความว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา จะมีคะแนนการดูแลตนเองลดลงเท่ากับ 0.063 หน่วย ($B = -0.063$) โดยที่ตัวแปรการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา เพียงตัวแปรเดียวสามารถอธิบายการดูแลตนเองได้ร้อยละ 1 ($R^2 \text{ change} = 0.010$)

จาก 6 ขั้นตอน สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยได้ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{SELF - CARE} = & 1.421 + 0.102 \text{ INC}_4 + 0.091 \text{ INC}_3 + 0.133 \text{ ED}_3 \\ & + 0.077 \text{ ED}_4 - 0.153 \text{ AGE}_1 - 0.063 \text{ ED}_1 \end{aligned}$$

โดยที่

SELF - CARE	=	การปฏิบัติในการดูแลตนเอง
INC_4	=	รายได้ของครอบครัวสูงกว่า 18,000 บาท/เดือน
INC_3	=	รายได้ของครอบครัว 13,001-18,000 บาท/เดือน
ED_3	=	การศึกษาระดับอนุปริญญา
ED_4	=	การศึกษาระดับปริญญาตรี
AGE_1	=	อายุ 31-40 ปี
ED_1	=	การศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา

จากสมการถดถอยที่ได้ พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนารถ โรงพยาบาลศิริราช ได้แก่ รายได้ของครอบครัวสูงกว่า 18,000 บาท/เดือน รายได้ของครอบครัว 13,001 – 18,000 บาท/เดือน การศึกษาระดับอนุปริญญา การศึกษาระดับปริญญาตรี การศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา และอายุ 31 – 40 ปี โดยสามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 21.50 ($R^2 = 0.215$) ซึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ รายได้สูงกว่า 18,000 บาทต่อเดือน

บทที่ 5

บทย่อ สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำแนก ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และสถานภาพสมรส
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวและสถานภาพสมรสที่มีต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้นทุกคนที่มารับการรักษาที่สำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนารถ โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2542 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2542 จำนวน 330 คน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองมี 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และสถานภาพสมรส

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเอสพีเอสเอส (SPSS: Statistical Package for the Social Science) โดยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ 4 ขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นรายละเอียดส่วนตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ตามตัวแปรอิสระ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช โดยหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเที่ยงแบบมาตรฐาน และระดับของการปฏิบัติ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช จำแนกตามเพศ โดยการทดสอบค่าที (t-test) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม และใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way-ANOVA) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าสองกลุ่ม

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนุของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช

สรุปผลการค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลได้ดังนี้

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 68.80 มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.90 ประกอบอาชีพ ไม่ประกอบอาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.75 รายได้ของครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในช่วงสูงกว่า 18,000 บาท/เดือน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 36.40 และมีสถานภาพสมรสกลุ่มมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.11

จากการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปฏิบัติในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ปรากฏผลการศึกษาค้นคว้านี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นเพศชาย มีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุ 41-50 ปี 51-60 ปี 61-70 ปี และ 71 ปีขึ้นไป มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุ 31-40 ปี

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา และปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีการดูแลตนเองดีกว่าระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มีการดูแลตนเองดีกว่าระดับต่ำกว่าประถมศึกษา

4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพรับจ้าง และไม่ประกอบอาชีพมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพเกษตรกร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพค้าขายหรือประกอบธุรกิจมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพรับจ้าง ไม่ประกอบอาชีพ และเกษตรกร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพ ค้าขายหรือประกอบธุรกิจ รับจ้าง ไม่ประกอบอาชีพ และเกษตรกร

5. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ครัวเรือนต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ 13,001-18,000 บาท/เดือน และสูงกว่า 18,000 บาท/เดือน มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน, 3,001-8,000 บาท/เดือน 8,001-13,000 บาท/เดือน

6. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

7. ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple

Regression Analysis) พบว่าตัวแปรรายได้สูงกว่า 18,000 บาท/เดือน 13,001-18,000 บาท/เดือน การศึกษาระดับอนุปริญญา การศึกษาระดับปริญญาหรือสูงกว่า อายุ 31-40 ปี และการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราชได้ร้อยละ 21.50

อภิปรายผล

จากการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ตามตัวแปรที่ศึกษาคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และสถานภาพสมรส ผู้วิจัยอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะมีข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านทางหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ และการจัดอบรมเพื่อเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน โดยเฉพาะทางโรงพยาบาลศิริราชได้ดำเนินกิจกรรมนี้มาตลอด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาอายุ 61-70 ปี เป็นผู้สูงอายุได้ผ่านพ้นภารกิจที่ต้องรับผิดชอบ เช่น การประกอบอาชีพ การดูแลครอบครัว สมาชิกในครอบครัว และความตึงเครียดในชีวิตประจำวัน เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มนี้มีการดูแลตนเองในระดับดี ดังนั้น อายุจึงมีอิทธิพลทำให้มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ โอเรม (Orem 1985:255) ที่ว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ โอภาสศิริ (2531) อังสนา นวลยงค์ (2535) แลงเกีย (Langlic.1977) เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Miaman,1975) และลีเวนทาล (Leventhal.1983) ที่พบว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นบุคคลจะมีการดูแลตนเองมากขึ้น และมีเวลามากพอที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกัน พบว่ามีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาจะเห็นได้ว่า เพศชายมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง อาจเป็นเพราะเพศหญิงมีความวิตกกังวลและไม่มีเวลาเอาใจใส่ในเรื่องภาวะสุขภาพเนื่องจากต้องทำงานประจำเพื่อเสริมรายได้ครอบครัวและทำงานบ้านแต่เพศชายมีเวลาในการเสาะแสวงหาแหล่งให้บริการ

ด้านความรู้และการปฏิบัติในการที่จะมีสุขภาพที่แข็งแรงตลอดเวลา จึงมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540 : ก-ข) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่สอดคล้องกับ กนกพร วิสิทธิ์กุลที่พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศหญิง เช่นเดียวกับवासना เดือนวงศ์ (2540 : ก-ข) ที่พบว่าเพศชายมีการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน พบว่ามีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุ 41-50 ปี 51-60 ปี 61-70 ปี และ 71 ปีขึ้นไป มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุ 31-40 ปี อาจเป็นเพราะโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่พบมากในวัยสูงอายุ เนื่องมาจากเป็นโรคที่เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ จากการเกาะสะสมของไขมันและโคเลสเตอรอลที่ผนังหลอดเลือด โคลโรนารี จนกระทั่งหลอดเลือดตีบแข็งนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนั้น ผู้สูงอายุจะป่วยเป็นโรคนี้มานาน ทำให้ได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองมากกว่าและนานกว่า (สุกชัย ไชยธีระพันธ์. 2534:28-29) ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าเป็นผลทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุมากมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุน้อย ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของโอเรม (Orem,1985:255) ที่ว่าอายุเป็นปัจจัยที่บอกถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้ และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ และมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ เช่นเดียวกับคำกล่าวของแลงเกีย (Langlie,1977:254) ศึกษาความเชื่อทางสุขภาพและการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคจะมีมากในผู้ที่มีอายุมากขึ้น เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นบุคคลจะมีความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น

4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษานุปริญญาจะปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถม

ศึกษา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีอิทธิพลทำให้มีการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีการดูแลตนเองดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาค่ำ (ไวไลลักษณ์ วรรณะ.2535:26-27) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคาสล์และคอบบี้ (Kasl and Cobb.1966:250-251) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาค่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของแลงเกีย (Langlie.1977:253) ศึกษาโครงข่ายสังคม ความเชื่อทางสุขภาพและการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และสอดคล้องกับจิรภา หงษ์ตระกูล (2532:48) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจะมีการปฏิบัติตนได้เหมาะสมกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ

5. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 4 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่อาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยแล้ว พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจจะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพค้าขายหรือประกอบธุรกิจ รับจ้าง ไม่ประกอบอาชีพ และเกษตรกรรวม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจมีผู้ป่วยที่จบการศึกษาระดับอนุปริญญา และปริญญาตรีหรือสูงกว่า มากกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่จบการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ทำให้ตระหนักถึงการดูแลตนเองมากกว่าอาชีพอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ไวไลลักษณ์ วรรณะ (2535:26-27) ที่ว่าอาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ และมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและสอดคล้องกับการศึกษาของ กอนมแก้ว คุณดรัส (2527: ก-ข) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด พบว่าผู้ที่ลักษณะอาชีพเป็นงานประจำ จะมีการดูแลตนเองด้านการรักษามัธยมนมากกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพที่ต้องย้ายถิ่นบ่อย

6. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 5 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยแล้วพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ของครอบครัว

13,001-18,000 บาท/เดือน และสูงกว่า 18,001 บาท/เดือน มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้รอบครัวต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน 3,001-8,000 บาท/เดือน และ 8,001-13,000 บาท/เดือน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิต ผู้ที่มีรายได้เพียงพอหรือรายได้ดี จะเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิตได้ดี มีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้มาก รู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี รวมทั้งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้รอบครัวต่ำย่อมมีโอกาสมากกว่าในการศึกษาค้นคว้า เพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ สามารถจับหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการดูแลตนเองดีขึ้น ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ จะมีโอกาสน้อยกว่าในการกระทำดังกล่าวไว้กับตนเองและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ บัณฑิต วรณะ (2535:26-27) ที่ว่า รายได้ของบุคคลจะมีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้น ถ้าหากบุคคลมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีก็มีโอกาสทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ แต่ถ้าบุคคลนั้นมีรายได้รอบครัวสูงกว่าโอกาสที่จะเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีก็มีมากกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ กาญจนา บุญเก็บ (2534:42) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง โดยกลุ่มที่มีรายได้สูงจะมีการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของเพนเดอร์ (Pender, 1982:161-162) พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อศักยภาพในการดูแลตนเองโดยที่ฐานะทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง ให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ เข้าถึงแหล่งบริการที่เหมาะสม จัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งเสริมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ และการศึกษาของคาสล์และคอบบี้ (Kasl and Cobb, 1966:250-251) ก็พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ

7. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 6 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้สามารถรับสื่อต่าง ๆ ได้เท่าเทียมกับ ต่างก็ให้ความสนใจในปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้นและสำนึกในบทบาทหน้าที่ในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ประสารไพธาม (2535:61) ที่พบ

8. การวิเคราะห์ปัจจัยด้านตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และสถานภาพสมรส เพื่อร่วมกันทำนายการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ รายได้ สูงกว่า 18,000 บาท/เดือน (INC_1) รายได้ 13,001-18,000 บาท/เดือน (INC_2) การศึกษาระดับอนุปริญญา (ED_1) การศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ED_2) อายุ 31-40 ปี (AGE_1) ระดับการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ED_3) โดยสามารถทำนายการดูแลตนเองได้ร้อยละ 21.50 และเมื่อพิจารณาอิทธิพลของตัวแปรแต่ละตัวแล้วพบว่า รายได้สูงกว่า 18,000 บาท/เดือน (INC_1) มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองมากที่สุด รองลงมาได้แก่ การศึกษาระดับอนุปริญญา (ED_1) การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ED_2) รายได้ 13,001-18,000 บาท/เดือน (INC_2) อายุ 31-40 ปี (AGE_1) และการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ED_3) ตามลำดับ

มีสมการถดถอยในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช คือ

$$\begin{aligned} \text{Self-Care} = & 1.421 + 0.102 \text{INC}_4 + 0.091 \text{INC}_5 + 0.133 \text{ED}_5 + 0.077 \text{ED}_4 \\ & - 0.153 \text{AGE}_1 - 0.063 \text{ED}_1 \end{aligned}$$

จากการศึกษาการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่าเจ้าแปร์ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ไม่มีความสามารถในการทำนายการดูแลตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531:ก-ข) พบว่า ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาในการรักษา

ข้อเสนอแนะ

เพื่อเป็นการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษามีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัญหาเรื่องรายได้ของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ จะส่งผลกระทบต่อการดูแลตนเองนั้น คงจะแก้ไขยากเนื่องจากเป็นปัญหาระดับมหภาค แต่จะสามารถช่วยเหลือได้ในกรณีแนะนำให้พบนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายได้ การส่งผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาคือจากโรงพยาบาลศิริราช โดยให้ผู้ป่วยสามารถใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐที่ใกล้บ้าน เพื่อตัดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้ในระดับหนึ่ง รวมทั้งแนะนำให้เพิ่มเติมในเรื่องอาหารที่มีคุณค่าราคาถูก การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การออกกำลังกายที่เหมาะสม นอกจากนี้ระดับการศึกษามีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคนี้เป็นรายบุคคล คอยชี้แนะ และสอนเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อจะได้นำไปปฏิบัติและเกิดประสบการณ์ที่ถูกต้อง สามารถช่วยเผยแพร่ความรู้ที่ได้รับเหล่านี้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจท่านอื่น ๆ ได้

2. ควรส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมเพื่อเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องและทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทุกคนตระหนักถึงการดูแลตนเองที่ดีและถูกต้อง

3. จัดให้มีการให้สุขศึกษาเป็นกลุ่มย่อยสำหรับญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากญาติหรือบุคคลใกล้ชิด ซึ่งจะถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจหลักการปฏิบัติอย่างถูกวิธีเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงสูง เช่นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนหรือ ในกลุ่มใส่ขดลวดกั้นขยายเส้นเลือดหัวใจ เป็นต้น
2. ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียด อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ ระยะเวลาการเจ็บป่วย เพื่อศึกษาว่ามีปัจจัยใดมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
8. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกพร วิสุทธีกุล. พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- กมล สีนธวานนท์ และคนอื่น ๆ. หัวใจของเรา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2534.
- กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์. จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดศรีเดชา. 2528.
- กอบแก้ว คุณตวัศ. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- กาญจนา บุญทับ. ปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้หญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- กาญจนา ประสานปราณ. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- เกษม วัฒนชัย และคนอื่น ๆ. ตำราโรคหัวใจทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วัฒนชัย.
- กุลธิดา พานิชกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. สัปดาห์อนุกรมสำหรับปฏิบัติการในระบบสารสนเทศทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : กองสารสนเทศฯ. 2529.
- คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยอนุมติคณะรัฐมนตรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2538 และแนวโน้มมาตรการแก้ไข. ม.ป.ท., ม.ป.ป.
- คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. รายงานการดำเนินโครงการการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
- คณาจารย์ภาควิชาสรีรวิทยา, คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. สรีรวิทยา. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดฤทธิ์ศิริการพิมพ์, 2531.

จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการแรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

จินตนา รอดนำพา. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535. อัดสำเนา.

เจตน์ เจริญโท (นามแฝง). วิธีป้องกันและรักษาโรคหัวใจด้วยวิธีธรรมชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เกล็ดไทย, 2533.

✓ จัตรวลัย ใจอารีย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

✓ ขวณพิศ ทำนอง. ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.

ถาวร สุทธิไชยกุล. Congestive heart failure and Cardiogenic shock. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภะ การพิมพ์, 2535.

ทวีสิทธิ์ สัทธกร. การนิเทศและแนะแนวสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537.

ธวัชชัย ฤกษ์ประกิจ และ พันธศักดิ์ วราอัสวปติ. คู่มือจิตเวชศาสตร์ สำหรับแพทย์ทั่วไป. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริกัญท์ออฟเซต, 2536

ธวัชชัย ชัยจิรฉายกุล. จุดมุ่งหมายสำหรับการสอนและพัฒนาหลักสูตร : แนวคิดและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : O.S. Printing House. Co., Ltd. 2527.

ธนวรรณ อัมสมบุญ. "การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ." สุขศึกษา พลศึกษา สันทนาการ. 15(4) : 11-15; ตุลาคม-ธันวาคม 2532.

ดวงเดือน พันธุพานิช. เอกสารประกอบการสอนเรื่อง การวัดทัศนคติเพื่อทำนายพฤติกรรม.

กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,ม.ป.ป.

นิภา มนูญปัจจุ. การวิจัยทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2528.

นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.

นรินาท วิทย์โชติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเองและสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

นวลจันทร์ เกรือวานิชกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.

บุญยงค์ เกี่ยวการค้า. ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ความหมายกับเทคโนโลยีและนวัตกรรมการศึกษา. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2526.

ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2525.

ประจวบ สมพงษ์. "การให้การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข," การสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน, 2526.

ประดิษฐ์ ต้นสุรัตน์. โรคหัวใจวาย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มัลลย์, 2535.

ประภา รัตนเมธา. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทศนคติ : การจัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2526.

_____ การสอนสุขภาพทฤษฎีและการประยุกต์. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2533.

_____ . "พฤติกรรมสุขภาพ," เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษาหน่วย 1-7 หน้า 151-172 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2536.

ประเมิน นวลเทศ. ผลการสอนต่อความรู้และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคคอพอกประจำถิ่น. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อัดสำเนา.

ปรีศนา วรนนท์. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541. อัดสำเนา.

ปรีดา ปูนพันธ์ฉาย. ผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.

พนมพร เลขะเจริญ. ประสิทธิผลของโปรแกรมงดสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

พยงค์ จูฑา. Topics in Cardiology. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โครงการตำราศิริราช, 2535.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:ฟิวส์เจอร์ปริ้นแอนคัมมิดี, 2535.

พัฒน์ สุจำนงค์. สุขภาพ. กรุงเทพฯ : พรพัฒนา, 2522.

พรมย์พระ สุวรรณกุล. พยาธิวิทยาหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.

พรสุข หุ่นนิรันดร์. การพัฒนาหลักสูตรสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดเอ็กซ์เพรสมีเดีย, 2534.

พรณี ชูชัย. จิตวิทยาการเรียนการสอน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วรวิการพิมพ์, 2520.

พรณี เสถียรโชคและประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. “โรคหัวใจขาดเลือด.” ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2536.

พรณี ไสภานนท์. การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและกรณีศึกษา. น.ป.ท., 2537. อัดสำเนา.

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. พฤติกรรมและการดูแลตนเองของชาวชนบท. กรณีศึกษานมู่บ้าน 2 แห่งในภาคอีสาน. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2526.

มณฑิชา อนุกุลวิฑิตพงศ์. พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.

มานพ ประภาชนนท์. ถ่ายภาพนำมัลเพื่อสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แสงแดง, 2538.

มานี ชูไทย. วิธีการสุขภาพศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2522.

ยมสิริ นาวานุรักษ์. ประสิทธิผลของโครงการสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันทารกกลับซ้ำของโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก กองตรวจรักษาผู้

- ป่วยนอกโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ :มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- ชูวดี รอดจากภัย. ผลการจัดโปรแกรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์. วท.ม.กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- เขวาลักษณ์ เลาหจินดา. “สหสัมพันธ์,” วิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพฯ : วิกดอรี่เพาเวอร์พอยท์, 2532.
- รุ่งอรุณ เขียวพุ่มพวง. พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา. ปริญญาโท. กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.
- วราภรณ์ นาครัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- วัฒนา ผลากรกุล. จลนศาสตร์ของการไหลเวียนเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โครงการเล่าเรสิริราช, 2524.
- วันเพ็ญ ทาราศรี. ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษารายกลุ่มต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายมัธยมปลาย จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- วาสนา เกื้อนวนงษ์. พฤติกรรมและการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.
- วิชัย ดันไพจิตร. “อาหารกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง,” เอกสารการสอนชุดวิชาอาหารบำบัดโรค หน่วยที่ 9-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : กิ่งจันทร์การพิมพ์. 2535.
- วิชัย ดันไพจิตร และชาลี พรพัฒน์กุล. “โรคหัวใจและภาวะโภชนาการ.” ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. 2536.
- วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.
- ✓ วิชา เอี่ยมสำอางค์. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

วิไลลักษณ์ วรรณะ.การศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของ
ประชาชนในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดสุราษฎร์ธานี.วิทยานิพนธ์ วท.ม
กรุงเทพฯ :มหาวิทยาลัย มหิดล,2535. อัดสำเนา.

วินัส ตันติบูล “โรคหัวใจหลอดเลือด โภชนาการ และการป้องกัน,” วารสารพยาบาลโรคหัวใจ
และทรวงอก. 2 (1): 41-42 ; 2532.

ศักดิ์ สุนทรเสณี. เจตคติ. กรุงเทพฯ : คีตัญญูสโตร์, 2531.

ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. “โรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย.” คลินิก . 3 (35): 786-788 ; 2535.

_____. “โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย,” จ.พ.ส.ท. 4 (67): 384-391 ; 2527.

_____. ผลกระทบของโรคหัวใจต่อสุขภาพของประชาชนไทยและความมั่นคงของ
ชาติ. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2534. อัดสำเนา.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. การจำแนกประเภทอาชีพ. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2534.

_____. รายงานการสำรวจแรงงาน พ.ศ. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2536.

สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2 . พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ : ห้างหุ้น
ส่วนจำกัดวีเพร็นติ้ง, 2536.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. “การวิจัยทางสุขศึกษา และพฤติกรรมสุขศึกษา.” วารสารสุขศึกษา. 14
(55) : 2; กรกฎาคม – กันยายน 2534.

สมชาติ โลจายะ. ตำราโรคหัวใจ และหลอดเลือด.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :สมาคมแพทย์โรค
หัวใจแห่งประเทศไทย, 2536.

สมทรง สวัสดิ์จั่นและจूरพร จิตจำรูญโชคไชย. “ฟาสต์ฟู้ดค่านิยมใหม่ในยุคนิคส์.”หมอชาวบ้าน. 13(9): 34-35; 2534.

สมปอง ธนไพศาลกิจ. “อิทธิพลของการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การดื่มกาแฟและความ
อ่อนต้อระดับไขมันในเลือดของคนปกติ,”วารสารโรงพยาบาลราชวิถี.5 (3):39-48;
2537.

สัญลักษณ์ ประยูรศรี. คู่มือดูแลรักษาสุขภาพหัวใจด้วยตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :
บริษัทแปลนพับลิชชิง จำกัด, 2533.

สันต์ หัตถิรัตน์. โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานครพิมพ์. 2519.

สาธารณสุข กระทรวง. สถิติสาธารณสุข 2536. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหาร
ผ่านศึก, 2538.

สาธารณสุข กระทรวง. หนังสือประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :
เรือนแก้วการพิมพ์, 2532.

- สิรินทร์ ศาสตราภรณ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาล
 ราชวิถี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
 อัดสำเนา.
- สุคนธ์ คอนดี และเกศินี เห็นพิทักษ์. กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วน
 จำกัดภาพพิมพ์, 2531.
- สุคนธ์ วิสุทธิพันธ์ และพรศรี ตันตินิติ. การแข็งตัวของเลือดและการละลายลิ่มเลือด. พิมพ์ครั้งที่
 1. กรุงเทพฯ : โครงการตำราศิริราช, 2525.
- สุชาติ โสมประยูร. การสอนสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และดัดดาวัลย์ รอดมณี. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับ
การวิจัย ทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์, 2528.
- สุชาดา เรืองรัตนอมพร และคณะ. “อุบัติการณ์โรคหัวใจผู้ใหญ่ ตรวจวินิจฉัยโดยใช้คลื่น
 เสียงสะท้อนจากหัวใจ,” วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 8 (1): 23-29 :
 2538.
- สุพร พริ้งเพริศ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติ
กรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี. วิทยา
 นิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- สุพัตร ภูมิแดนดิน. ประสิทธิผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค
เบาหวาน โรงพยาบาล กมลไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ :
 มหาวิทยาลัย มหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- สุพรรณิ เลิศผดุงคุณชัย. ผลการสอนอย่างมีระบบแบบแผนต่อความรู้เรื่อง โรคและพฤติ
กรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ
 : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- สุนน สุเดชะ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์
ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ :
 มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.
- สุมิตร วัฒนวิจารณ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และความหนืดของเลือด. ม.ป.ท., 2534.
- สุรียา สุนทราศรี. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมวัณโรคปอดของผู้ป่วยที่
รักษาด้วยระบบยาระยะสั้น ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์.
 วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

- สุวิทย์ พัฒน์มะณี. การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทางมารดา ที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมสุขภาพในเขตอำเภอกระพวนจังหวัดขอนแก่น. ปรินต์ฉบับพิมพ์. กศ.ม.กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์คอมพิวเตอร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. 2539.
- สุริ โอภาสศิริวิทย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- สุรีย์ จันทน์ โมลี. วิธีการทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจริญวิทยการพิมพ์, 2527.
- สุเอ็ด คชเสนี. “กรณีศึกษาโรคเรื้อรัง : โรคหัวใจขาดเลือด.” คลินิก. 4 (5): 337-340 : 2531.
- สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2536. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2538.
- สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2539. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2540.
- เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย. การพยาบาลผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือด. ม.ป.ท. ม.ป.ป.
- อรนนท์ หาญยุทธ. “จิตวิทยาการเรียนรู้เพื่อการสอนสุขภาพอนามัย.” เอกสารการสอนชุดวิชา การเรียนการสอนสุขภาพอนามัย หน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2532.
- อรนนท์ หาญยุทธ. “จิตวิทยาการเรียนรู้เพื่อการสอนสุขภาพอนามัย.” การเรียนการสอนผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิ : สำนักสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ. 2540.
- อรรณพ ประสาทสุวรรณ. ประสิทธิภาพของการให้คำแนะนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของมารดาผู้ป่วยโรคอ้วน. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- อริศรา สุชีวันพันธ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพในพฤติกรรมกรับการรักษของผู้ป่วยโรคปอด ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- อัมรดา เตชฤทธิพิทักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติในระบบหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ลิฟวิ่ง ทรานส์มีเดีย, 2540.

- อังฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์. “การประเมินสภาพผู้ป่วยวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดเลือด.” วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 3(2): 1-10; 2533.
- อังฉริยา พวงแก้ว. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.
- อังฉนา เชาว์ประยูร. ประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมงดสูบบุหรี่และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตำรวจตระเวนชายแดนค่ายดารารัศมี จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.
- อังคณา นวลดง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเบื้องต้นจากเรรัง. วิทยานิพนธ์. วท. ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- อาภารัฐ เรียนเลิศศิริ. ประสิทธิผลของการให้สุขศึกษามอบพิเศษที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์. กส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.
- อารมณ วุฒิพุกษ์ และคณะ. รายการวิจัยเรื่องการศึกษา สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529 – 2530.
- อิสรา สุขุมลจันทร. “โรคหัวใจขาดเลือด.” ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2536.
- อุไรวัฒน์ คหาชีวะและกมล สันธวานนท์. “ระบาดวิทยาของการเกิดโรคหัวใจในประเทศไทย.” ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2536.
- เอนก กริแสง. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พระพิมลเศ. 2536.

Allport, W. Gordon. “Attitude,” in C. Murchesson, Hand Book of Social Psychology.

Worcester,

Mass : Clark University Press, 1935.

Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci EL, Spiegelman D, Stampfer M, Willett WC. “Dietary fat and risk of Coronary heart disease in men,” Cohort up studying in the United States. BMJ 313 : 84-90; 1996.

- Becker, MH and Maiman, LA. "Social Behavioral Determinations of Complicant with Health and Medical Care Recommendation." Medical Care. 13 : 10 - 20 ; January, 1975.
- Buttriss JL. "Food and nutrition," American Journal of Clinical Nutrition. 65(6): 1985-1995; 1997.
- Channit S, Porapakham Y, Viseghakul D. "Risk factor related to coronary heart disease." A case study in Thailand part I-II . J Med ASS Thai 68 : 457-516 ; 1985.
- Cook T. "Lipoprotine in restenosis after perentaneous transluninal coronary angioplasty and coronary artery disease." Circulation. 89 (4): 1593-1598 : April 1994.
- Cronbach.LJ. Essentials of Psychology Testing. 3rd ed. New York : Herper and Row, 1970.
- Davis KB. "Comparison of 15-year survival for men and women after initial medical or surgical treatment for coronary artery disease." Journal of the American Colledge of Cardiology. 25(5): 1000-1009 ; April, 1995.
- Fisher, Kevin Fand others. "Health Education and Health Promotion : An australian Perspective," Health Education Journal. 45(2) : 95-97 ; 1986.
- Fry,J. Self-Care:It is Place in the Total Health Care .System. London:Panel on Self-Care,1973.
- Gariballa SE, et al. "The Knowledge of hospital patients about vascular disease and their risk Factor." Postgraduate Medical Journal. 72(852):605-608; 1996
- Gerard J. Tortora and Sandra Reynolds Grabowski. Princeples of Anatomy and Physiology. 7th NewYork .Biological Sciences Textbooks. Inc.1993.
- Green LW. "Health Promotion Policy and the Placement of Responsibility for Personal Health Care," Family and Community Health. 2(3) : 51-63 ; 1979.
- Good Cautu V. Dictionary of Education. New York : Mc. Graw Hill Book Company. 1973.
- Golto AM Jr and others. "Recommendation for treatment of hyperlipidemia in adult." Circulation. 69 : 1067A-1090A ; 1984.
- Guyton AC. Textbook of Medical Physiology. 1996.
- Haynes SG, Feinleib M, Kannel WB. The relationship of phychosociological factors to

- coronary heart disease in the Framingham study : **III** 8-year incidence of coronary heart disease. *An J Epidemiol.* 111 : 37-58; 1980.
- Hein HO, Suadacani P, Gyntelberg F. Physical fitness or physical activity as a predictor of Ischemic Heart Disease? A-17-year follow-up in the Copenhagen Male study. *J Int Med* 232 : 471-479 ; 1992.
- Hildingh C., et al. "Cardiac nurse preparedness to use self-help groups as a support strategy," *Journal of Advanced Nursing.* 22(5): 921-928; 1995.
- Houston, J.P. *Fundamental of Learning.* New York : Academic Press, 1974.
- Isevat J., Weistein MC, Wilaliams LW. "Epected gains in life expectancy from various coronary heart disease rish factors modification," *Circulation.* 83(4) : 1194-1201; 1991.
- J. Willis Hurst and Joseph S. Alpert. *Diagnostic Atlas of The Heart.* 1992.
- Jacobson, Margaret D. "Effective and Ineffective Behavior oof Teacher of Nursing as Determined by Thai Students," *Nursing Rosearch.* 1966.
- Jarvis, Linda L. "Health Education in Community Health Nursing," 3rd ed. Philadelphia : F.A. Davis Company, 1983.
- James T. Willerson. *Treatment of Heart Disease.* 1991.
- Job FB, "Hyperinsulinism in patients with Coronary artery disease," *Coronary Artery Disease.* 5 (6): 487-497 ; January, 1994.
- Kaplan, R.M. Sallis, J.F. and Patterson, T.L. *Health and Human Behavior.* New York : McGraw Hill Cò., 1993.
- Kasl, S.V. and Cobb, S. "Health Behavior, Illness behavior," *Archive Environmental Health.* 12 : 246 – 261 ; 1966.
- Kender, Howard H. *Basic Psychology.* California : W.A. Benjamin Inc. 1974.
- Kretech, D. and R.S. Crutchfield *Theory and Problem in xocial Psychology.* New York. MC. Graw Hill, 1948.
- Levin, L.S. "Patient Education and Self – Care : How do They Differ," *Nursing Outlook.* 26 : 170 ; 1976.
- Langlie, J.K. "Social Net Work, Health Belief and Prevention Health Behavior," *Journal of*

Health

and Social Behavior. 18 : 244 – 260 : September, 1977.

Leventhal.E.A. and others. Age Related Changes in Preventive Health Behavior.

Paperpresented At the Annual Scientific Meeting of theGerontological Society.

San Francisco:Alexan ria,VA. EDRS. ED 244198: 1983.

Linde, B.J. and Tang, N.M. "Effect of A Teaching Program on Knowledge and Compliance of Cardiac Patients." Nursing Research. 28 : 282-286; September-October. 1979.

Lukkarinen H., et al. "Self-care agency and factors related to this agency among patients with Coronary heart disease," International Journal of Nursing Studies. 34(4): 295-304; 1997.

Maiman, L.A.and Becker M.H. " The Health Belief Model :Origin and Corelated in Psychological Theory," In the Health Slack Inc . Belief Model and Person Health behavior. New Jersey:Charles B.

Mark DB. "Effects of coronary angioplasty, coronary bypass surgery, and medical therapy on employment in patients with Coronary artery disease." Annals of Internal Meedicine. 120(2): 111-117 : January, 1994.

Marmot M and Elliott P. Coronary heart disease epidemiology from actiology to public health. Great Britain : Bookcraft, 1992.

Massie W and Walsh TJ. Clinical Vectorcardiography and Electrocardiography. 1980.

Mattarraso, J.D. "Behavior Health," A hand book of health enhancement and disease prevention. New York : Wiley, 1984.

Maurice Sokolow and others. "Coronary Heart Disease," Clinical Cardiology. 1990.

Menotti A. "Knowledge attitude and practice regarding," Giornale Italiano di Cardiologia. 27(11): 1125-1132: 1997.

Moreno C., et al. "Heart disease education and prevention program." Journal of Community Health. 22(6): 435-450: 1997.

Norris, C.M. "Self – Care." American Journal of Nursing. 79 : 486 -- 489 : 1979.

O'Keefe JH Jr. "Insight into the pathogenesis and prevention of coronary artery disease."

Orem D.E. Nursing : concept of Practice 2nd New York: Mc Graw Hill Co., 1980.

———. Nursing : Concept of Practice 3rd ed New York : McGraw Hill Co.. 1985.

- _____. Nursing : Concept of Practice 4th ed New York : McGraw Hill Co., 1991.
- Owens, J.F. "Cardiac Rehabilitation : A Patient Education Program." Nursing Research. 27: 1148-1150; May-June ,1978.
- Pepine CJ. "Angiotension Converting enzyme inhibition and Coronary artery disease." Journal of Hypertension Supplement. 12(4): S65-S71 ; July 1994.
- Pender, N.J. Health Promotion in nursing practice. East Norwalk : Appleton Century Crofts, 1987.
- Pender, N.J. Health Promotion in nursing practice. Stamford, C.T. : Appeton and Lange. 1996.
- Pinneo R. "Living with coronary artery disease," The nurse's role. Nurse Clin North Am 19 : 459 – 467; 1984.
- Please, J. Walking. New York : W.W. Norton & Company, 1993.
- Plous S., et al. "Nutrition knowledge and attitudes of cardiac patients," Journal of the American Dietetic Association. 95(4) : 442-446; 1995.
- Powell KE, et al. Physical activity and the incidence of coronary heart disease Annual Review of Public Health, 1987.
- Pranulis M.F. Loss : A factor affecting the welfare of the coronary patient. Nurse Clinical North Am. 7 : 445 – 455 ; 1972.
- Rice DP. The Economic cost of illness. 1985.
- Rokeach, M. Beliefs Attitudes and Values. Sanfrancisco : Jossey Bass Inc., Publishers. 1970.
- Rose G. "Strategy of Prevention." Cardiovascular disease. BMJ, 1981.
- Rosenman RH, Brand RJ, Sholtz RI Friedman M. "Multivariate rediction of coronary heart disease during 8.5 year follow up in the Western Colloborative Group Study. Am J Cardiol : 1976.
- Shanfield SB. Return to work after Acute Myscardial : A Review Heart Lung. 1990.
- Speak, D.L. " Health Promotion Activity in theWell Elderly," Health Values. 11:25-30; November-December . 1987.
- Thelle, et al. (1985). "Coffee and cholesterol." Lancet . 2(2): 1283-1284 ; 1985.
- The National Epidemiology Board of Thailand. The Fact finding Commission National Epidemiology of Thailand. 1987.

Zimbardo, P., Ebbesen, E.B. and Maslach, C. Influencing Attitude and Changing Behavior.

London : Addison Western Publishing Company, 1977.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แบบสอบถาม

คำชี้แจง

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามที่ท่านกำลังอ่านต่อไปนี้ เป็นแบบสอบถามเรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นกรณีศึกษาวิจัยของนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร การศึกษาครั้งนี้เพื่อจะได้นำผลที่ได้มาใช้ประโยชน์ด้านการศึกษา การช่วยให้ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ที่กำหนดไว้ในงานวิจัย

สำหรับคำตอบของท่าน ถือเป็นความลับ ไม่มีผลเสียหายต่อตัวท่าน ขอได้ตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง ความร่วมมือของท่านจะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้มากที่สุด ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามไว้ ณ โอกาสนี้

นางศิรนาท โกวิทเจริญตระกูล

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

แบบสำรวจการวิจัยเรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน []

หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน หรือเติมข้อความใน.....

1. เพศ
 - [] ชาย
 - [] หญิง
2. อายุ
 - [] 21-30 ปี
 - [] 31-40 ปี
 - [] 41-50 ปี
 - [] 51-60 ปี
 - [] 61-70 ปี
 - [] 71 ปีขึ้นไป
3. วุฒิการศึกษา
 - [] ต่ำกว่าประถมศึกษา
 - [] ประถมศึกษา
 - [] มัธยมศึกษา
 - [] อนุปริญญา หรือเทียบเท่า
 - [] ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
4. อาชีพ
 - [] รับจ้าง
 - [] ค้าขาย
 - [] เกษตรกร
 - [] ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
 - [] ไม่ประกอบอาชีพ

5. รายได้ของครอบครัว
- [] ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน
- [] 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน
- [] 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน
- [] 13,001 - 18,000 บาทต่อเดือน
- [] สูงกว่า 18,000 บาทต่อเดือน
6. สถานภาพสมรส
- [] โสด [] คู่ [] หม้าย [] หย่า [] แยก
7. สมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกันท่าน
- [] ท่าน และภรรยา/สามีของท่าน
- [] ท่าน ภรรยา/สามีของท่าน และบุตร
- [] ท่าน ภรรยา/สามีของท่าน บุตร และญาติฝ่ายสามี/ภรรยา หรือญาติฝ่ายท่าน
8. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมาแล้วเป็นเวลา.....ปี
- จากโรงพยาบาล.....รักษาโรคหลอดเลือดหัวใจครั้งแรกที่
- โรงพยาบาล.....มารับการรักษาที่สำนักศูนย์
- โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ..... ทุก
- เดือน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงการดูแลตนเองเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามภาวะเสี่ยงบนทางสุขภาพ แบบสอบถามนี้จะมีข้อความให้ท่านอ่านเพื่อพิจารณาว่าท่านปฏิบัติตนที่เป็นจริง ตรงกับข้อความนั้นมากน้อยเพียงใด ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับ การปฏิบัติที่เป็นจริงของท่านให้มากที่สุด

โปรดอ่านข้อความแต่ละ ข้ออย่างระมัดระวัง แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวาของ ข้อความซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับ การปฏิบัติของท่านมากที่สุด ขอให้ท่านเลือกพิจารณาเพียงคำตอบเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ

เนื้อหา	ปฏิบัติ เป็นประจำ (สม่ำเสมอ)	ปฏิบัติ เป็นครั้ง คราว	ไม่ปฏิบัติ
1. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารครบ 5 หมู่			
2. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย			
3. ข้าพเจ้าซื้ออาหารสำเร็จรูปรับประทาน			
4. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารจานด่วน เช่น ไก่ทอด แฮมเบอร์เกอร์ เป็นอาหารหลัก			
5. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารประเภทกะหล่ำปลี ผัก ผล			
6. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้			
7. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารไขมันสูง กุ้ง ไข่ ในมื้ออาหาร			
8. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันพืช ยกเว้น น้ำมัน มะพร้าว			
9. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันหมู			
10. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารตามเวลาจัดหลังอาหาร			
11. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารรสเค็มจัด			

เนื้อหา	ปฏิบัติ เป็นประจำ (สม่ำเสมอ)	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
12. ข้าพเจ้ารับประทานไข่			
13. ข้าพเจ้าสูบบุหรี่วันละ 1 ซอง			
14. ข้าพเจ้าสูบบุหรี่เพื่อลดความกดดันและปัญหาของชีวิต			
15. ข้าพเจ้าสูบบุหรี่เพื่อคลายเครียด			
16. เมื่อเพื่อนให้บุหรี่แก่ข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะปฏิเสธ			
17. เมื่อเพื่อนให้บุหรี่แก่ข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะดักเตือน			
18. ข้าพเจ้าสูบบุหรี่ทุกชนิด			
19. ข้าพเจ้าทดลองสูบบุหรี่ชนิดใหม่			
20. ข้าพเจ้าสูบบุหรี่เมื่อมีอาการต่างๆ เช่น เครียด เสียใจ โกรธ			
21. ข้าพเจ้าสูบบุหรี่มีปริมาณเพิ่มขึ้นในแต่ละเดือน			
22. ข้าพเจ้าสูบบุหรี่อย่างรีบร้อน			
23. ข้าพเจ้าดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เมื่อออกงานสังสรรค์			
24. ข้าพเจ้าดื่มสุราแทนน้ำ			
25. ข้าพเจ้าดื่มสุราเพื่อเป็นยาแก้ปวดกำลัง			
26. ข้าพเจ้าดื่มสุราในตอนเช้าเพื่อบรรเทาอาการเมาค้าง			
27. ข้าพเจ้าดื่มสุราเพื่อความสนุกสนานทุกเย็น			
28. ข้าพเจ้าดื่มสุราครั้งละมากๆ			
29. ข้าพเจ้าดื่มสุราเมื่ออยู่ตามลำพัง			
30. ข้าพเจ้าดื่มสุราเมื่อมีอาการต่างๆ เช่น โกรธ เสียใจ			
31. ข้าพเจ้าดื่มสุราที่มีปริมาณเพิ่มขึ้นกว่าเดิมในแต่ละเดือน			
32. ข้าพเจ้าดื่มสุราเพื่อจะพยายามลืมเหตุการณ์เลวร้ายในชีวิต			
33. ข้าพเจ้านอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง			
34. ข้าพเจ้าดูแลสุขภาพปากฟันหลังอาหาร			

เนื้อหา	ปฏิบัติ เป็นประจำ (สม่ำเสมอ)	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
35. ข้าพเจ้าอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง			
36. ข้าพเจ้าสระผมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง			
37. ข้าพเจ้าถ่ายอุจจาระทุกเช้า			
38. ข้าพเจ้าออกกำลังกาย เช่น เดิน ภายหลังการ เล่นกีฬา			
39. ข้าพเจ้าดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว			
40. ข้าพเจ้าชื่อยามารับประทานเองเมื่อเวลาไม่สบาย			
41. เมื่อข้าพเจ้าไม่สบายจะบอกให้ผู้อื่นทราบ			
42. เมื่อข้าพเจ้าไม่สบาย ข้าพเจ้าไปบอกให้ตนเอง			
43. ข้าพเจ้าไปพบแพทย์เมื่อเกิดอาการป่วย			
44. ข้าพเจ้าไปพบแพทย์ตามนัด			
45. ก่อนข้าพเจ้าจะไปโรงพยาบาลจะปรึกษาเพื่อนบ้าน			
46. ข้าพเจ้าให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ แก่คนใกล้ชิดของ ข้าพเจ้าเสมอ			
47. ถ้าข้าพเจ้าขาดแคลนของใช้ เช่น เสื้อผ้า อาหารและสิ่ง อื่นๆจะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น			
48. ข้าพเจ้าจะปรึกษาและพูดคุยกับผู้ที่ข้าพเจ้าไว้วางใจ			
49. ข้าพเจ้ายังคงไปมาหาสู่กับคนอื่น ๆ ถึงแม้ข้าพเจ้าจะเจ็บ ป่วย			
50. ข้าพเจ้าพูดคุยกับบุคคลในครอบครัวหรือนุคคลรอบข้าง น้อยลง เมื่อข้าพเจ้าไม่สบายใจ			
51. ข้าพเจ้าพบปะบุคคลอื่นในสถานที่ต่าง ๆ หรือเข้าร่วมกิจ กรรมในสังคมน้อยลงเมื่อข้าพเจ้าไม่สบายใจ			
52. ข้าพเจ้าค่อย ๆ คิด และ ไม่วิตกกังวลมากนัก เมื่อข้าพเจ้า เผชิญกับปัญหาต่าง ๆ			

เนื้อหา	ปฏิบัติ เป็นประจำ (สม่ำเสมอ)	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
53. ข้าพเจ้าวางแผนการใช้เงิน รวมทั้งเก็บเงินสะสมไว้ใช้ใน อนาคต			
54. ข้าพเจ้าปรึกษาหรือซักถามข้อสงสัยของตนเองกับบุคลากร ทางสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ			
55. ข้าพเจ้าศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะเจ็บ ป่วย			
56. ข้าพเจ้าอ่านหนังสือเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ			
57. ข้าพเจ้าเข้าฟังการสอบนานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ			
58. ข้าพเจ้าฟังวิทยุเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ			
59. ข้าพเจ้าดูรายการโทรทัศน์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ			
60. ข้าพเจ้าหาโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือผู้ที่มีประสบการณ์			

ภาคผนวก ข
การหาคุณภาพเครื่องมือ
และรายการผู้เชี่ยวชาญ

ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบวัดการดูแลตนเอง

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	.717	31	.400
2	.210	32	.315
3	.275	33	.200
4	.493	34	.657
5	.228	35	.253
6	.223	36	.281
7	.478	37	.347
8	.375	38	.634
9	.366	39	.293
10	.288	40	.667
11	.648	41	.472
12	.338	42	.413
13	.524	43	.455
14	.381	44	.290
15	.612	45	.407
16	.276	46	.674
17	.320	47	.500
18	.260	48	.522
19	.260	49	.654
20	.292	50	.256
21	.319	51	.471
22	.439	52	.583
23	.263	53	.599
24	.439	54	.694
25	.218	55	.812
26	.461	56	.723
27	.508	57	.469
28	.536	58	.585
29	.518	59	.716
30	.333	60	.589

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี
อาจารย์คณะพลศึกษา ประจำภาควิชาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์องค์การ เรืองรัตนอัมพร ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมหัวใจ
โรงพยาบาลศิริราช
3. รองศาสตราจารย์เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย
อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา
อาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. คุณจารุวรรณ ดังกะเกศ
นักสถิติ 8
สำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรม-
ราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช



ที่ ทม 1007/ ๒๕๕1

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

4 กุมภาพันธ์ 2542

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะคณบดีพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางตึรนาช ภิวิทเจริญตระกูล นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมางกูร และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนานนท์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัด เป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางตึรนาช ภิวิทเจริญตระกูล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร./โทรสาร. 258-4119



ที่ ทม 1007/ ๒๕๕๑

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

ณ กุมภาพันธ์ 2542

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางติรนาช ภิวิทเจริญตระกูล นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มีชัยมางกูร และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์องค์การ เรืองรัตนอัมพร และ อาจารย์จารุวรรณ ตั้งกะเกศ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัด เป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางติรนาช ภิวิทเจริญตระกูล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร./โทรสาร. 258-4119



บันทึกข้อความ

110

ส่วนราชการ.....บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5644
ที่.....มว 1007/ 1153 วันที่..... 6 กุมภาพันธ์ 2542
เรื่อง.....ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ.....

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางศิรินาช ฤกวิทเจริญตระกูล นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช" โดยมี รองศาสตราจารย์นายพร มัชฌมางกูร และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัด เป็นผู้เชิญชวนให้ นางศิรินาช ฤกวิทเจริญตระกูล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม100720847

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

15 กุมภาพันธ์ 2542

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องจาก นางตีรนาถ โกวิทเจริญตระกูล นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช” ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุ ประธาน

อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ กรรมการ

มีความประสงค์จะขอให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ตอบแบบสอบถามในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2542 – 28 กุมภาพันธ์ 2542 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยจึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในเรื่องนี้ด้วยและขอขอบคุณในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ที่ท่านจะให้แก่นิสิตผู้นี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร/โทรสาร.258-4119

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นางศิรนาช โกวิทเจริญตระกูล
เกิด	18 มิถุนายน 2507
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	849/53 ซ.ปทุมวัน 45 สุขุมวิท 101 บางจาก พระโขนง กทม.10260
สถานที่ทำงาน	สำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช กทม. 10700
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 6

ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2530	วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2542	การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ
สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช

บทคัดย่อ
ของ
ศึรนาซ โกวิทเจริญตระกูล

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
พฤษภาคม 2542

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และ สถานภาพสมรส รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสามารถในการทำการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ทุกคนที่มารับการรักษาตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2542 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2542 ได้ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 330 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way Analysis of Variance) และหาตัวทำนายการดูแลตนเองโดยวิธีการถดถอยพหุคูณแบบขั้นบันได (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว มีความสามารถในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ .01

SELF – CARE OF CORONARY ARTERY PATIENTS IN HER MAJESTY 'S
CARDIAC CENTER AT SIRIRAJ HOSPITAL

AN ABSTRACT

BY

TIRANACH KOVITCHAROENTRAKUL

Presented in partial fulfillment of the requirements for
the Master of Education degree in Health Education
At Srinakharinwirot University

May 1999

The purpose of this description study was to study and compare the self-care of Coronary Artery patients according to the studied variables namely, sex, age, education, occupation, income level, and marital status.

The sample consisted of all 330 Coronary Artery patients from 1st February 1999 to 28th February 1999 . at Her Majesty's Cardiac Center at Siriraj hospital. The questionnaires were constructed by researcher and the data were analyzed by using the t-test, F-test, and Stepwise Multiple Regression Analysis.

The results of this study were as follows:

Coronary Artery patients 's self care was satisfied and Coronary Artery patients with difference sex, education, occupation and income level showed significant difference in self-care at .01 level of significance. Coronary Artery patients with difference age showed significant difference in self-care at 05 level of significance. For sample size with difference marital status, it was shown that there were no significant difference in self-care. The prediction of Coronary Artery patients' s self-care could be done by using variables, age, education, and income level at .05, .01 level of significance