

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ
ของ
สกุณตลา รอดไม้

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุศึกษา
พฤษภาคม 2548

สกุนดลา รอดไม้. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์พริ้มเพรา ผลเจริญสุข,
อาจารย์พิมพ์พร ดิธธรรมเจริญ.

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ตามตัวแปรปัจจัยชีวสังคมได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 337 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. ความเชื่อด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
6. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

FACTORS INFLUENCING PATIENTS SELF CARE BEHAVIOR AMONG
CORONARY HEART DISEASE AT SAPPASITTHIPRASONG HOSPITAL
CHANGWAT UBONRAJATHANI

AN ABSTRACT
BY
SAKUNTALA RODMAI

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
May 2005

Sakuntala Rodmai. (2005). *Factors Influencing Patients Self Care Behaviors among Coronary Heart Disease Patients at Sappasitthiprasong Hospital Changwat Ubonrajathani*. Master thesis, M.Ed. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof.Primprou Polcharoensook, Pimporn Tirathumroen.

The purpose of this study were to factors influencing self care behavior among coronary heart disease patients at Sappasitthiprasong Hospital Ubonrajathani with the following variable : sex, ages, marital status, education levels,incomes of family and health beliefs. The sample size was 337 patients at heart disease clinic, who were selected by using purposive sampling. All data were collected from the questionnaires construted by the author. Data analysis were percentages, arithmetic means, standard deviations, t-test, f-test and Pearson product moment correlation coefficient.

The results were as follows :

1. The coronary heart disease patients had self care behavior at good level.
2. The coronary heart disease patients in spite of differences in sex had no difference in self care behavior.
3. The coronary heart disease patients in spite of differences in ages, marital status, education levels and incomes of family had difference in self care behavior as the statistically significant at the .05 level.
4. Perceived barrier healiefs of coronary heath disease correlates negative with self care behavior among coronary heart disease patients as the statistically significant at the .05 level.
5. Health motivation of coronary heath disease correlates positive with self care behavior among coronary heart disease patients as the statistically significant at the .05 level.
6. Perceived susceptibility health beliefs, perceived severity health beliefs and perceived benefits health beliefs no correlates with self care behavior among coronary heart disease patients.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ปริญญานิพนธ์
ของ
สกุณฑลา รอดไม้

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
พฤษภาคม 2548
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปริญญานิพนธ์

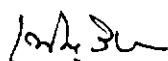
เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ของ

สกุณฑลา รอดไม้

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

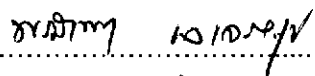


..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)

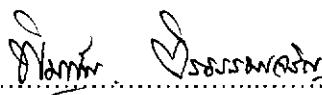
วันที่ 20 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2548

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์



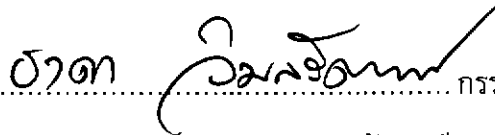
..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ พริ้มเพรา ผลเจริญสุข)



..... กรรมการ

(อาจารย์ พิมพ์พร ดิธธรรมเจริญ)



..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที)



..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(อาจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี่)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความช่วยเหลือและความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์พริ้มเพรา ผลเจริญสุข และอาจารย์พิมพ์พร ศิริธรรมเจริญ ประธาน และ รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้ กรรมการควบคุม ปริญญานิพนธ์ ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และให้กำลังใจสนับสนุน จนผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์นี้ได้สำเร็จ ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ สพ.ญ.นภาพร มัชฌมางกูร อาจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้ นายแพทย์ธีรพล เกาะเทียน นายแพทย์ 7 ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก คุณดุษฎี อารยะวงศ์ชัย พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก และคุณพรทิพย์ ถิรมนตรี พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้างานคลินิกโรคหัวใจ ที่ได้ให้ความกรุณาและอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ซึ่งมีส่วนช่วยให้ แบบสอบถามมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัด อุบลราชธานีทุกท่าน ที่ได้อำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ตลอดจน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ทำให้ การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จในที่สุด

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอเทอดพระคุณ บิดา มารดา ครู อาจารย์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาท วิชาความรู้ อันเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จทั้งในหน้าที่การงานและ การศึกษา ผลแห่งความภาคภูมิใจ และความสำเร็จตลอดจนคุณค่าของปริญญานิพนธ์นี้ ผู้วิจัยขอ มอบให้แก่ บิดา มารดา ญาติพี่น้อง รวมทั้งผู้มีอุปการะคุณทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ ที่ได้ มอบความรัก ความห่วงใย ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลแก่ผู้วิจัยในทุกๆด้านตลอดมา จนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

สกุณดลา รอดไม้

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	3
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	3
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	3
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	3
ตัวแปรที่ศึกษา.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	7
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	10
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	22
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง.....	24
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	26
ปัจจัยด้านชีวสังคม.....	29
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	40
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	40
งานวิจัยในประเทศ.....	44
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	51
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	51
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	52
ลักษณะของเครื่องมือ.....	52
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	53

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ) เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย.....	54
การหาคุณภาพเครื่องมือ	57
การรวบรวมข้อมูล	58
การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	59
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาค้นคว้า.....	65
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
ผลการวิเคราะห์	67
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	83
สังเขป ความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	83
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	86
อภิปรายผล.....	87
ข้อเสนอแนะ.....	98
บรรณานุกรม.....	100
ภาคผนวก.....	108
ประวัติย่อผู้วิจัย	132

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัว.....	67
2 ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี.....	69
3 ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ของโรค หลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี.....	70
4 ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค หลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี.....	70
5 ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของโรค หลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี.....	71
6 ค่าคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค หลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี.....	72
7 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี.....	73
8 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัว.....	74
9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามเพศ.....	76

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
10	ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามเพศ.....	76
11	ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามเพศ.....	77
12	ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	77
13	ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	78
14	ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามระดับการศึกษา.....	78
15	ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามระดับการศึกษา.....	79
16	ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว.....	79
17	ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว.....	80
18	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี.....	81

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
19	แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	126
20	แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	127
21	แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	128
22	แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ..	129
23	แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.	130
24	แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	131

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	8
2 การเกิดการแข็งและหนืดตัวของหลอดเลือดหัวใจ.....	14
3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค.....	33
4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรค	35

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ในปัจจุบันการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทยมีความเจริญก้าวหน้าพัฒนาขึ้นมาก เนื่องจากการนำเอาเทคโนโลยีต่างๆ มาใช้อย่างหลากหลาย ทำให้สามารถกำจัดและควบคุมโรคติดเชื้อให้ลดลงได้ นอกจากนั้นสภาพเศรษฐกิจและสังคมก็เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว และมีการรับเอาวัฒนธรรมของต่างชาติเข้ามาอย่างมากมาย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านการบริโภคอาหาร สิ่งแวดล้อม การดำเนินชีวิตตลอดจนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและเกิดปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ เช่น การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันหรือโคเลสเตอรอลสูง การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม ความตึงเครียดของจิตใจ เป็นต้น ทำให้เกิดโรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ซึ่งโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพนั้นไม่สามารถป้องกันได้ด้วยยาหรือวัคซีนต่างๆ ทำให้โรคที่เกิดจากพฤติกรรมได้เพิ่มความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งนับวันจะมีอัตราการเกิดโรคนี้เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นแนวทางในการแก้ไขปัญหา คือ ต้องสนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และดูแลสุขภาพตนเองให้มากขึ้น

โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ เป็นสาเหตุการตายอย่างกะทันหัน คือการตายที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง โดยมีอาการแสดงดังนี้คือ แน่นหรือเจ็บหน้าอกเหมือนถูกบีบเค้นหรือกดทับพร้อมๆ กับมีอาการเจ็บแปลบไปที่ลำคอ หรือต้นแขน อาการอาจเกิดขึ้นเพียงไม่กี่วินาที และสามารถตายกะทันหันได้ภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการ (วิโรจน์ โดควณิชย์, 2540 : 11-12) เนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจเมื่อเป็นระยะแรกมักไม่มีอาการนำมาก่อน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยรู้ตัวว่าเป็นโรคนี้นักจะมีอาการรุนแรง ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาในการรักษายาวนาน ต้องใช้เทคโนโลยีระดับสูงทางการแพทย์ในการรักษา โรคหัวใจเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้และลดความรุนแรงของโรคลงได้ โดยการตรวจให้พบในระยะเริ่มแรกของโรคและมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2543 : 74-75)

ในปัจจุบัน โรคหลอดเลือดหัวใจกลายเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามชีวิตของคนไทย จากสถิติพบว่าการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกของ

ประเทศไทยและมีประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรคนี้เพิ่มมากขึ้นทุกปีตั้งแต่อัตราการตายต่อ ประชากรแสนคน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2537-2541 คือ 62.5, 69.3, 77.4, 72.1 และ 75.4 ตามลำดับ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2543 : 93)

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรัง มีระยะเวลาการดำเนินโรคที่ยาวนาน และต้องใช้เวลาในการรักษายาวนานและต่อเนื่อง ก่อให้เกิดผลกระทบต่องานของผู้ป่วยหลายด้าน โดยผลของการเจ็บป่วยทำให้ร่างกายของผู้ป่วยมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป อาจต้องเปลี่ยนบทบาทในครอบครัว ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง

ปริศนา วรพันธ์ (2541 : 2) กล่าวว่า ปัจจุบันพบว่า คนส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และเมื่อเป็นโรคหัวใจแล้วการออกกำลังกายที่เพียงพอก็เป็นเรื่องยากมากยิ่งขึ้น แม้จะมีความรู้ว่าการออกกำลังกายที่เพียงพอ จะสามารถส่งเสริมสมรรถภาพหัวใจก็ตาม จึงอาจกล่าวได้ว่า พฤติกรรมหรือแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่ปรากฏในปัจจุบัน กลายเป็นปัจจัยที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และกลายเป็นปัญหาสุขภาพที่เรื้อรัง

โอเรม(Orem.1991:85) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ ทั้งในภาวะปกติและในขณะที่เจ็บป่วย ดังนั้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจึงต้องปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับโรคที่เป็น เพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ก่อนที่เราจะให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เราควรศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนว่ามีปัจจัยอะไรบ้าง เพราะปัจจัยเหล่านี้จะมีผลผลักดันให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง ความเชื่อเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลในการชักนำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามการรับรู้ ความรู้สึก ความนึกคิดของตนที่มีอยู่ ความเชื่อจึงเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล ซึ่งโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้พฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรค และเป็นไปตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันโรคมิให้โรครุนแรงขึ้น อีกทั้งป้องกันมิให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อตนเองได้ ดังนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(Health belief model) จึงมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีหรือถูกต้อง ผู้ป่วยก็สามารถดูแลตนเองได้โดยแสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม

นอกจากความเชื่อด้านสุขภาพแล้ว ปัจจัยชีวสังคมก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน เพราะปัจจัยชีวสังคมสามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งปัจจัยชีวสังคมที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว

จากการสำรวจข้อมูลรายงานทางสถิติของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนใต้ พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจจำนวนมาก ดังนี้ ปีพ.ศ.2544 จำนวน 1,984 ราย (เวชระเบียน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ปี 2545) และปี พ.ศ. 2545 จำนวน 2,220 ราย (เวชระเบียน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ปี 2546)

จากการศึกษาข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์มาเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าและคาดว่าผลการศึกษา จะสามารถนำไปใช้ในการจัดบริการสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ลดความรุนแรง ป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ตามตัวแปร ปัจจัยทางชีวสังคม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
2. ทำให้ทราบปัจจัยทางชีวสังคมและความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและไม่เคยรับการผ่าตัดโรคหัวใจ ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาล

สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ.2546 จำนวน 2,110 คน (เวชระเบียน
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ปี 2547)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับ
บริการที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 337 คน
ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
ตามสูตรของ ยามาเน่ (สุวิมล ติรภานันท์. 2543 : 154 ; อ้างอิงจากYamane.1967 : 886)

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ได้แก่

1. ปัจจัยชีวสังคม
 - 1.1 เพศ
 - 1.2 อายุ
 - 1.3 สถานภาพสมรส
 - 1.4 ระดับการศึกษา
 - 1.5 รายได้ของครอบครัว
2. ความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 2.1 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 2.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 2.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 2.4 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 2.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ

หลอดเลือดหัวใจ

หัวใจ

หัวใจ

ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อ
ดูแลสุขภาพของตนเอง เหมาะสมกับสภาวะของโรคและแผนการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์

แพทย์ โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การพักผ่อนให้เพียงพอ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง และการมาตรวจตามนัด โดยประเมินได้จากแบบสอบถามการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. ปัจจัยทางชีวสังคม จำแนกได้ดังนี้

2.1 เพศ หมายถึง ลักษณะเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1.1 ชาย

2.1.2 หญิง

2.2 อายุ หมายถึง อายุของผู้ป่วยที่ต้องการศึกษา แบ่งได้ดังนี้

2.2.1 น้อยกว่า 40 ปี

2.2.2 41-50 ปี

2.2.3 51-60 ปี

2.2.4 มากกว่า 60 ปี

2.3 สถานภาพสมรส หมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิต ร่วมกันแบบสามีภรรยา แบ่งเป็น (อัสรา อวรรณ. 2540 : 7)

2.3.1 คู่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ยังมีสามีหรือภรรยาอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน

2.3.2 โสด หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยมีสามีหรือภรรยา

2.3.3 หม้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยมีสามีหรือภรรยาอยู่ด้วยกันในอดีต แต่สามีหรือภรรยาเสียชีวิต

2.3.4 หย่า หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยมีสามีหรือภรรยาอยู่ด้วยกันในอดีต แต่สามีหรือภรรยาหย่าร้างกัน

2.3.5 แยก หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยมีสามีหรือภรรยาอยู่ด้วยกันในอดีต แต่ปัจจุบันแยกกันอยู่

2.4 ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยที่ต้องการศึกษา แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 173)

2.4.1 ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา

2.4.2 ระดับประถมศึกษา

2.4.3 ระดับมัธยมศึกษา

2.4.4 ระดับอุดมศึกษา

2.5 รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วยและ / หรือคู่สมรสรวมกัน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 48)

2.5.1 น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

2.5.2 3,001-8,000 บาทต่อเดือน

2.5.3 8,001-13,000 บาทต่อเดือน

2.5.4 สูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือน

3. ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief) หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น การรับรู้ของผู้ป่วย ที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีแนวโน้มจะปฏิบัติตามความเชื่อนั้นๆ สามารถวัดได้โดยใช้แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้

3.1 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น การรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสดังกล่าวจะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ และเป็นโรคเรื้อรัง

3.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Perceived severity) หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น การรับรู้ของผู้ป่วย ถึงอันตรายของโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และฐานะทางสังคมของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน

3.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Perceived Benefits) หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจได้

3.4 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Perceived barriers) หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัย หรือกิจกรรมต่างๆตามสภาพความเป็นจริงที่ขัดขวางพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น การรับรู้ว่าคุณเองไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ต้องอยู่ในสถานที่ที่มีคนบุหรื เป็นต้น

3.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Health motivation) หมายถึง ความสนใจหรือห่วงใยสุขภาพของตนเองของผู้ป่วย รวมถึงความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคและดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

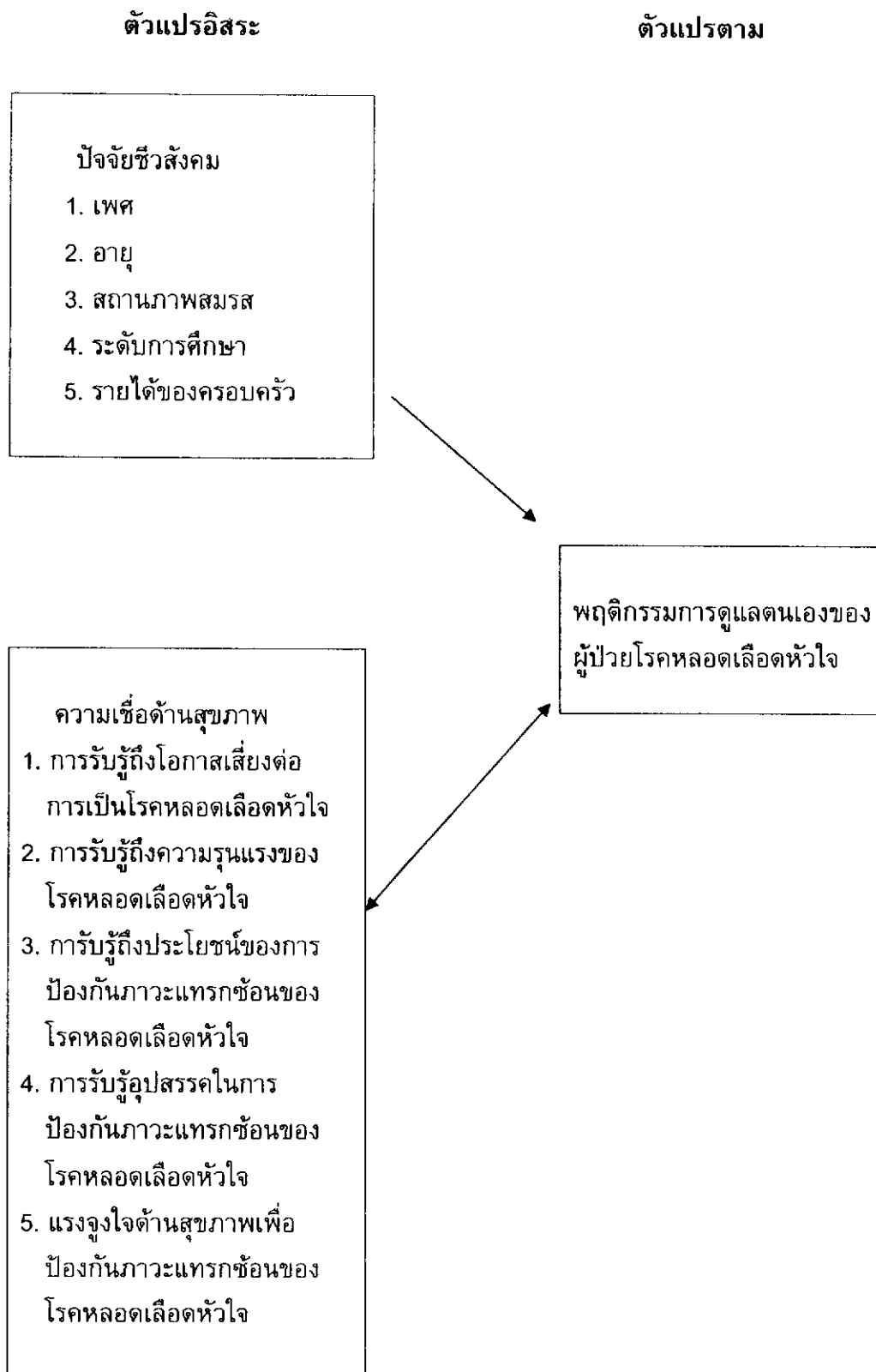
4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เคยรับการผ่าตัดโรคหัวใจ และได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

5. คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ หมายถึง คลินิกพิเศษเฉพาะโรคหัวใจที่ให้บริการตรวจรักษาทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคหัวใจของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเปิดให้บริการในวันศุกร์เวลา 08.00-16.00 น. ของทุกสัปดาห์ ยกเว้นวันหยุดราชการ

6. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ หมายถึง โรงพยาบาลประจำจังหวัดอุบลราชธานี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีขนาด 1,000 เตียง เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนใต้

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

โรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อผู้ป่วยแล้วยังเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศชาติ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ และแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จะทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยจึงสร้างกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
6. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
7. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
8. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
9. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
10. แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 - 1.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.5 ปัจจัยชีวสังคม
 - 1.6 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

ระบบไหลเวียนเลือด ประกอบด้วยหัวใจและหลอดเลือดต่อเนื่องกันเป็นวงจรปิดโดยมีหัวใจทำหน้าที่เป็นตัวสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจห้องล่างซ้าย ผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่เข้าสู่อวัยวะต่างๆของหลอดเลือดฝอย แล้วไหลกลับทางหลอดเลือดดำเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา ลงสู่ห้องล่างขวา แล้วห้องล่างขวาจะบีบตัวส่งเลือดไปฟอกที่ปอด ผ่านทางหลอดเลือดที่นำไปสู่ปอด เมื่อปอดฟอกเลือดแล้ว จึงไหลเข้าสู่ห้องบนซ้าย แล้วลงสู่ห้องล่างซ้าย เพื่อส่งไปสู่ห้องล่างซ้ายเพื่อส่งไปสู่อวัยวะของร่างกายทั่วไปอีก เป็นการไหลเวียนครบหนึ่งวงจรแล้วเริ่มต้นวงจรใหม่ 70-80 ครั้งต่อนาที

ถึงแม้ว่าหัวใจมีหน้าที่สูบฉีดเลือดไปสู่อวัยวะต่างๆทั่วร่างกาย แต่หัวใจก็ยังถือว่าเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกายที่ยังต้องการอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยง เช่นเดียวกับอวัยวะส่วนอื่นๆหัวใจได้รับเลือดมาเลี้ยงจากหลอดเลือดชุดหนึ่งที่เรียกว่า “หลอดเลือดหัวใจ” ภาษาอังกฤษเรียกว่า หลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary arteries) จากการทำงานของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เกิดภาวะเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติซึ่งเริ่มเปลี่ยนแปลงตั้งแต่เกิดเรียกว่า หลอดเลือดแข็งตัว ภาษาทางการแพทย์เรียกว่า อะเทอโรสเคอโรสิส(Atherosclerosis)

เมื่อใดที่หลอดเลือดหัวใจตีบแคบลงจนไม่สามารถนำเลือดไปเลี้ยงหัวใจได้เพียงพอ ก็จะทำให้หัวใจขาดเลือด เรียกภาวะดังกล่าวว่า โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease)

ความหมาย

โรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง โรคที่เกิดกับหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ทำหน้าที่นำเลือดไปเลี้ยงหัวใจนั้นตีบหรืออุดตัน ทำให้เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจลดลงหรือชะงักไป เป็นสาเหตุของอาการเจ็บหน้าอก

สาเหตุ

ในปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดว่าอะไรเป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดแข็งตัว แต่จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า มีภาวะหลายประการที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัวเร็วขึ้น ดังนั้น ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จึงมีความสำคัญในการป้องกันโรค และอาจใช้พยากรณ์การดำเนินของโรคนี้ได้

ปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ (Major risk factor) คือ

1.1 ระดับไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) โดยปกติระดับไขมันในเลือดไม่ควรสูงเกิน 250 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิกรัม การที่มีระดับไขมันในเลือดสูงเป็นผลเนื่องมาจากการรับประทานอาหารไม่ถูกส่วน รับประทานอาหารที่มีไขมันมาก หรือรับประทานอาหารไขมันชนิดอิ่มตัว (Saturated fatty acid) มากเกินไป เช่น ไขมันจากสัตว์และมะพร้าว ผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะโคเลสเตอรอลถ้ามีมากจะไปจับที่ผนังหลอดเลือดนานเข้าจะทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัว โดยเพิ่มการตกค้างในไขมันในชั้นในของหลอดเลือดแดง เนื่องจากการเพิ่มความเข้มข้นของไขมันในพลาสมา ปกติแล้วไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (High density lipoprotein หรือ HDL) จะช่วยเพิ่มการดูดซึมโคเลสเตอรอลจากเนื้อเยื่อตามส่วนต่างๆ รวมทั้งผนังหลอดเลือดแดงลำเลียงส่งไปยังตับ เพื่อให้มีการเผาผลาญและขับออกจากร่างกาย ฉะนั้นถ้าเอชดีแอล มีจำนวนน้อยลงจะทำให้การขจัดโคเลสเตอรอลจากผนังหลอดเลือดแดงเป็นไปได้ไม่ดี ทำให้เกิดการตกค้างที่ผนังหลอดเลือดแดง ถ้าไขมันในร่างกายส่วนใหญ่เป็นไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (Low density lipoprotein หรือ LDL) ซึ่งส่วนมากได้จากไขมันอิ่มตัว มีหน้าที่ในการนำโคเลสเตอรอลประมาณ 1/2 - 2/3 ของทั้งหมดไปสู่กล้ามเนื้อการมีระดับของแอลดีแอลเพิ่มขึ้นจะเป็นการกระตุ้นให้มีการแบ่งตัวของกล้ามเนื้อเรียบในผนังหลอดเลือด และเป็นระยะเริ่มต้นของการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว ฉะนั้นจึงสรุปผลได้ว่าเอชดีแอลเป็น ปัจจัยในการป้องกัน ในขณะที่แอลดีแอลเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดหลอดเลือด

แข็งตัว ดังนั้นกลุ่มคนที่มีระดับโคเลสเตอรอลรวมในซีรัมสูงจะมีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดโคโรนารีเพิ่มขึ้น

1.2 ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้มากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติถึง 2-7 เท่า (พรพรรณ เสถียรโชค และ ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. 2536 : 429-469) เพราะความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดแข็ง หลอดเลือดคด งอ และตีบตัน ทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดน้อยลง โอกาสที่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะสูงขึ้นตามระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure)

1.3 เบาหวาน (Diabetis) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนปกติอย่างน้อย 2 เท่า (พรพรรณ เสถียรโชค และ ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. 2536 : 429-469) เชื่อว่าเกิดจากการเผาผลาญไขมัน (Fat metabolism) และการเสื่อมทำลายของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue degeneration) เร็วกว่าปกติทำให้มีการแข็งตัวและตีบแคบของหลอดเลือด เลือดไหลไปเลี้ยงหัวใจไม่สะดวก เมื่อเป็นอยู่นานทุกส่วนเนื้อหัวใจอาจขาดเลือดไปเลี้ยงและเกิดการอุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายได้

1.4 การสูบบุหรี่ 70% ของผู้ป่วยที่ตายจากโรคนี้สูบบุหรี่เกินกว่าวันละ 20 มวนเป็นเวลานานและพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ 3-4 เท่า (พรพรรณ เสถียรโชค และ ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. 2536 : 429-469) อัตราเสี่ยงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับบุหรี่ยี่สิบ การสูบบุหรี่ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะและทำให้หลอดเลือดหัวใจมีพยาธิสภาพได้ กลไกที่ทำให้คนสูบบุหรี่เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีดังนี้ คือ

1.4.1 สารนิโคติน (Nicotin) จากบุหรี่ยี่สิบ เป็นตัวกระตุ้นระบบประสาทและต่อมหมวกไต ก่อให้เกิดการหลั่งสารอิพิเนฟริน(Epinephrine) ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็วขึ้น อุณหภูมิของผิวหนังลดลง หลอดเลือดตีบตัว

1.4.2 ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbonmonoxide) ทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัว โดยรวมตัวกับออกซิฮีโมโกลบิน (Oxyhemoglobin) เป็นคาร์บอกซิฮีโมโกลบิน (Carboxyhemoglobin) เม็ดเลือดแดงจึงจับออกซิเจนได้น้อยลง ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง ร่างกายที่ขาดออกซิเจนจะมีการชดเชยโดยชีพจรเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น อาจทำให้มีอาการปวดหัว คลื่นไส้ กล้ามเนื้อแขนขาไม่มีแรง และการที่เม็ดเลือดแดงกลายเป็นเม็ดเลือดแดงที่มีคาร์บอนมอนอกไซด์ ทำให้ความยืดหยุ่นของเม็ดเลือดแดงลดลง เกิดการครูดกับผนังในหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดความขรุขระที่ผนังด้านใน ร่างกายจำเป็นต้องปรับแต่งให้เรียบโดยขบวนการสลับซับซ้อน เช่น เคลือบไขมัน ทำให้รูของหลอดเลือดนั้นเล็กลงโดยปริยาย เป็นเหตุให้หลอดเลือดตีบ

2. ปัจจัยเสี่ยงร่วม (Minor risk factors)

2.1 อายุ พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นจะมีภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวมากขึ้นกว่าคนที่มีอายุน้อย (อิศรา สุขุมาลจันทร์. 2536 : 292-301) และมักพบบ่อยในคนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป

2.2 เพศ พบว่า เพศชายจะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศหญิง แต่ในหญิงวัยหมดประจำเดือนจะพบได้บ่อยจนใกล้เคียงกับเพศชาย (พรรณี เสถียรโชค และ ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. 2536 : 429-469)

2.3 กรรมพันธุ์ พบว่า ผู้ที่มีประวัติการเป็นโรคนี้ในครอบครัวมีโอกาสที่จะเกิดโรคหลอดเลือดได้มากกว่าผู้ที่ไม่มียประวัติการเป็นโรคประมาณ 2-7 เท่า (อิศรา สุขุมาลจันทร์. 2536 : 292-301) นอกจากนี้ยังพบโรคกรรมพันธุ์ที่เห็นได้ชัดเช่นภาวะไขมันในเลือดสูงในครอบครัว (Familial hyperlipoproteinemia) ซึ่งมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคนี้

2.4 ความอ้วนและการออกกำลังกาย ผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน 13 เปอร์เซ็นต์ ถือเป็นโรคอ้วนซึ่งจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว เพราะความอ้วนจะมีอิทธิพลต่อระดับไขมันในเลือด ทำให้โคเลสเตอรอลสูงขึ้น และสำหรับการออกกำลังกายนั้น ผู้ที่เป็นนักกีฬาหรือผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้เอชดีแอลในเลือดเพิ่มขึ้น การเกาะตัวของเกร็ดเลือดลดลง จึงพบว่าอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง (พรรณี เสถียรโชค และ ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. 2536 : 429-469)

2.5 ความเครียด พบโรคหลอดเลือดหัวใจนี้บ่อยในประเทศอุตสาหกรรมมากกว่าประเทศกสิกรรม เนื่องจาก อารมณ์เครียดหรือความตึงเครียดมากเกินไปจะกระตุ้นไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ส่งผลไปยังต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้าให้หลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรฟิก (Adrenocorticotrophic hormone หรือ AGTH) ซึ่งกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนมากพบกับบุคคล ที่อยู่ในเมืองหลวงและเมืองใหญ่มากกว่าในชนบท ทำให้เชื่อว่าความเครียดหรือวิถีทางในการดำเนินชีวิต เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำให้เกิดโรคนี้ บุคคลที่มีอารมณ์เครียดไม่ได้พักผ่อนเท่าที่ควร มีความวิตกกังวล ตรากรตรำต่อการทำงานมาก จะเกิดโรคนี้ง่าย

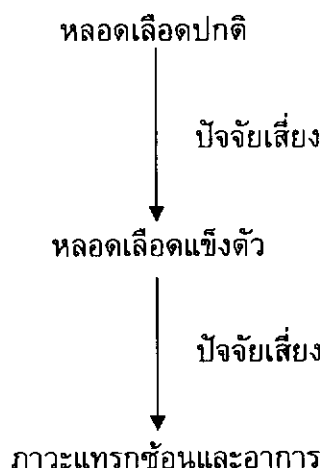
2.6 บุคลิกภาพ พบว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการโรคหลอดเลือดหัวใจมักมีบุคลิกภาพชนิด A (Type A characterictic) คือ ย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive compulsive) ต่อสู้ชีวิตจริงจัง (Striving) เกร่งเกร็ดต่อระเบียบวินัยมาก (Self discipline) ก้าวร้าว (Aggressive) และมีความทะเยอทะยาน (Self driven) (พรรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. 2536 : 429-469)

2.7 ยาคุมกำเนิดและวัยหมดประจำเดือน พบว่า หญิงที่ใช้ยาคุมกำเนิดมีการเกิดก้อนเลือดอุดตัน (Thromboembolise) ได้ง่าย พบว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลอดเลือดสมอง

อดตัน เข้าใจว่าเป็นเพราะฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen hormone) ผู้ที่ใช้ยาคุมกำเนิดพบว่า เกิดภาวะความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ เกิดหลอดเลือดแดงตีบตัน ในผู้ป่วยวัยหมดประจำเดือนพบว่า มี เอชดีแอลลดลง (พรณี เสถียรโชค และ ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. 2536 : 429-469)

พยาธิสภาพ (สันต์ ใจยอดศิลป์. 2542 : 73-75)

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากการหนาตัวและแข็งตัวของผนัง หลอดเลือด (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่สลับซับซ้อน การดำเนินของ โรคจะขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงและกรรมพันธุ์ของแต่ละบุคคลและแต่ละตำแหน่งของหลอดเลือด แรกเริ่มสุดจะมีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดชั้นใน (Intimal layer) โดยเซลล์บุชั้นใน (Endothelial cell) จะทำหน้าที่ผิดไปจากปกติ เกิดการเกาะจับของไขมันมีการกระตุ้นเซลล์ กล้ามเนื้อเรียบแมโครฟาจ (Macrophage) และ ลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ตลอดจนเกร็ดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัวและหนาตัวขึ้น รูของหลอดเลือดก็จะแคบเล็กลง ขั้นตอนการ เปลี่ยนแปลงสามารถแบ่งตามพยาธิสภาพออกได้เป็นระยะเป็นเส้นไขมัน (Fatty streak) แล้วไป เป็นตุ่มไขมัน (Fatty plaque) แล้วมีเส้นใยแทรก (Fibrous plaque) และกลายเป็นตุ่มที่ผิวแตก ออกมีเกร็ดเลือดมาเกาะ (Complicated plaque) โดยการเปลี่ยนแปลงจะเริ่มตั้งแต่ในวัยเด็กและ ค่อยเพิ่มมากขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น ดังภาพประกอบ 2 (สันต์ ใจยอดศิลป์. 2542 : 73)



ภาพประกอบ 2 การเกิดการแข็งและหนาตัวของหลอดเลือดหัวใจ

อาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจจะเริ่มเมื่อพยาธิสภาพอยู่ในระยะเส้นใย แทรก (fibrous plaque) ขึ้นไป โดยเฉลี่ยในเพศชายอายุประมาณ 40 ปี และในเพศหญิง เมื่อ อายุ 55 ปี หรือประมาณวัยหมดประจำเดือน โดยอาจจะมีอาการเจ็บอก (Angina) หรือมีภาวะ

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือเสียชีวิตแบบปัจจุบันทันด่วน แต่จะมีคนกลุ่มหนึ่งจำนวนไม่มากแม้หลอดเลือดตีบหรือมีอาการอุดตันของหลอดเลือดทั้งหมดก็ไม่มีอาการเลย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะหลายปัจจัยโดยเชื่อว่าหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ และมีหลอดเลือดทางเบี่ยง (Collateral) เกิดขึ้นมาช่วยไว้ได้ทัน

ผนังหลอดเลือดที่หนาและแข็งตัว นอกจากจะทำให้รู้หลอดเลือดแคบเล็กลงแล้ว ยังมีการทำงานผิดปกติไปจากผนังหลอดเลือดธรรมดา และที่บริเวณนี้เองแรงต้านทานแรงเสียดสีของเลือดที่ไหลกับผนังหลอดเลือดมีสูงสุดประกอบกับลักษณะผนังหลอดเลือดบริเวณนี้มีปริมาณไขมันสูง จึงทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือแตกเป็นร่อง (Fissure) ได้ง่ายกว่าบริเวณอื่น เชื่อว่าปัจจัยเสี่ยง เช่น ภาวะเครียด ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน หรือการหดเกร็งตัวของหลอดเลือดจะส่งเสริมหรือเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดรอยแตกของผนังหลอดเลือดที่หนาตัวขึ้น เมื่อมีการแตกของผนังหลอดเลือด เกิดเลือด และสารที่ทำให้เลือดแข็งตัวจะมาพอกและซ่อมแซมบริเวณที่แตก ทำให้เกิดลิ่มเลือดหรือลิ่มเลือดอุดตันเพิ่มขึ้น ขบวนการที่เกิดขึ้นบางครั้งจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหลังจากเกิด fissure หรืออาจจะเกิดแล้วดีขึ้น และเป็นซ้ำอีก ขบวนการนี้สามารถทำให้หลอดเลือดถูกอุดตันทันทีหรือตีบมากขึ้น และเกิดอาการที่เรียกว่า กลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตทันที เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือเกิดการเจ็บอกชนิดพักไม่หายหรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเจ็บแบบไม่คงที่ (Unstable angina)

ได้มีการจัดแบ่งลักษณะของการหนาตัวของผนังหลอดเลือด จากระยะเส้นใยไขมัน (Fatty streak) ถึงระยะภาวะแทรกซ้อน (Complicated plaque) ตามขบวนการดำเนินการของการเปลี่ยนแปลงออกเป็น 5 ระยะ (Phase) โดยดูส่วนประกอบและลักษณะของความผิดปกติของผนังหลอดเลือด

ขบวนการดำเนินการของการเปลี่ยนแปลงทั้ง 5 ระยะ มีดังนี้

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

ผิดปกติแบบ I มีแต่โฟมเซลล์ (Foam cell) ซึ่งเป็นแมคโครฟาจ (Macrophage) ที่มีไขมันดรอปเลต (Lipid droplet) อยู่ภายใน

ผิดปกติแบบ II มีโฟมเซลล์ (Foam cell) เซลล์กล้ามเนื้อเรียบและไขมันนอกเซลล์เข้ามา

ผิดปกติแบบ III ส่วนใหญ่ประกอบด้วยเซลล์กล้ามเนื้อเรียบและไขมันนอกเซลล์

ระยะ 2 ตุ่ม (Plaque) บนผนังหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงเป็นความผิดปกติแบบ IV และ Va

ผิดปกติชนิด IV มีเซลล์ต่างๆและไขมันนอกเซลล์สูงมาก

ผิดปกติชนิด Va ไขมันนอกเซลล์สูงและอยู่ตรงกลางของรอยโรค (Lesion) ซึ่งถูกคลุมด้วยไฟบรัส แคป (Fibrous cap) ที่บางมาก

ตุ่ม (Plaque) ในระยะ 2 นี้จะแตกได้ง่าย เกิดการเปลี่ยนในลำดับต่อไปถึง ระยะ 3 หรือ ระยะ 4 ซึ่งสามารถจะเปลี่ยนเข้าสู่ระยะ 5 ได้

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

ผิดปกติชนิด VI เป็นผลจากการเกิดรอยแตก (Rupture) หรือช่องแตก (Fissure) ของความผิดปกติชนิด IV หรือ Va ทำให้ลิ่มเลือดหรือเกร็ดเลือดออกมาอุดเพิ่มแต่มา ถึงกับเกิดการอุดตันทันที ผนังหลอดเลือดจะเปลี่ยนแปลงต่อไปโดยมีเนื้อเยื่อพังผืด (Connective tissue) มากขึ้น ทำให้แข็งตัวและมีพังผืดมากขึ้นในผนังหลอดเลือด ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลง ผิดปกติแบบ Vb หรือ Vc การเปลี่ยนแปลงนี้อาจทำให้เกิดการเจ็บหน้าอก (Angina) หรือถ้า ค่อยๆเปลี่ยนแปลงจนเกิดการอุดตันก็อาจจะไม่มีอาการได้แม้หลอดเลือดถูกอุดตันทั้งหมด ทั้งนี้ เพราะมีหลอดเลือดทางเบี่ยง (Collateral) มาช่วยไว้

ระยะ 4 เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติแบบ VI แบบเดียวกับที่เกิดในระยะ 3 แต่ลิ่มเลือดที่เกิดนั้นอุดตันหรือเกือบอุดตันรูของหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะกลุ่มอาการหลอดเลือด หัวใจเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) ถ้าลิ่มเลือดไม่ได้ถูกละลายไปทั้งโดย ธรรมชาติหรือการได้รับการรักษา การเปลี่ยนแปลงในผนังหลอดเลือดก็จะดำเนินต่อไปเป็น พังผืดมากขึ้นและมีการอุดตันทั้งหมด เป็นการเปลี่ยนแปลงระยะ 5 คือ เกิดความผิดปกติแบบ Vb และ Vc

ระยะ 5 หลอดเลือดอุดตัน ซึ่งอาจจะมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้

พยาธิสรีรวิทยาหลอดเลือดหัวใจ (พรณี เสถียรโชค และ ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. 2536 : 429-469)

ความไม่สมดุลของการไหลของเลือดแดงเลี้ยงหัวใจ และความต้องการเลือดแดง มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (Imbalance of Myocardial Supply and Demand) เป็นสาเหตุที่ทำให้ เกิดพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ออกซิเจนและสารอาหารที่กล้ามเนื้อหัวใจ ต้องการใช้ลดลง มีผลทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าแน่นหน้าอก เกิดการเปลี่ยนแปลงทาง Electrophysiology และ Metabolism ถ้าเกิดมากๆ จะทำให้หัวใจหยุดเต้น หรือกล้ามเนื้อหัวใจ ข้างซ้ายตาย (Myocardial infarction) หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ตามปกติกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardium) ต้องการพลังงานมากในการทำงาน เพื่อที่จะให้เกิดการบีบรัดตัวติดต่อกันไปเรื่อยๆ (Myocardial contraction) พลังงานเหล่านี้อาศัย Aerobic metabolism เพื่อให้เกิด Adenosine Triphosphate (ATP) ที่ใช้ในการทำให้เกิด พลังงานต่อเนื่อง นอกจากนี้ต้องอาศัยสารอย่างอื่นที่อยู่ในเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น

กลูโคส กรดอะมิโน และกรดไขมัน (Fatty acid) เพื่อใช้ในการ Oxidized ให้เกิดพลังงานอย่างสูงที่เรียกว่า High Energy Phosphate (HEP) และขบวนการเหล่านี้เกิดใน Myocardial mitochondria ซึ่งต้องใช้ออกซิเจนในการทำให้เกิด ATP ฉะนั้นออกซิเจนจะต้องมีอย่างเพียงพอในหลอดเลือดแดงที่ไหลเข้ามาเลี้ยงหัวใจ ออกซิเจนจะซึมผ่าน (Diffuses) หลอดเลือดฝอยออกมาสู่กล้ามเนื้อหัวใจในขณะที่หัวใจอยู่ในช่วงไดแอสโตล หลังจากนั้นจึงจะเกิด Oxidase ใน Mitochondrial เพื่อให้เกิดพลังงานเมื่อเลือดแดงไหลมาไม่เพียงพอตามความต้องการของกล้ามเนื้อหัวใจ มีออกซิเจนน้อย จะเกิดภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ ฉะนั้นถ้าการควบคุมการไหล (Coronary flow) ของเลือดแดงเข้าสู่หัวใจได้เพียงพอ ภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจก็จะไม่เกิดขึ้น ในกรณีที่กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการเลือดและออกซิเจนมากขึ้น หลอดเลือดแดงยังปกติสามารถปรับขนาดทำให้การไหลของเลือดมากขึ้นก็จะเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก จึงเป็นความจริงที่ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจ มีสาเหตุมาจากปัญหาของปริมาณการไหลของเลือดแดง (Myocardial supply) มากกว่าอย่างอื่นๆ

อาการและอาการแสดง

1. การเจ็บหน้าอก (Angina pectoris) แบ่งออกเป็น

1.1 เจ็บหน้าอกสม่ำเสมอ (Stable angina) เป็นการเจ็บแบบบีบรัดแน่นอึดอัด กินเวลา 10-15 นาที มีสาเหตุชักนำ เช่น การออกกำลังกาย อารมณ์โกรธ การมีเพศสัมพันธ์ การรับประทานอาหาร เมื่อภายหลังยับยั้งสาเหตุชักนำ อาการก็จะหายไป

1.2 เจ็บหน้าอกไม่สม่ำเสมอ (Unstable angina) เกิดขึ้นครั้งแรก มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นจากที่เคยเป็นอยู่เดิม เจ็บถี่ขึ้น เจ็บอยู่นานเกิน 20-30 นาทีขึ้นไป เกิดขึ้นในขณะพักและไม่มีสาเหตุชักนำอื่นๆ

1.3 เจ็บหน้าอกจากหัวใจห้องซ้ายทำงานไม่ปกติ (Angina equivalent syndrome) ทำให้การบีบตัวลดลง เช่น มีอาการหอบที่เกิดทันทีจากภาวะน้ำท่วมปอด ความรู้สึกหมดแรงทันทีจากภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจน้อย

1.4 เจ็บหน้าอกที่กลับเป็นปกติได้ (Variant angina pectoris) อาการเจ็บหน้าอกที่ระหว่างมีอาการมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดงลักษณะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แต่จะกลับคืนเป็นปกติได้เมื่ออาการหายไป สาเหตุเชื่อว่าเกิดจากการหดตัวอย่างรุนแรงของหลอดเลือดแดงโคโรนารี

1.5 อาการเจ็บหน้าอกภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Postinfarction angina pectoris) ปกติกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายไปแล้วจะไม่เกิดอาการเจ็บหน้าอก การมีอาการเจ็บหน้าอกแสดงว่า ยังมีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดรุนแรง

2. ความดันโลหิตต่ำหรือช็อก ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวต่ำกว่า

80 มิลลิเมตรปรอทและมีอาการเขียวคล้ำตามส่วนปลาย เย็นตามปลายเท้า การเต้นของหัวใจผิดปกติอาจเร็วหรือช้า ชีพจรเบา อาการเหล่านี้เกิดจากการได้รับความเจ็บปวดจากการเจ็บหน้าอก เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อไม่เพียงพอและมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ หรือจากการที่ปริมาณโลหิตที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ในบางครั้งผู้ป่วยอาจจะเป็นลมหมดสติเนื่องจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงอย่างทันทีทันใดเพราะหัวใจเต้นผิดปกติ

3. มีไข้ อุณหภูมิของร่างกายจะสูงประมาณ 37.7 องศาเซลเซียส ใน 24 ชั่วโมง เนื่องจากมีการอักเสบและการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และไข้จะลดลงเมื่อเซลล์ที่ทำให้เกิดมีการสร้างเส้นใยของเนื้อเยื่อและสร้างรอยแผลของเนื้อเยื่อขึ้นปกคลุมบริเวณกล้ามเนื้อที่ตายนั้นภายในวันที่ 3-7

4. มีการคงตัวของโลหิตในปอด โดยจะแสดงอาการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ไอมีเสมหะเป็นฟอง กระสับกระส่าย อาการเหล่านี้แสดงถึงการที่หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานได้น้อยลง และมักเกิดร่วมกับการที่มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจน้อยลง หัวใจวายหรือช็อก

5. คลื่นไส้ อาเจียน เกิดเนื่องจากมีความเจ็บปวดรุนแรง หรือเกิดจากบริเวณที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจไปยับยั้งการทำงานของระบบทางเดินอาหาร

ภาวะแทรกซ้อน

1. หัวใจเต้นผิดจังหวะพบได้ร้อยละ 40-50 (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. 2541:114) ที่พบได้บ่อยและมักจะเป็นสาเหตุของการตายคือพรีมาทัวเวนตริคูลาร์คอนแทรคชัน (Premature ventricular contraction) และเวนตริคูลาร์ ฟิบริเลชัน (Ventricular fibrillation)

2. การทำงานของหัวใจล้มเหลว อาจจะเป็น การทำงานของหัวใจข้างซ้ายล้มเหลวอย่างเดียว หรือเป็นหัวใจล้มเหลวก็ได้ มักจะพบในผู้ป่วยที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนผนังด้านหน้า

3. ช็อกจากหัวใจ เป็นสาเหตุที่มีอัตราการตายสูง พบว่าจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากกว่าร้อยละ 40 (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. 2541 : 114) ซึ่งทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงอย่างมาก ผู้ป่วยอาจจะหมดสติ ไม่รู้สึกตัว วัดความดันโลหิตไม่ได้ หรือความดันโลหิตต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเบา เร็ว ตัวเย็น

4. มีก้อนเลือดอุดตัน โดยเฉพาะก้อนเลือดที่มาอุดตันหลอดเลือดปัลโมนารี (Pulmonary) พบได้ร้อยละ 10-20 มักจะเกิดภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายประมาณ 3 วันไปแล้ว และมักจะร่วมกับมีอาการอักเสบของหลอดเลือด อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกระทันหันได้ถ้าก้อนเลือดที่มาอุดตันก้อนใหญ่

5. เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ จะเกิดบริเวณที่ตรงกับตำแหน่งที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และถ้าการรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายหายเร็ว การอักเสบนี้จะหายได้เอง

การวินิจฉัยโรค

1. การซักประวัติ

1.1 การซักประวัติความเจ็บปวด จะต้องซักถึงอาการสำคัญที่ทำให้ต้องมาโรงพยาบาลหรืออาการที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการเจ็บหน้าอกกว่าอาการนั้นเริ่มเป็นมาตั้งแต่เมื่อไร เคยเป็นมาก่อนบ้างหรือไม่ เป็นแล้วรบกวนผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด เป็นรุนแรงมากที่สุดตอนไหน อาการนั้นมีความสัมพันธ์หรือมีเหตุอะไรส่งเสริมหรือไม่

1.2 ประวัติส่วนตัว เป็นการซักถามถึงนิสัยในการดำรงชีวิตประจำวันว่า เป็นอย่างไร การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การดื่มน้ำชา ของมีเนมา และการสูบบุหรี่

1.2.1 ทางด้านจิตใจ มีปัญหามากน้อยเพียงใด มีปฏิกิริยาโต้ตอบปัญหานั้นอย่างไร

1.2.2 อาชีพและลักษณะงาน

1.3 ประวัติครอบครัว เป็นการซักถามถึงประวัติและสุขภาพของคนในครอบครัว โดยเฉพาะโรคทางกรรมพันธุ์ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย

2.1 การสังเกตและการดูเป็นการตรวจเพื่อค้นหาความผิดปกติภายนอก ร่างกาย เช่น อาการบวม ชีต ปลายเล็บเขียว นิ้วปม

2.2 การคลำ สิ่งที่จะต้องคลำ คือ ซีพจรทั้งบริเวณผิวหนังและหัวใจ สิ่งที่จะต้องสังเกตได้ จังหวะการเต้นและอัตราการเต้นของหัวใจ ลักษณะหรือรูปร่างของการเต้นของหัวใจ เพราะจะเป็นสิ่งช่วยสนับสนุนในการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดที่ใด

2.3 การฟัง เป็นการฟังการเต้นของหัวใจ เสียงการเปิด-ปิดของลิ้นหัวใจ และการไหลวนของกระแสเลือด

3. การตรวจทางห้องทดลองและการตรวจพิเศษต่าง ๆ

3.1 การตรวจทางห้องทดลอง

3.1.1 อิเล็กโตรลัยท์ (Electrolytes) ที่สำคัญ คือ โซเดียม โพแทสเซียม จะพบว่ามีโซเดียมต่ำในรายที่หัวใจวาย หรือสูงในรายที่มีอาการบวม ถ้าโพแทสเซียมสูงหรือต่ำ จะทำให้การเต้นของหัวใจผิดปกติ อาจทำให้หัวใจหยุดเต้นได้

3.1.2 โคลเลสเตอรอล ถ้าค่าสูงขึ้นแสดงว่าผู้ป่วยอาจมีหลอดเลือดแข็งตัว ซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมให้กล้ามเนื้อหัวใจตายได้

3.1.3 การตรวจหาน้ำตาลในเลือด ถ้าสูงแสดงว่าเป็นเบาหวาน ซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

3.1.4 เอนไซม์ ที่สำคัญคือเอสจีโอที (SGOT หรือ Serum glutamic oxaloacetic transaminase) แอลดีเอช (LDH หรือ Lactic dehydrogenase) และซีพีเค (CPK หรือ Creatinine phosphokinase)

ระดับสารเอสจีโอที ในเลือดจะสูงขึ้นใน 8-12 ชั่วโมง จะสูงสุดใน 24-48 ชั่วโมง แล้วจึงค่อยๆ ลดลงสู่ปกติในเวลา 3-4 วัน เอนไซม์นี้อาจสูงขึ้นผิดปกติได้ในโรคอื่น เช่น โรคตับ หัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ฯลฯ

สารแอลดีเอช จะสูงขึ้นในเวลาใกล้เคียงกับสารเอสจีโอที แต่จะมีระดับสูงอยู่นานกว่าระดับจะสูงสุดในวันที่ 3-6 และจะกลับสู่ปกติใน 8-14 วัน เอนไซม์นี้อาจเพิ่มขึ้นในโรคอื่นได้เช่นเดียวกับสารเอสจีโอที รวมทั้งในโรคเลือดหลายชนิด เพราะในเม็ดเลือดแดงมีสารแอลดีเอชมาก เช่น โรคโลหิตจางจากเม็ดเลือดแดงแตกตัวชนิดต่างๆ นอกจากนี้ยังสูงในโรคมะเร็งต่างๆ

สารซีพีเค เป็นเอนไซม์ที่มีอยู่ในกล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้ออื่นๆ ของร่างกายและมีมากในเนื้อสมอง ระดับเอนไซม์จะสูงขึ้นภายใน 6 ชั่วโมงหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะสูงสุดใน 24 ชั่วโมง และจะลดลงสู่ปกติใน 48-72 ชั่วโมง อาจเพิ่มในรายที่ถูกฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

3.2 การตรวจทางรังสีวิทยา

3.2.1 การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest x-ray) เป็นการถ่ายภาพรังสีด้วยฟิล์ม เพื่อจะได้ทราบถึงรูปร่าง ขนาด ตำแหน่งของหัวใจ การขยายใหญ่และตีบแคบของเส้นเลือดที่หัวใจ

3.2.2 การตรวจสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) คือ การสอดสายยางพิเศษเข้าไปในหัวใจทางหลอดเลือดดำหรือหลอดเลือดแดง เพื่อดูความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจเส้นเลือด เพื่อตรวจหาค่าออกซิเจนในส่วนนั้นๆ เป็นการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจ และเป็นข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดหัวใจ

3.3 การตรวจพิเศษ

3.3.1 การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiogram) โดยการใช้คลื่นเสียงที่มีความถี่สูงส่งผ่านผนังทรวงอกด้านนอกผ่านไปยังหัวใจ ซึ่งเมื่อคลื่นเสียงเหล่านี้ส่งไปกระทบกับผนังหัวใจแล้ว จะส่งคลื่นเสียงกระทบกลับออกมา จะวัดความถี่ของคลื่นเสียงสะท้อนเหล่านี้ไว้ในรูปของกราฟ ซึ่งจะช่วยวินิจฉัยการขยายขนาดของหัวใจ

3.3.2 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram) เป็นการบันทึกภาพการเปลี่ยนแปลงทางไฟฟ้าของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งจะทำให้ทราบถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จังหวะการเต้นของหัวใจ ตลอดจนการขยายใหญ่ของหัวใจได้

3.3.3 การทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกาย (Exercise testing) คือ การให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในขณะเดียวกัน ในระหว่างที่มี

การออกกำลังกายนั้น ปริมาณของเลือดที่ไหลผ่านหลอดเลือดแดงโคโรนารีเพิ่มขึ้นเพื่อให้เพียงพอกับความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ หากหลอดเลือดมีรอยตีบหรืออุดตันก็จะทำให้ปริมาณของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและเกิดอาการเจ็บหน้าอกได้

3.3.4 การฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary arteriography) เป็นวิธีเดียวที่สามารถประเมินกายวิภาคของหลอดเลือดโคโรนารีในผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ ถ้าทำร่วมกับการตรวจสอบหัวใจ โดยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหัวใจห้องล่างซ้าย แล้วก็จะสามารถศึกษาผู้ป่วยได้ทั้งกายวิภาคและสรีรวิทยา

3.3.5 การใช้เวชศาสตร์นิวเคลียร์ (Radionuclear study) โดยทำมายโอคาร์เดียมอิมเมจจิง (Myocardial imaging) เป็นวิธีการใหม่ไม่ต้องสอดเครื่องมือเข้าร่างกาย ใช้ประเมินกล้ามเนื้อหัวใจเกี่ยวกับการกำซาบโลหิตและความสามารถในการทำงาน

การรักษา

วิธีการรักษาแบ่งออกเป็น 4 วิธี คือ

1. การรักษาด้วยยา

1.1 ไนโตรกลีเซอริน (Nitroglycerine) ยานี้ถูกดูดซึมได้รวดเร็วโดยการอมใต้ลิ้นขนาดยา 0.3-0.4 มิลลิกรัม ออกฤทธิ์ภายใน 2-5 นาที และหมดฤทธิ์ใน 20-30 นาที กลไกการระงับอาการอยู่ที่ยานี้ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดดำได้มากกว่าหลอดเลือดแดง ทำให้เลือดดำไหลกลับคืนสู่หัวใจน้อยลงปริมาณหัวใจห้องล่างซ้ายจะลดลง ความดันเลือดในหัวใจจะลดลง ยานี้มีผลขยายหลอดเลือดแดง ทำให้ความต้านทานการไหลของหลอดเลือดส่วนปลายลดลง ผลรวมทั้งสองประการนี้ทำให้หัวใจต้องการออกซิเจนลดน้อยลง นอกจากนี้ฤทธิ์ของยานี้ต่อหลอดเลือดแดงโคโรนารียังทำให้หลอดเลือดที่เยื่อหุ้มหัวใจ หลอดเลือดที่มีการอุดตันและหลอดเลือดอื่นรอบข้างมีการขยายตัว มีการแจกจ่ายของเลือดไปสู่บริเวณที่ขาดเลือดของหัวใจห้องล่าง ไนโตรกลีเซอรินเป็นยาหลักในการรักษาอาการเจ็บหน้าอก ทั้งชนิดที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือด และชนิดที่หลอดเลือดแดงโคโรนารีบีบเกร็ง

1.2 ไนเตรท (Nitrate) ที่ออกฤทธิ์ยาวเช่น ไอโซซอร์ไบด์ และไนโตรกลีเซอรินชนิดขี้ผึ้ง ยาจำพวกไอโซซอร์ไบด์ ไดไนเตรท (Isosorbide dinitrate) มีหลายชนิด ชนิดขี้ผึ้งได้ลิ้นขนาดเม็ดละ 5 มิลลิกรัม และชนิดกินเม็ดละ 10 มิลลิกรัม ชนิดอมและชนิดเคี้ยวจะออกฤทธิ์เร็วภายในไม่กี่นาที ฤทธิ์ยาจะสูงสุดภายใน 1 ชั่วโมง หมดฤทธิ์ใน 2 ชั่วโมง ชนิดกิน และ 2% ไนโตรกลีเซอรินชนิดขี้ผึ้งจะออกฤทธิ์ใน 30 นาที ฤทธิ์สูงสุด 1-3 ชั่วโมง หมดฤทธิ์ใน 4 ชั่วโมง ขนาดของยาไนเตรทชนิดกินที่จะได้ผลต้องใช้ขนาดสูงมีอยู่ 10-30 มิลลิกรัม

1.3 ยาด้านแคลเซียม เป็นยากลุ่มใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากในการรักษาอาการเจ็บหน้าอก และความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอาการเจ็บหน้าอกชนิดที่เกิดจากการ

บิปรังของหลอดเลือดโคโรนารี โดยที่แคลเซียมไอออน (Calcium ion) มีบทบาทสำคัญในกระบวนการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อเรียบและกล้ามเนื้อลาย ยานี้ออกฤทธิ์ขัดขวางแคลเซียมผ่านผนังเซลล์ทำให้หลอดเลือดแดงขยายตัว การไหลเวียนของหลอดเลือดไปสู่โคโรนารีจะเพิ่มขึ้น แต่ความดันโลหิตจะลดต่ำลง

2. การขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบด้วยบอลลูน (Percutaneous transluminal coronary angioplasty) หรือ PTCA เป็นการใส่สายสวนพิเศษสอดเข้าไปในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบ แล้วขยายลูกโป่งแข็งที่ปลายสายสวนให้เบียดขยายบริเวณที่ตีบนั้น ทำหลายๆ ครั้งตามความจำเป็น ทดสอบการไหลเวียนเลือดด้วยการวัดแรงดันเลือดในหลอดเลือดโคโรนารีและด้วยการฉีดสารทึบรังสี เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดตีบมากในส่วนต้นๆ

3. การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตลดต่ำกว่าระดับที่จะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก การลดความดันโลหิตสูงก็ช่วยบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกเช่นเดียวกับการควบคุมเบาหวาน

4. การรักษาทางศัลยกรรม

วิธีการรักษาทางศัลยกรรมที่นิยมทำ คือ

4.1 การผ่าตัดต่อหลอดเลือด โดยนำหลอดเลือดที่บริเวณขาและต้นขาผู้ป่วยมาตัดต่อเป็นทางเบี่ยงมาเชื่อมระหว่างหลอดเลือดแดงเอออร์ตาและหลอดเลือดแดงโคโรนารีส่วนปลายถัดจากตำแหน่งอุดตัน เพื่อให้เลือดสามารถผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้เรียกว่าโคโรนารีอาเทอร์บายพาส กราฟ (Coronary artery bypass graft หรือ CABG)

4.2 การผ่าตัดโดยตัดส่วนปลายของหลอดเลือดแดงแมมมารี ภายในทรวงอก (Internal mammary artery) มาเชื่อมต่อกับหลอดเลือดแดงโคโรนารีส่วนปลายถัดจากตำแหน่งอุดตัน

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม (Behavior) ได้มีผู้ให้ความหมายดังต่อไปนี้

ศรียา นิยมธรรม และประภัสสร นิยมธรรม (2519 : 1) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกใดๆ ที่ผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้ หรืออาจสังเกตได้จากเครื่องมือที่นักทดลองนำมาใช้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525 : 373) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำ หรืออาการแสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดและความรู้สึกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 15) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม

โกลเดนสัน (Goldenson. 1984 : 90) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมไว้ว่า เป็นการกระทำหรือตอบสนองต่อการกระทำทางจิตวิทยาของแต่ละบุคคล และเป็นปฏิสัมพันธ์ในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นภายในหรือภายนอก รวมทั้งเป็นกิจกรรมการกระทำต่างๆที่เป็นไปอย่างมีจุดมุ่งหมาย สังเกตเห็นได้ หรือเป็นกิจกรรมการกระทำต่างๆที่ได้ผ่านการใคร่ครวญมาแล้ว หรือเป็นไปอย่างไม่รู้ตัว

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2537 : 50-51) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลนั้นแสดงออกมา อาจจะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม

สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำ การแสดงออกของบุคคลไม่ว่าจะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม เพื่อตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

พฤติกรรมสุขภาพ มีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่วไป แต่จะเน้นเฉพาะเรื่องสุขภาพของบุคคลเป็นสำคัญ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 44) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ทั้งในด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และทักษะ โดยเน้นในเรื่องพฤติกรรมที่สามารถสังเกตและวัดได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 155) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่บุคคลกระทำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ รวมถึงสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือ เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ

กอกแมน (Gochman. 1988 : 3-4) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง คุณสมบัติส่วนบุคคลต่างๆเช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้และองค์ประกอบด้านความรู้ ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งครอบคลุมภาวะความรู้สึกร่างกาย และลักษณะเฉพาะตน รวมทั้งแบบแผนการแสดงออกที่ชัดเจน การกระทำและลักษณะนิสัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพ (Health maintenance) การทำให้สุขภาพกลับสู่ภาวะเดิม (Health restoration) และการส่งเสริมสุขภาพ (Health improvement) ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพจึงมีความหมายกว้าง แสดงถึงการแสดงออกที่บุคคลลงมือกระทำในสิ่งที่ถูกต้องและไม่กระทำในสิ่งไม่ถูกต้องที่สังเกตได้ เช่น การสูบบุหรี่ นิสัยการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพและการใช้ยา และที่สังเกตไม่ได้ เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้ เป็นต้น

ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2532 : 38) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆเอง หรือบุคคลอื่น รวมถึง การกระทำหรืองดกระทำในสิ่งที่เป็นผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพในรูปของความรู้ ความเข้าใจ เจตคติและการกระทำ หรือการปฏิบัติที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

สุจินต์ ปรีชามารต (2535 : 60) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง

ทุกสิ่งทุกอย่างที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติทางสุขภาพ และเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพมาก แม้ว่าบุคคลนั้นจะมีพันธุกรรมและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี แต่ถ้าขาดซึ่งการปฏิบัติที่ดีและถูกต้องเหมาะสมแล้ว บุคคลนั้นจะมีสุขภาพที่ดีไม่ได้ และพฤติกรรมสุขภาพจะแสดงออกตามความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อถือ ความสนใจ การเห็นคุณค่า เป็นต้น

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2537 : 50-51) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก และการแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ กิจกรรมใดรวมทั้งปฏิกิริยาใดๆของบุคคลที่สามารถวัดได้ ระบุได้ ทดสอบได้ว่าเป็นความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก หรือการกระทำในเรื่องสุขภาพล้วนเป็นพฤติกรรมสุขภาพทั้งสิ้น

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกับสุขภาพของบุคคล ทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ โดยเน้นในเรื่องพฤติกรรมที่สามารถสังเกตและวัดได้

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ปัจจุบันแนวความคิดในการดูแลตนเองได้เป็นที่สนใจของบุคลากรในทีมสุขภาพกันมาก การให้คำนิยาม คำว่า “การดูแลตนเอง” ได้มีการกล่าวถึงกันมาก ในที่ประชุม First International Symposium ที่กรุงโคเปนเฮเกน ในปี 1975 มีผู้ให้ความหมายไว้ต่างกัน จาก 29 ประเทศ นักวิชาการบางท่านเห็นว่าควรให้ความหมายกว้างและลึก พร้อมกันนี้มีข้อเสนอว่า “การดูแลตนเอง” ควรเกี่ยวข้องกับสิ่งต่อไปนี้

1. เกี่ยวข้องกับการกระทำของผู้รับบริการ (Consumer) หรือผู้ป่วยในการลดความรุนแรงของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่
2. เกี่ยวข้องกับกระบวนการของบุคคลในการปฏิบัติภารกิจของตัวเองเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษาโรค ตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติ จากแหล่งบริการพื้นฐานที่หาได้ในระบบบริการสาธารณสุข
3. เกี่ยวกับบทบาทหลัก 4 ประการ ได้แก่
 - 3.1 การดำรงรักษาสุขภาพ
 - 3.2 การป้องกันโรค
 - 3.3 การวินิจฉัยอาการด้วยตนเอง
 - 3.4 การให้ยารักษาอาการของตนเอง รวมถึงการร่วมมือกับบุคลากรวิชาชีพในการดูแลรักษา

จากการประชุมที่กรุงโคเปนเฮเกน ทำให้พบว่าแนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ขยายวงกว้างออกไป นอกจากเป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลแล้ว ยังรวมถึงการดูแล

สุขภาพของครอบครัว กลุ่มและชุมชนด้วย การดูแลตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการสังเกตตนเอง การรับรู้และการตัดสินใจ เลือกการบริการและการรักษาตามที่บุคคลเข้าใจ

ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นผลรวมจากประสบการณ์สิ่งแวดล้อมและความสามารถเฉพาะบุคคล เป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดผลดีต่อตนเอง และบุคคลต้องทราบก่อนว่าเมื่อทำกิจกรรมเหล่านั้นแล้วจะเกิดผลประโยชน์อย่างไรและสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้หรือไม่ พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นกระบวนการอย่างหนึ่งซึ่งบุคคลตระหนักและรับผิดชอบที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรค ตลอดจนเพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม พฤติกรรมการดูแลตนเองจะดีหรือไม่ดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตามความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นอันประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ

ความหมายของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง ได้มีผู้ให้ความหมายดังต่อไปนี้

ฮิลและสมิท (Hill and Smith, 1985 : 3) ให้ความหมาย การดูแลตนเองว่าเป็น การรับผิดชอบต่อตนเอง การพึ่งตนเอง การคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 385-390) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่ม และกระทำในแนวทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ การดูแลตนเองของบุคคลต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่องกัน และเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วน

นอร์ริส (Norris, 1989 : 486-489) ได้ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการที่ประชาชน และครอบครัวมีโอกาสที่จะช่วยเหลือตัวเอง และรับผิดชอบต่อตัวเอง ตระหนักถึงศักยภาพตนเองในการที่จะนำไปพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

โอเร็ม (Orem, 1991 : 117) ให้ความหมายการดูแลตนเองว่า หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมาย และตั้งใจ เพื่อดำรงรักษาสุขภาพอนามัย ความเป็นอยู่ที่ดี ตลอดจนหลีกเลี่ยงจากโรคภัย ภัยอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2535 : 10-11) ได้กล่าวว่า การดูแล

สุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกของตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ให้กลับสู่สภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขภายหลังการเจ็บป่วยหรือมีความพิการที่เกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง

พวงผกา ชื่นแสงเนตร (2538 : 28) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อจะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด การดูแลตนเองเป็นการมุ่งจัดการหรือแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้

กล่าวโดยสรุป การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ป้องกันโรค บำบัดรักษาโรค รวมถึงฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจภายหลังการเจ็บป่วย ถ้ากระทำได้อย่างถูกต้องก็จะช่วยให้บุคคลนั้นมีการพัฒนาไปถึงขีดสูงสุด

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจนั้น อาจกล่าวได้ว่า การผ่าตัดเป็นเพียงการรักษาที่ปลายเหตุ และมีโอกาสกลับเป็นโรคนี้ซ้ำอีกถ้าผู้ป่วยไม่ระมัดระวังในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหรือไม่มีการป้องกันล่วงหน้า ซึ่งปัจจุบันนี้เรายังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจดีอย่างแน่นอน แต่เราก็คงทราบว่ามีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ทำให้เกิดโรคนี้ขึ้น ดังนั้นการป้องกันโรคที่ดีที่สุดในคนปกติที่มีได้ป่วยเป็นโรคนี้และบุคคลที่ป่วยเป็นโรคนี้ คือ การหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงทั้งปวงที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรค ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ดังนี้

1. การรับประทานอาหาร

การรับประทานอาหาร มีความสำคัญต่อการดูแลตัวเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมาก เนื่องจากการรับประทานอาหารนั้นเกี่ยวข้องกับการป้องกันและบำบัดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ลักษณะของอาหารที่ส่งเสริมการอุดตันในหลอดเลือดหัวใจ คือ อาหารประเภทไขมัน โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty) และอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ดังนั้นผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง คือ อาหารที่ประกอบด้วย ไขมันจากสัตว์ นมสด ครีม เนย กะทิ มะพร้าว ช็อคโกแลต เป็นต้น และงดรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง คือ อาหารที่ประกอบด้วย สมองสัตว์ เครื่องในสัตว์ ไข่แดง หอยนางรม ปลาหมึก กุ้ง เป็นต้น

อาหารของผู้ป่วยควรรับประทาน คือ อาหารโปรตีนที่ได้มาจากปลา เป็ดหรือไก่ที่ไม่มีหนัง ควรดื่มนมพร่องมันเนย ไม่ควรรับประทานไข่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ ลดปริมาณไขมันด้วยการปรุงอาหารที่ไม่ใช้น้ำมัน ควรปรุงอาหารด้วยวิธีต้ม นึ่ง ย่าง หรือถ้าใช้น้ำมัน ควรใช้น้ำมันจากไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันจากถั่วเหลือง ข้าวโพด เมล็ดทานตะวัน มากาριν ดอกคำฝอย ฝ้าย หรือน้ำมันมะกอก รับประทานอาหารประเภทผัก เพราะมีใยอาหารช่วยลดการดูดซึมไขมันเข้าสู่ร่างกาย จึงช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลลงได้ พืชผักที่มีใยอาหารสูง เช่น ถั่วที่แห้งชนิดต่างๆ (ถั่วเขียว ถั่วแดง ถั่วดำ ถั่วเหลือง) งา หรือรำข้าว เป็นต้น พืชผักที่มีใยอาหารปานกลาง เช่น มะเขือพวง สะเดา ผักกระเฉด ใบชะพลู หัวปลี พริก เป็นต้น ควรรับประทานผลไม้สดที่มีรสหวานน้อย เช่น พุทรา แอปเปิ้ล ส้ม ชมพู ส่วนที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ละมุด มะละกอ เงาะ องุ่น ลำไย ควรรับประทานอย่างจำกัด ควรรับประทานอาหารเช้า ไม่รับประทานอาหารมากเกินไปในแต่ละมื้อ และหลังรับประทานอาหารควรพักผ่อน ½ - 1 ชั่วโมง เพื่อลดการทำงานของหัวใจ

หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และน้ำหวานทุกชนิด เช่น น้ำอัดลม สุรา เบียร์ เป็นต้น เพราะจะช่วยป้องกันการสะสมในรูปของไขมัน และงดรับประทานอาหารที่มีสารคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ช็อกโกแลต เป็นต้น เพราะจะป้องกันการกระตุ้นหัวใจ การเพิ่มความดันโลหิต ซึ่งอาจจะทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้

2. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมาก เพราะการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการไหลเวียนของเลือด ลดอัตราการเต้นของหัวใจและลดความดันโลหิต จึงช่วยลดการทำงานของหัวใจ ลดโอกาสที่จะเกิดอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรง ยังเป็นการช่วยลดน้ำหนัก เพิ่มระดับเอชดีแอลในเลือด สุขภาพจิตดีขึ้น อารมณ์แจ่มใส

การออกกำลังกายควรเป็นแบบไอโซโทนิค (Isotonic or Dynamic exercise) หรือ แอโรบิก (Aerobic) คือ ลักษณะการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวของกลุ่มกล้ามเนื้อใหญ่ เป็นจังหวะและต่อเนื่อง เช่น วิ่งเหยาะๆ เดินเร็วๆ กระโดดเชือก ขี่จักรยาน การเดิน แอโรบิก เป็นต้น ไม่ควรออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric or Static exercise) เช่น การยก การแบก นวด ลาก ดึงของหนัก เพราะจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ส่งผลให้หัวใจทำงานหนักยิ่งขึ้น ควรออกกำลังกายภายหลังได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าสามารถออกกำลังกายได้โดยไม่เกิดอันตราย ควรเริ่มออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่หักโหมจนเกินไป ก่อนออกไปออกกำลังกายต้องสบายกายสบายใจ ไม่เครียด ปล่อยวางทุกอย่างไว้เบื้องหลังจิตใจต้องอยู่ ณ ที่กำลังออกกำลังกาย เริ่มด้วย การอุ่นเครื่อง 5-10 นาที โดยยืดหยุ่น แกว่งส่วนต่างๆ ของร่างกาย ตั้งแต่ศีรษะ คอ ไหล่ แขน มือ เอว สะโพก เข่า จนถึงข้อเท้า ระยะเวลาอุ่นเครื่องมีความสำคัญมาก เพราะเป็นการเพิ่มการหายใจ การไหลเวียนและอุณหภูมิร่างกายและยังเป็นการลดโอกาสการเกิดการบาดเจ็บหลังจากอุ่นเครื่องแล้ว จึงตามด้วยการออกกำลังกายแบบ

ไอโซโทนิก หลังการออกกำลังกาย ควรให้ร่างกายได้ผ่อนคลายให้เย็นลงช้าๆ โดยการเดิน เพื่อให้ร่างกายปรับตัว ไม่ควรหยุดอาบน้ำหรือนอนทันที ในระยะเริ่มต้นของการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายวันละ 10-15 นาที แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นจนได้ถึงวันละ 30-60 นาที สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ไม่ควรออกกำลังกายจนล้าเกินไป ไม่ควรฝืนออกกำลังกายถ้าไม่พร้อมทั้งกายและใจ

3. การควบคุมน้ำหนักหรือการลดน้ำหนักในรายที่อ้วน

เป็นสิ่งที่สำคัญประการหนึ่ง เนื่องจากความอ้วนจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และไขมันในเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดแข็งตัว และเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจขึ้นได้ การควบคุมน้ำหนักทำได้โดยการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

4. การเลิกสูบบุหรี่

เนื่องจากบุหรี่ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ และทำให้หลอดเลือดหัวใจมีพยาธิสภาพ ได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรเลิกสูบบุหรี่ บางครั้งผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ช่วงแรก จะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงควรรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีแคลอรีต่ำในการชดเชย การสูบบุหรี่ เพื่อช่วยไม่ได้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอีก

5. หลีกเลี่ยงภาวะเครียด

เนื่องจากภาวะเครียดทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบแคบลง เพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด กระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ เร่งให้การดำเนินของโรครุนแรงขึ้น ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดออกมาในรูปแบบต่างๆ เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมนี้จะส่งผลเสียต่อการควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งถ้าไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาวะเครียดได้ จำเป็นต้องหาวิธีผ่อนคลายความเครียด ซึ่งทำได้หลายวิธี เช่น การออกกำลังกาย เล่นกีฬาที่ไม่ใช่การแข่งขัน ทำสมาธิ การฟังธรรม เป็นต้น ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การพักผ่อนอย่างเพียงพอก็เป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยลดภาวะเครียดให้น้อยลงได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรนอนหลับตอนกลางคืนอย่างน้อย 7-8 ชั่วโมง และถ้าเป็นไปได้ควรมีการผ่อนคลายหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ

6. การรับประทานยา

รับประทานยาให้ตรงเวลาและตรงขนาด ไม่หยุดรับประทานยาเอง และเมื่อมีอาการผิดปกติให้รีบมาพบแพทย์ทันที

7. การมาตรวจตามนัด

มาตรวจตามนัดทุกครั้งเพื่อผู้ป่วยจะได้รับการตรวจประเมินสภาพและติดตามผลการรักษาเป็นระยะๆ ซึ่งถ้าพบความผิดปกติจะได้รับการแก้ไขหรือรักษาได้อย่างทันท่วงที

ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยด้านชีวสังคมบางประการ และความเชื่อด้านสุขภาพมาศึกษาถึงผลที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่

1. เพศ

แอนเดรียสันและโนริส (Andreason & Noris. 1972 : 352-362) กล่าวว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทางด้านจิตใจ เพราะความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับแตกต่างกัน รวมทั้งทัศนคติต่อความเจ็บป่วย โอเร็ม (Orem. 1991 : 137) กล่าวว่า เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อความต้องการดูแลตนเอง

2. อายุ

เป็นองค์ประกอบหรือปัจจัยทางด้านลักษณะประชากรที่มีผลต่อพฤติกรรม ทั้งนี้เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตและเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ ยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อดูแลตนเองทางด้านสุขภาพได้ดีกว่าวัยเด็ก

โอเร็ม (Orem. 1985 : 266) กล่าวว่า อายุเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อความต้องการดูแลตนเอง ความสามารถและข้อจำกัดสำหรับการดูแลตนเอง และมีส่วนเกี่ยวข้องกับกลไกที่ซับซ้อนกับลักษณะพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วย เบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman. 1975 : 10-24) กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค และอายุจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล บุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ย่อมมีความสนใจดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

3. สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคล โอเร็ม (Orem. 1985 : 91-120,211) บุคคลที่มีชีวิตคู่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า เนื่องจากผู้ที่แต่งงานแล้วจะได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ทำให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญปัญหาสามารถควบคุมปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เพื่อดอบสนองความต้องการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของฮับบาร์ดและคณะ (บุชบา ดันดิศักดิ์. 2535 : 50 ; อ้างอิงจาก Hubbard, et al. 1984 : 266-269) ที่พบว่ากลุ่มคนที่มีคู่ชีวิตจะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า จึงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนโสด เพราะการมีคู่ชีวิตจะช่วยลดความเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

4. ระดับการศึกษา

โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ดีกว่าผู้

ที่มีการศึกษาคำว่า ทั้งนี้เพราะการศึกษาจัดเป็นประสบการณ์ชีวิตทำให้บุคคลรู้จักคิดไตร่ตรอง และใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา รวมทั้งผู้ที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสได้รับข่าวสาร มีความเข้าใจ เรื่องสุขภาพอนามัย รู้จักแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ที่มีอยู่เป็นจำนวนมาก รวมทั้งรู้จักใช้ บริการทางการแพทย์ได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 182) กล่าวว่า โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาบ้างจะมีการรับรู้และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องดีกว่า บุคคลที่มีการศึกษาค่ำ โอเรม (Orem. 1985 : 175) เชื่อว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการ พัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดี ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยรายได้ของครอบครัว

เป็นสิ่งที่แสดงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อ พฤติกรรม ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำกว่า เดวิส(บุษบา ดันติศักดิ์. 2535 : 31 ; อ้างอิงจาก Davis. 1968 : 274-275) กล่าวว่า ผู้ที่มีรายได้ต่ำมักจะมีการศึกษาค่ำกว่า และไม่ ค่อยเอาใจใส่ต่อสุขภาพ ซึ่งตรงข้ามกับผู้ที่มีรายได้สูง เพนเดอร์ (ตรีนาช โกวิทเจริญตระกูล. 2542 : 31 ; อ้างอิงจาก Pender. 1987 : 161-162) กล่าวว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม สูง จะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง และเอื้ออำนวยให้ สามารถได้รับอาหารที่เพียงพอ ตลอดจนเข้ารับบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหา ข้าวของ เครื่องใช้เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลตนเอง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

ความเชื่อ (Belife) หมายถึง ความนึกคิด หรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่ง อาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและ ความเข้าใจนั้นๆ เมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว ความเชื่อในสิ่งนั้นๆ มักจะทำให้เขา ปฏิบัติหรือกระทำในสิ่งต่างๆ ที่สอดคล้องกับความเชื่อของตน จึงอาจกล่าวได้ว่าความเชื่อมี อิทธิพลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมของบุคคล (จรรยา สุวรรณทัต. 2537 : 814) ความเชื่อจึงมี อิทธิพลในการชักนำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามการรับรู้ ความรู้สึก ความนึกคิดของตน ความ เชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดเป็นผลที่เกิดขึ้นหลังจากบุคคลได้รับประสบการณ์ต่างมาแล้ว ไม่ว่า ประสบการณ์นั้นจะเป็นโดยตรงหรือทางอ้อม และยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการที่จะ ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ อย่างเหมาะสมด้วย ความเชื่อจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย ความเชื่อ เกี่ยวกับสุขภาพจึงมีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพอนามัยด้วย เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยอย่างไร ผู้ป่วยจะมีการปฏิบัติตัวหรือแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อ ทั้งๆ ที่ความเชื่อนั้นอาจจะถูกต้องตามข้อเท็จจริงหรือไม่ก็ตาม

ดังนั้นความเชื่อโดยทั่วไปจึงหมายถึง การรับรู้ ความนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลในสิ่งต่างๆ ขึ้นอยู่กับความรู้ที่มีอยู่และข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ โดยบุคคลจะประพฤติดและปฏิบัติตามความเชื่อที่มีอยู่ ความเชื่อจึงเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา (บุษบา ตันติศักดิ์. 2535 : 25 ; อ้างอิงจาก Phipps, Long & Wood. 1983 : 127) ดังนั้นเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจึงมีการปฏิบัติตัว หรือมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ และค่านิยม เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 30)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความยอมรับหรือการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา โดยจะชักนำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพตามความคิดและความเข้าใจนั้นๆ

ตั้งแต่ ปี ค.ศ.1950 เป็นต้นมา ได้มีการพัฒนาสร้างแบบแผนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพไว้มากมาย ทั้งนี้เนื่องมาจากเกิดปัญหาด้านบริการสาธารณสุข โดยพบว่า ความร่วมมือของประชาชนในด้านการป้องกันโรคลดลง จึงได้มีการศึกษาสาเหตุและหาแนวทางให้ประชาชนร่วมมือในการดูแลรักษา และป้องกันสุขภาพของตนเองมากขึ้น (Mikhail. 1981 : 65 ; อ้างอิงจาก Rosenstock. 1974 : 1) ต่อมาได้มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มาใช้ทำนายและอธิบายในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) และดัดแปลงมาใช้อธิบายพฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมบทบาทของผู้ป่วย (Sick role behavior)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้พัฒนาขึ้นโดยนักจิตวิทยาสังคม 4 ท่าน คือ Godfrey M. Hochbaum, S. Stephen Kegeles, Howard Leventhal และ Irwin M. Rosenstock ซึ่งในปี ค.ศ.1966 โรเซนสต็อก (Rosenstock) ได้จัดตั้งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งพัฒนาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของเคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin) เกี่ยวกับอวกาศของชีวิต (Life space) ทฤษฎีกล่าวว่า บุคคลมีการให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ ทำให้มีพื้นที่ที่บุคคลให้คุณค่าเชิงบวก (Positive value) พื้นที่ที่ให้คุณค่าเชิงลบ (Negative value) และมีบางพื้นที่ที่ให้คุณค่าอย่างเป็นกลาง (Neutral region) โรคความเจ็บป่วยจะอยู่ในพื้นที่ที่ให้คุณค่าเชิงลบ บุคคลจึงพยายามผลักดันหลีกเลี่ยงจากพื้นที่นี้ ดังนั้นบุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่ให้คุณค่าเชิงบวก (Rosenstock. 1974 : 329-330) โรเซนสต็อก ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค

2. โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน

3. การปฏิบัติตัวในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะให้ผลดีแก่เขาในการลดโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น ในการปฏิบัตินั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความยากลำบากและอุปสรรคต่างๆ เป็นต้น

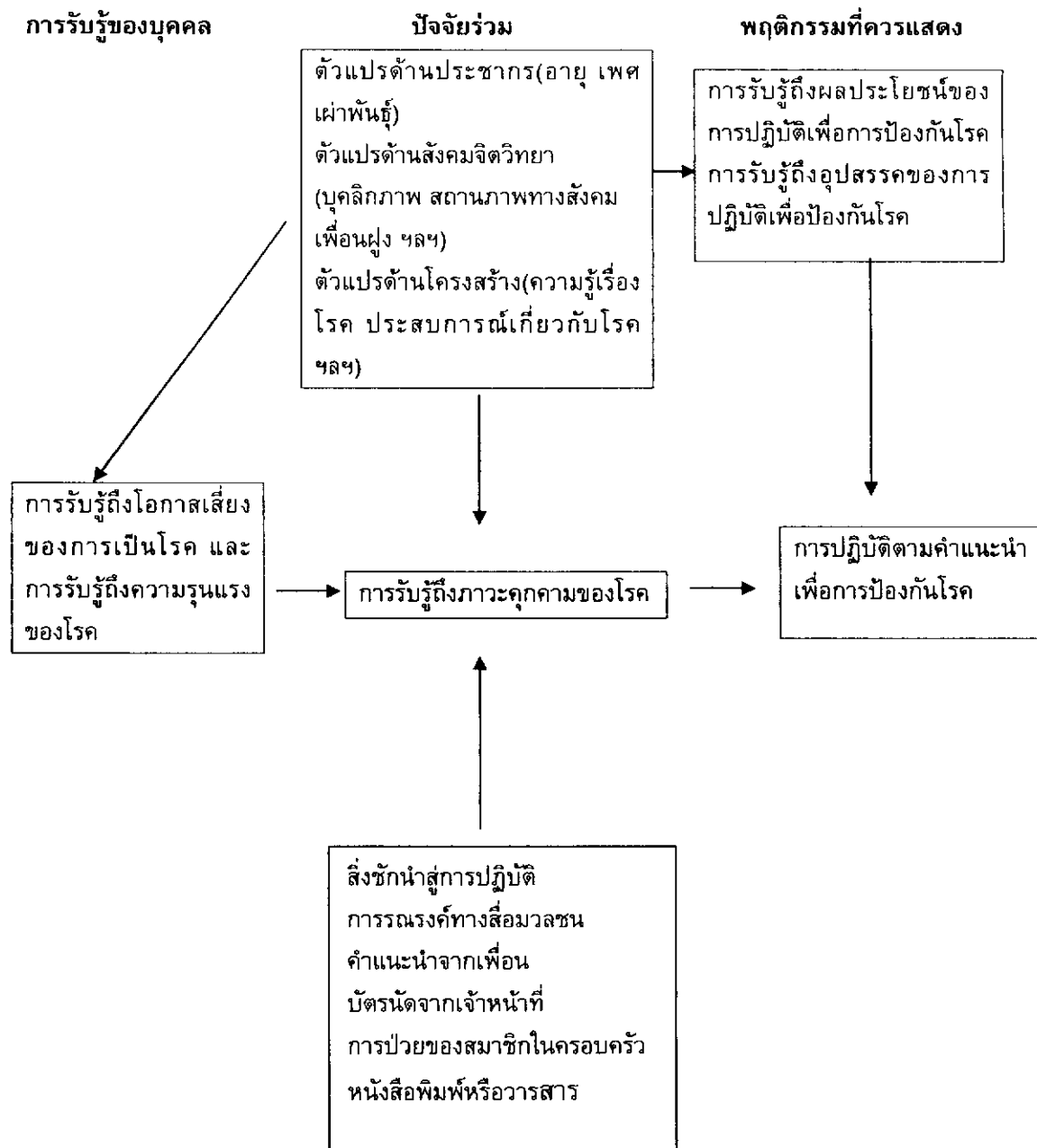
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นแบบแผนที่ใช้ตัวแปรทางจิตสังคม เพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (Health related behavior) โดยในระยะแรกนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมุ่งอธิบายพฤติกรรมอนามัย ในการป้องกันโรคของบุคคล โดยมีสมมติฐานว่า บุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรคหรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคในระยะแรก ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพ และไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้นๆ (Becker, 1974 : 29-30) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรกมีส่วนประกอบดังนี้

1. ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยพิจารณาตัดสินใจจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น

2. การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Evaluation of the advocated health behavior) โดยบุคคลจะประเมินโดยพิจารณาถึงความสะดวกหรือความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรคเพียงใด ทั้งนี้โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ความเจ็บปวด การเสียเวลา ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cue to action) อาจเป็นสิ่งชักนำภายในคน เช่น อาหารหรือความเจ็บป่วยหรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชนต่างๆ ญาติ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

สามารถเขียนความสัมพันธ์ของส่วนประกอบเหล่านี้ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 3 (Helen, C. Lox., et al. 1993 : 30 ; อ้างอิงจาก Becker, M.H., et al. 1977 : 27)



ภาพประกอบ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่สร้างขึ้นในระยะแรกเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลนั้นยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ คาสส์และคอบบี้ (นิตยา ภาสุนันท์. 2529 : 33 ; อ้างอิงจาก Kasl & Cobb. 1966 : 246) จึงประยุกต์พฤติกรรม

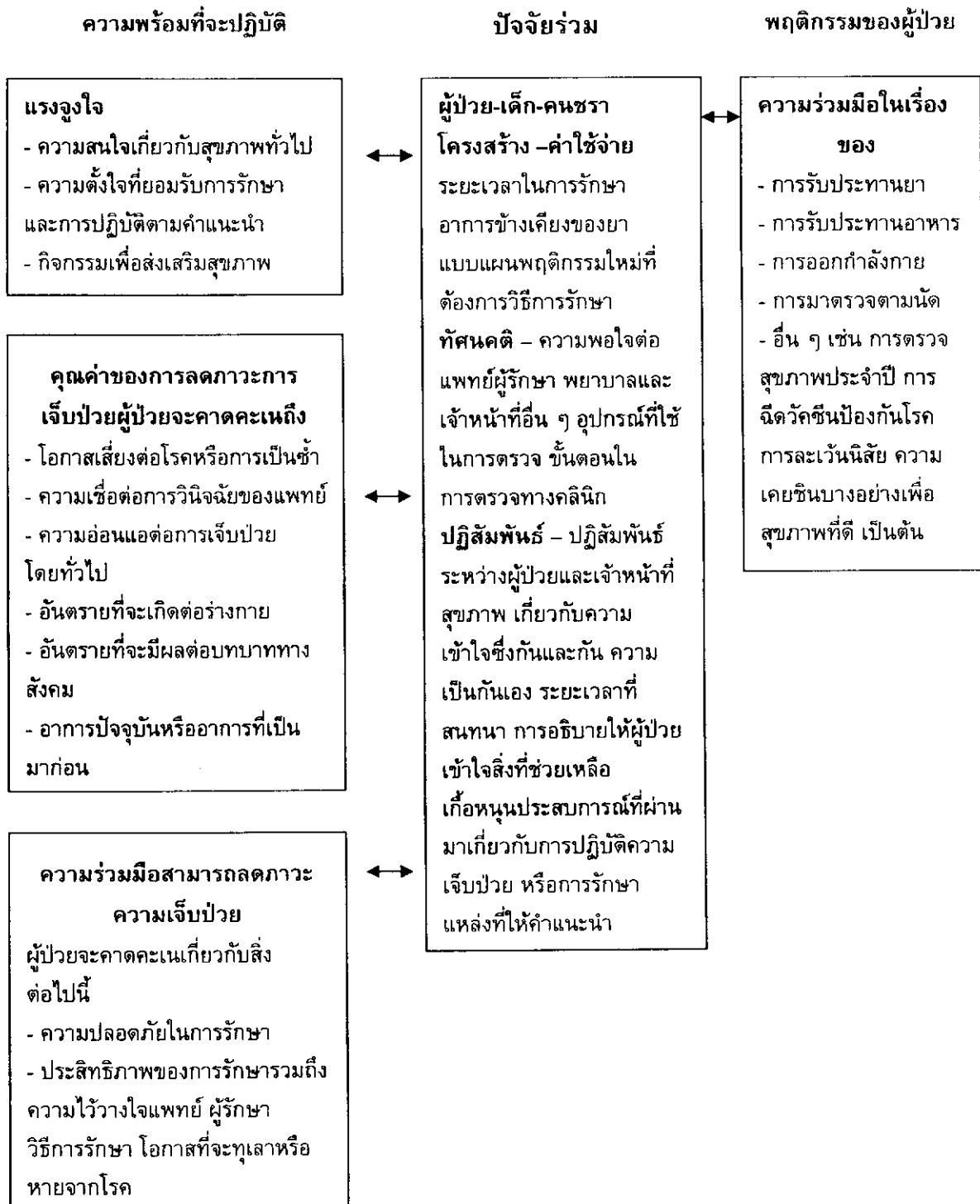
ความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลไว้ 3 ลักษณะคือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

ได้มีนักวิจัยหลายท่านพยายามที่จะใช้แบบแผนพฤติกรรมของผู้ป่วยด้านการแพทย์ (Medical model) ในการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเน้นตัวแปรด้านประชากร สังคม แผนการรักษา และลักษณะความเจ็บป่วย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ยังไม่เพียงพอที่จะใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ เบคเกอร์ (Becker, 1974 : 82) จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) ขึ้นใหม่โดยเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยในด้านต่างๆเพิ่มเติมจากที่ โรเซนสต็อค ศึกษาไว้ดังปรากฏตามภาพประกอบ 4 (ยาวดี สุวรรณาคะ. 2532 : 36 ; อ้างอิงจาก Becker & Maiman, 1974 : 89)



ภาพประกอบ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการ
รักษาของผู้ป่วย

จากแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974 : 29) เกี่ยวกับการใช้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยตามภาพประกอบ 4 ดังกล่าว พบว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองตาม แผนการรักษา ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง กล่าวคือถ้า ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีหรือถูกต้อง ผู้ป่วยก็สามารถดูแลตนเองได้โดยแสดงออกใน ลักษณะของพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพที่เบคเกอร์ได้ปรับปรุงแล้ว มาประยุกต์ใช้กับงานวิจัย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้คือ

ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความยอมรับหรือ การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแล รักษา โดยจะชักนำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพตามความคิดและความเข้าใจนั้นๆ ความเชื่อ ด้านสุขภาพในพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองจะเกิดขึ้นได้ เนื่องจากสิ่งต่างๆดังนี้ คือ

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (Perceived susceptibility) เป็นทัศนะหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรคในผู้ที่ มีสุขภาพดีโดยทั่วไปและเป็นการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นโรคเรื้อรังหรือ เป็นโรคอื่นๆอีกได้ สำหรับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแน่นอนจากแพทย์แล้ว มโนทัศน์เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไปจากกรณีที่ยังไม่ทราบว่าเป็นโรคซึ่งสามารถวัดได้ 3 ด้าน คือ (Becker, 1974 : 83)

- 1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การที่บุคคลไม่เชื่อการวินิจฉัยโรคหรือ ข้อสรุปจากแพทย์ ย่อมทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคผิดไป

- 1.2 การคาดคะเนของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือมีโอกาสกลับ เป็นซ้ำได้อีก

- 1.3 ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยง ในการเกิดโรคแทรกซ้อน อื่นๆหรือความเจ็บป่วยโดยทั่วไป

มีรายงานการศึกษาวิจัยจำนวนมากที่สนับสนุนว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันรักษาโรค เช่น นิตยา ภาสุพันธ์ (2529 : 81) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือใน การรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด การศึกษาของเบคเกอร์และคณะ(Becker, et.al.1977 : 348-368) พบว่า การรับรู้ของมารดาที่ว่าบุตรของตนมีโอกาสเกิดโรคต่างๆได้ง่ายเมื่อน้ำหนัก เกินจะมีความร่วมมือในการควบคุมอาหารและการมาตรวจตามนัด และได้สรุปว่า บุคคลที่มีการ รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีโดยให้ความร่วมมือใน

การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้

โอเร็ม (Orem, 1980 : 49) กล่าวว่า การรับรู้ต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกร่างกายเป็นปัจจัยหนึ่งในส่วนประกอบของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ซึ่งทำให้บุคคลมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมายโดยทั่วไป และสามารถพัฒนาความสามารถ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการของตนเองได้ การรับรู้จึงทำให้บุคคลทราบถึงความจำเป็นและเหตุผลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และช่วยในการประเมิน คาดการณ์ คิดไตร่ตรอง ตัดสินใจเลือกวิธีการที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง หญิงตั้งครรภ์เบาหวานจะต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับโรค และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับตนเอง อย่างถูกต้อง ซึ่งการรับรู้ที่ถูกต้องจะช่วยผลักดันให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Perceived severity) การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณมีโอกาสเกิดโรคแต่เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการกระทำหรือพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา แต่บุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกายและบทบาท ทางสังคมของเขา จึงเป็นแรงผลักดันให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความเจ็บป่วยมากกว่าจะหมายถึง ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง (Becker, 1974 : 84) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มากหรือน้อยเกินไปมีผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำ เบคเกอร์ และ คณะ (Becker., et al. 1977 : 33) ศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมในการตรวจค้นหาบุคคลที่เป็นพาหะของโรค โดยการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคในระดับต่ำหรือปานกลาง จะกระตุ้นให้บุคคลสนใจมาตรวจว่าตนเป็นพาหะหรือไม่ แต่ถ้าหากบุคคลรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคในระดับสูงเกินไป บุคคลจะวิตกกังวลและพยายามหลีกเลี่ยงการมารับการตรวจ

ความร่วมมือในการรักษามีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง เมื่อบุคคลเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ผู้ป่วยจะตระหนักถึงอันตรายและติดตามผลทางพยาธิสภาพและมีการยอมรับสภาพการเจ็บป่วย หรือความพิการของตน ยอมรับความจำเป็นในการดูแลสุขภาพของตนตามแผนการรักษาพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง และเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับผลจากพยาธิสภาพและผลที่มาจากการวินิจฉัยและการรักษา (Orem, 1980 : 50) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดประการแรกในการเลือกวิธีการ หรือแหล่งการรักษาเยียวยาส่วนปัจจัยรองลงมา ได้แก่ ความรู้เรื่องวิธีการเยียวยาตนเองของผู้ป่วย และความเชื่อถือในประสิทธิภาพของการรักษาเยียวยาตนเองหรือวิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530 : 79-82) จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในทำนองเดียวกันการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มี

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นและหันมาดูแลตนเองมากขึ้น

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Perceived benefits) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อการดูแลตนเองตามแผนการรักษาว่า การปฏิบัติตามแผนการรักษาสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายและควบคุมอาการของโรคได้ ผู้ป่วยที่มีการดูแลตนเอง โดยปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำต่างๆ อย่างเคร่งครัดจะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพได้ จากการศึกษาของนิตยา ภาสูนันท์ (2529 : 82) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจ อย่างไรก็ตามมีบางรายงานที่ให้ผลในทางลบ เช่น พวงพยอม การภิญโญ (2526 : 116) รายงานว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวานเช่นกัน

ดังนั้น แม้ว่าบุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดี แต่ถ้าขาดความร่วมมือ และการยอมรับในการปฏิบัติตามคำแนะนำแล้ว บุคคลนั้นจะไม่สามารถเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคได้ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลได้

4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Perceived barriers) หมายถึง การรับรู้ถึงความสิ้นเปลือง อุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมป้องกันโรค เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายราคาแพง ความอาย ฯลฯ ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับภาระที่หนักถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย โรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974 : 331) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่อุปสรรคต่อการปฏิบัติสูงจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจมาก ยากแก่การแก้ไขก็จะทำให้เขามีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ จากผลการศึกษาของ คลิงเกอร์ (นิตยา ภาสูนันท์. 2529 ; อ้างอิงจาก Klinger. 1984 : 32-37) พบว่า การปฏิบัติตัวที่ต้องใช้เวลานาน ความไม่สะดวกที่จะปฏิบัติความไม่สบายจากโรคหรือความเจ็บป่วย การหลงลืมหรือการได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษา ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองตามแผนการรักษา ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนจึงมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Health motivation) หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้านี้อาจเป็นความรู้สึกทั้งทางบวกและทาง

ลบ สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไปเป็นความตั้งใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ความสมัครใจในการแสวงหาและยอมรับการรักษาหรือบางรายอาจเกิดความกังวลใจ เป็นต้น (Mikhail.1981 : 70) สิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้

แรงจูงใจจะวัดได้ในรูปของความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป ความตั้งใจหรือความต้องการที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ การให้ความร่วมมือในการรักษา การศึกษาของ เบคเกอร์ และคณะ (นฤมล รัตนไพจิตร. 2533 : 31 ; อ้างอิงจาก Becker., et al. 1972 : 852-862) ที่ศึกษาเรื่องแรงจูงใจในฐานะที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาพบว่า มารดาของเด็กป่วยมีความสนใจสุขภาพของลูก มีการปฏิบัติในการให้ลูกรับประทานยาตามแพทย์สั่ง มีการพบแพทย์ตามนัด มีแนวโน้มที่จะวัดอุณหภูมิให้ลูกเอง มีการจัดหาอาหารเฉพาะและวิตามินแก่ลูก และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเป็นมารดาที่ดีสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมปฏิบัติตามการศึกษาของ พวงพยอม การภิญโญ (2526 : 110) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ ไบแก้ว (2528 : 99) ที่ว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการศึกษาของนิตยา ภาสนันท์ (2529 : 80) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองตามแผนการรักษา (Pender. 1982 : 150)

แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปมีความเกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ โจเซฟ (Joseph. 1980 : 132) แรงจูงใจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมและหันมาดูแลตนเอง และคอนเนลลี (Connelly. 1987 : 626) มีความเห็นสอดคล้องว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีพฤติกรรมดูแลตนเอง โอเร็ม (Orem. 1991 : 155) ได้มองแรงจูงใจว่าเป็นหนึ่งในสิบของพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ที่ช่วยให้เกิดการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง แรงจูงใจจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยในการที่จะตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อที่จะสามารถดูแลตนเองได้ และปฏิบัติตัวได้สอดคล้องกับโรคเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจนเป็นอันตรายต่อตนเอง

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลตนเองให้เป็นไปตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันมิให้อาการของโรครุนแรงขึ้น อีกทั้งป้องกันมิให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อตนเองได้ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ใช้

ความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ และแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากความเชื่อด้านสุขภาพ จะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองแล้ว โอเร็มได้กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐานว่าเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งปัจจัยชีวสังคมที่ผู้วิจัยเลือกศึกษา คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

เพศ

วอลสตัน วอลสตัน และเมดส์ (Wallston, Wallston & Maides. 1976 : 1193) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพเรื่องความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงจะชวนขยายหาความรู้มากกว่าเพศชาย

คุทเนอร์ และคุทเนอร์ (Kutner & Kutner. 1979 : 62-66) ได้ศึกษาปัจจัยด้านเพศและเชื้อชาติที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมักมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชายโดยเฉพาะยามเจ็บป่วย เพศชายมักไม่ได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง เพราะโดยทั่วไประบบสังคม และวัฒนธรรม กำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทของผู้ดูแล

สปีค, โควาร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart & Pallet. 1989 : 93-100) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี กับปัจจัยลักษณะประชากรและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต

ลักการีเนนและเฮ็นตินีน (Lakkarinen & Hentinen. 1997 : 295-304) ได้ศึกษาถึงการดูแลสุขภาพตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์น้อยต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

อายุ

แลงลี (Langlie. 1977 : 254) ศึกษาโครงข่ายสังคม ความเชื่อทางสุขภาพและการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคจะมีมากขึ้นในผู้ที่มีอายุมากขึ้น

มูเลมแคมป์และโบรเออแมน(Muhlekamy & Broeman. 1988 : 543) ได้ศึกษาอิทธิพลของอายุ ระดับการศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า อายุมีผลทางอ้อมเพียงเล็กน้อยต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

ลันด์แมน และคณะ (Lundman., et al. 1990 : 259) ได้ศึกษาการรับรู้การดูแลตนเองให้ชีวิตมีคุณภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานอายุมากมีการรับรู้การดูแลตนเองให้ชีวิตมีคุณภาพดีกว่าผู้ป่วยอายุน้อย

สถานภาพสมรส

เวด และคณะ (Wade., et al. 1984 : 514) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่อยู่ตามลำพังหรือเป็นคนโสด จะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีคู่สมรส

สปีค(Speak. 1987 : 25-30) ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 118 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า แยก มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน

สปีค,โควาร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart & Pellet. 1989 : 93-100) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี กับปัจจัยลักษณะประชากรและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผลการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต

ลัสค์ เคอร์ และ โรนีส (Lusk, Kerr & Ronis. 1995 : 22) ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนทำงาน ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสไม่ทำให้คนที่ทำงานในระดับต่างๆมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

ระดับการศึกษา

คาสส์ และคอบบ์ (Kasl & Cobb. 1966 : 250-251) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตน ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อย

แลงลี (Langlie. 1977 : 253) ศึกษาโครงข่ายสังคม ความเชื่อทางสุขภาพและการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค กล่าวคือ ผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูงจะมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โภชนาการที่ดี รับการตรวจสุขภาพ รับภูมิคุ้มกันโรค ใช้เข็มฉีดยาป้องกันโรคมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า

มุเลมแคมป์ และโบรเออแมน (Muhlekamy & Broeman. 1988 : 543) ได้ศึกษาอิทธิพลของอายุ ระดับการศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อหญิงตั้งครรภ์แตกต่างกัน หญิงตั้งครรภ์ที่ระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ระดับการศึกษาดำกว่า

สปีค, โควาร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart & Pellet. 1989 : 93-100) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี กับปัจจัยลักษณะประชากรและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต

รายได้ของครอบครัว

คาสส์ และคอบบี้ (Kasi & Cobb. 1966 : 250-251) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ

สปีค, โควาร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart & Pellet. 1989 : 93-100) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี กับปัจจัยลักษณะประชากรและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผลการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต

ไฮเจวี และเบอร์นาร์ด (Ahijevyeh & Bernard. 1994 : 86-89) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำ ผลการศึกษาพบว่า รายได้เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความเชื่อด้านสุขภาพ

แลงลี (Langlie. 1977 : 244) ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้พฤติกรรมการป้องกันทั้งพฤติกรรมทางตรง เช่น การรับรอง การเดินถนน การสูบบุหรี่ พฤติกรรมทางอ้อม ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การไชยา การไปรับการตรวจเบื้องต้น การไปรับภูมิคุ้มกันโรคในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 383 ราย ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางตรงและทางอ้อมที่ป้องกันโรคได้

เฮร์เชย์ และคนอื่นๆ (Hershey., et al. 1980 : 1081-1089) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง ซึ่งใช้แบบความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 132 คน ใช้แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ และรายงานการรับประทานยาจากผู้ป่วยเอง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงการควบคุมโรคปัจจัยด้านผู้ให้การรักษาพยาบาลการรับรู้ถึง

อุปสรรคต่างๆ ระยะเวลาในการรักษา และประสบการณ์ต่างๆ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ถึงการควบคุมโรค การรับรู้อุปสรรคต่างๆ และระยะเวลาในการรักษาเป็นตัวทำนายความร่วมมือในการรักษา

แอนดรีโอไล (Andreoli. 1981 : 323-328) ได้ศึกษาเปรียบเทียบในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ทราบสาเหตุและไม่ทราบสาเหตุในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 71 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม(ที่ทราบสาเหตุและไม่ทราบสาเหตุ) มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม คือ ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทูและบา (To & Ba. 1991 : 249-251) ได้ศึกษาสาเหตุของการมีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 ราย เพื่อค้นหาสาเหตุของการหยุดรักษาที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ พบว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาเกิดการขาดแรงจูงใจอันเนื่องมาจากความเข้าใจในโรคความดันโลหิตสูงและการรักษา อีกทั้งผู้ป่วยมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคและพบอุปสรรคในการไปรักษา ผู้ป่วยถึงร้อยละ 95 ขาดการตระหนักว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องทำการรักษาตลอดชีวิต ผู้ป่วยร้อยละ 78 คิดว่าการไม่มีอาการ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ เป็นการบ่งถึงว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ ร้อยละ 52 ของผู้ป่วยเชื่อว่าการรับประทานยาตามแบบการรักษาตะวันตก (Western medication) เป็นระยะเวลานานจะก่อให้เกิดอันตราย ดังนั้น จึงมีผู้ป่วยร้อยละ 12 ที่เชื่อในการรักษาแบบพื้นฐาน และมีผู้ป่วยร้อยละ 72 ที่อ้างถึงเหตุผลที่ต้องรอการตรวจเป็นเวลานาน อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังพบว่าการศึกษาของผู้ป่วย และความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งรักษาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ แต่ไม่มากพอที่จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษา

ฮิลดิ้งฮ์ และคณะ (Hieldingh., et al. 1995 : 921-928) ศึกษาการใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโรคหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนมากใช้วิธีการสนับสนุนทางสังคม และที่สำคัญจะใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหา

แมคแคนนา และคณะ (McKenna, et al. 1995 : 207-211) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดหลอดเลือดตีบซ้ำภายหลังการขยายหลอดเลือด ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดหลอดเลือดตีบซ้ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพภายหลังการรักษา โดยเฉพาะการกลับไปสูบบุหรี่ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ และการกลับไปบริโภคอาหารตามใจปาก

เบนเนท และคณะ (Bennet, et al. 1997 : 273-279) ศึกษาความเชื่อต่อการจำกัดอาหารและการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่า การ

รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่หลีกเลี่ยงโซเดียมและการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมีผลต่อการลดเลือดคั่งในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว และรับรู้ว่ามีอุปสรรคที่มีผลขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การหาอาหารที่มีเกลือน้อยยุ่งยาก ไม่มีเวลาไม่สะดวก ยาขับปัสสาวะทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่สะดวกในการออกจากบ้าน

เมนอตตี (Menotti. 1997 : 1125-1132) ศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในเรื่อง การป้องกันโรคขั้นปฐมภูมิ และทุติยภูมิของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 2,000 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการดูแลในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การรณรงค์เผยแพร่ความรู้ทางสื่อต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางโทรทัศน์ ให้แก่ประชาชน เป็นหนทางในการป้องกันโรคนี้ได้

งานวิจัยในประเทศ

เพศ

นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่า เพศต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมแตกต่างกัน

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 111-126) ศึกษาสรีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง ผลการศึกษาพบว่า เพศมีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดังกล่าว

กนกพร วิสิทธิ์กุล (2539 : ก-ข) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า เพศชายมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศหญิง

จิรวรรณ อินคุ้ม (2541 : 72) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้

ศิรินาข โกวินเจริญตระกูล (2542 : 73) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นเพศชาย มีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง

สมปอง ใจกล้า (2545 : 97) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

อายุ

นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่า อายุต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมแตกต่างกัน

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : 74) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลทรวงอก จังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

กุลธิดา พานิชกุล (2536 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่าง

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 111-126) ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง ผลการศึกษาพบว่า อายุ มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดังกล่าว

กนกพร วิสุทธิกุล (2539 : ก-ข) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีอายุมาก มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมาก

อรชร ศรีไทรล้วน (2541 : 116) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า อายุต่างกัน มีผลต่อการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน

ดิรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 75) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

สมปอง ใจกล้า (2545 : 96) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

สถานภาพสมรส

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : 74) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลทรวงอก จังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533 : 90) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ผลการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

กุลธิดา พานิชกุล (2536 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ติรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 77) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

สมปอง ใจกล้า (2545 : 101) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา

นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมแตกต่างกัน

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : 74) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลทรวงอก จังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

กุลธิดา พานิชกุล (2536 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่าง

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 111-126) ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของ ประชาชนเขตเมือง ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้าน สุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง และการปฏิบัติตนใน การป้องกันโรคดังกล่าว

อรชร ศรีไทรล้วน (2541 : 116) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองใน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ผล การศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาต่างกัน มีผลต่อการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ไม่แตกต่างกัน

ติรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 75) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาล ศิริราช ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่การศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเอง แตกต่างกัน

รายได้ของครอบครัว

นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาด เลือด ผลการศึกษาพบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมแตกต่าง กัน

ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533 : 92) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ผลการศึกษาพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต

กุลธิดา พานิชกุล (2536 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การ สนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 111-126) ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของ ประชาชนเขตเมือง กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนชายหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขต เทศบาลจังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับ ความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง และการ ปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดังกล่าว

อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540 : 60) ศึกษาพฤติกรรมของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร

อรชร ศรีไทรล้วน (2541 : 116) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาต่างกันมีผลต่อการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน

ศิริราช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 76) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

สมปอง ใจกล้า (2545 : 100) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกัน

ความเชื่อด้านสุขภาพ

นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โดยผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงประโยชน์ อุปสรรคของการรักษา การมีส่วนร่วมและความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : 74) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลทรวงอก จังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์บวกกับความร่วมมือในการรักษา

นิตยา เย็นน้ำ (2535 : 48) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อลดการสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขที่สูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อลดการสูบบุหรี่ ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่

ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนและด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน

วนิดา อินทราชา (2538 : บทคัดย่อ) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ

ณฐวรรณ รักวงศ์ประยูร (2539 : 62) ศึกษาการให้ความหมายต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยโรคหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ว่าสุขภาพภายหลังการรักษาดีขึ้นหรือรู้สึกว่าการดำเนินชีวิตดีขึ้น ผู้ป่วยโรคหัวใจจะลดความระมัดระวังและกลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยง

มณฑิษา อนุกุลวุฒิพงศ์ (2540 : ฉ-ช) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มวัยรุ่นมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ และด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อยที่สุด ด้านการอยู่ในที่บริเวณที่มีควันบุหรี่อยู่ในระดับน้อย ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ด้านการรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูงและด้านการขาดการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มวัยรุ่นที่มีเพศ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่อาศัยอยู่กรุงเทพมหานครแตกต่างกัน มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน ส่วนวัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง การรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแลตนเอง แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วม (ปัจจัยทางสังคม) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ปรีศนา วรรณท์ (2541 : 53) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำอยู่ในระดับดีปานกลาง การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำอยู่ในระดับดี การรับรู้ประโยชน์ต่อการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับดี และการรับรู้อุปสรรคต่อการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับดีปานกลาง

ธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์ (2544 : 52-53) ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดตันเรื้อรัง ในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อ

ประโยชน์ในการรักษาและปฏิบัติตน การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตน มีระดับความเชื่อเชิงบวกต่อพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำเรื้อรัง

สมปอง ใจกล้า (2545 : 100) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง ต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นต้น จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อจะได้นำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการดูแลตนเองในการป้องกันและรักษาโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดการกระทำกับข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและไม่เคยรับการผ่าตัดโรคหัวใจ ที่มีรับบริการ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ.2546 จำนวน 2,110 คน (เวชระเบียน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ปี 2547)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 337 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และมีวิธีดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ ยามาเน่ (สุมิตล ตีรภานนท์. 2543 : 154 ; อ้างอิงจากYamane.1967 : 886) ยอมให้ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นได้ไม่เกิน .05 ดังสูตร

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

เมื่อ	n	แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
	N	แทน	ขนาดประชากร
	e	แทน	ความคลาดเคลื่อน

$$\begin{aligned}\text{แทนค่าสูตร } n &= \frac{2,110}{1 + (2,110) (0.05)^2} \\ &= 336.25\end{aligned}$$

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 337 คน

2. การเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือก ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เคยรับการผ่าตัดโรคหัวใจ ได้รับการตรวจรักษาและมารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 337 คน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น

3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวโดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ และแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การพักผ่อน การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ้างบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสาร วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ปัจจัยชีวสังคม และความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำราและงานวิจัย

3. สร้างแบบสอบถามให้มีเนื้อหาครอบคลุมตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ และแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท เพื่อขอคำแนะนำ และนำมาแก้ไขปรับปรุง

5. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามดังนี้ ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 20 ข้อ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 22 ข้อ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 28 ข้อ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 25 ข้อ แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 18 ข้อ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 33 ข้อ รวม 146 ข้อ

6. นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวารินชำราบ โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลตระการพืชผล จำนวน 50 คน และนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ ได้ข้อคำถามดังนี้ ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 13 ข้อ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 13 ข้อ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 18 ข้อ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 12 ข้อ แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 11 ข้อ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 17 ข้อ รวม 84 ข้อ

7. นำแบบสอบถามที่ได้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

การวิเคราะห์ระดับคะแนนและการแปลผล ผู้วิจัยพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว ใช้ข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยกำหนดคะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ข้อเลือก	คะแนน	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

ประเมินค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจระดับต่ำ

แบบสอบถามการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยกำหนดคะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ข้อเลือก	คะแนน	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

ประเมินค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย3.67-5.00 หมายถึง มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจระดับสูง

ค่าเฉลี่ย2.34-3.66 หมายถึง มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย1.00-2.33 หมายถึง มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจระดับต่ำ

แบบสอบถามการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยกำหนดคะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ข้อเลือก	คะแนน	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

ประเมินค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย3.67-5.00 หมายถึง มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจระดับสูง

ค่าเฉลี่ย2.34-3.66 หมายถึง มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย1.00-2.33 หมายถึง มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะ
แทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจระดับต่ำ

แบบสอบถามการรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยกำหนดคะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ข้อเลือก	ข้อความทางลบ	ข้อความทางบวก
	คะแนน	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

ประเมินค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย3.67-5.00 หมายถึง มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะ
แทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจระดับสูง

ค่าเฉลี่ย2.34-3.66 หมายถึง มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะ
แทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจระดับ
ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย1.00-2.33 หมายถึง มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะ
แทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจระดับต่ำ

แบบสอบถามแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยกำหนดคะแนนการตอบแบบสอบถาม ดังนี้

ข้อเลือก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
	คะแนน	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

ประเมินค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง มีแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะ
แทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะ
แทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจระดับ
ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะ
แทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจระดับต่ำ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
โดยกำหนดให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ข้อเลือก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
	คะแนน	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติบ้างบางครั้ง	1	1
ไม่เคยปฏิบัติ	0	2

ประเมินค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย 1.34-2.00 หมายถึง การดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 0.67-1.33 หมายถึง การดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 0.00-0.66 หมายถึง การดูแลตนเองอยู่ในระดับควรปรับปรุง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อความ โดยใช้สูตร IC (Item-objective congruence) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117) เลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out)

2. การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวารินชำราบ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลตระการพืชผล จำนวน 50 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาทำการวิเคราะห์หาอำนาจจำแนก วิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 116-117) ได้ข้อคำถามดังนี้ ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 13 ข้อ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 13 ข้อ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 18 ข้อ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 12 ข้อ แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 11 ข้อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 17 ข้อ รวม 84 ข้อ

3. นำข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์ มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบัค (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 125-126) ค่าที่คำนวณได้จากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัคจะอยู่ระหว่าง 0-1 ค่าที่เข้าใกล้ 1 จะมีความเชื่อมั่นสูง (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 119) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขอลหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

2. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทราบ และทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ตลอดจนขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 7 มกราคม 2548 ถึง 25 กุมภาพันธ์ 2548 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ต่อไป

การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้ง 3 ตอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ข้อมูลประมวลผลสำเร็จรูป และในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และตรวจให้คะแนนแต่ละข้อคำถามตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
 2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ข้อมูลประมวลผลสำเร็จรูป ดังนี้
 - 2.1 แบบสอบถามปัจจัยชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ และเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
 - 2.2 หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
 3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระกัน โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1
 4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) หรือค่าสถิติเอฟ (f-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2-5
- ถ้าพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำการทดสอบเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Kuels method)
5. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6-10

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

- 1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (บุญชม ศรีสะอาด. 2535 : 101)

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

เมื่อ	P แทน	ค่าร้อยละ
	f แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 34-35)

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

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย
 $\sum X$ แทน ผลรวมทั้งหมดของข้อมูล
 n แทน จำนวนข้อมูลทั้งหมด

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 64-65)

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

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

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 117)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะ
 พฤติกรรม
 $\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเนื้อหา
 ทั้งหมด
 N แทน จำนวนผู้คุณวุฒิ

2.2 การหาค่าอำนาจจำแนกแบบสอบถาม ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม
 การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยหาค่า

สหสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อและคะแนนรวมทั้งฉบับ โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์.
2539 : 117)

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

เมื่อ	r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y
	N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ(Item)ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม(Total)ของทั้งกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum XY$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนน X และคะแนน Y
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน X
	$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน Y

2.3 หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 125-127)

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

เมื่อ	α	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
	n	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
	S_i^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามแต่ละข้อ
	S_t^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระกัน

โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อใช้ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ในกรณีที่ความแปรปรวนของทั้งกลุ่มแตกต่างกัน โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 162-163)

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

เมื่อ

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

เมื่อ t แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที (t-distribution)

$\bar{X}_1$ และ $\bar{X}_2$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2

S_1^2 และ S_2^2 แทน ค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

n_1 และ n_2 แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2

df แทน จำนวนค่าความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

ในกรณีที่ความแปรปรวนของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันใช้สูตร

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\left[\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \right] \left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}}$$

เมื่อ t แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที (t-distribution)

$\bar{X}_1$ และ $\bar{X}_2$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2

S_1^2 และ S_2^2 แทน ค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

n_1 และ n_2 แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มโดยใช้การทดสอบความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) หรือการทดสอบค่าเอฟ (f-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2-5 โดยใช้สูตร(ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 232-236)

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

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F – distribution

MS_B แทน ค่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม

MS_W แทน ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

ถ้าพบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Kuels method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 251-252)

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

เมื่อ q แทน q-statistic ที่ได้จากตาราง

MS_W แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม

n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่เท่ากัน

ถ้า n ในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน โดยใช้สูตร ดังนี้

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

โดยที่

$$\bar{k} = \frac{K}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_K}}$$

เมื่อ K แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 $n_1, n_2, \dots, n_K$ แทน จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ K ตามลำดับ

3.3 ทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6-10 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 322)

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

เมื่อ r_{XY} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนดิบของความเชื่อด้านสุขภาพ
 $\sum Y$ แทน ผลรวมของคะแนนดิบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 $\sum XY$ แทน ผลรวมของผลคูณของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 $\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ แต่ละตัว ยกกำลังสอง
 $\sum Y^2$ แทน ผลรวมของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง แต่ละตัว ยกกำลังสอง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาค้นคว้า

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมายการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆแทนความหมาย ดังต่อไปนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
T	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
P	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
df	แทน	ค่าความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
SS	แทน	ผลรวมของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square)
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 337 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนำเสนอผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 1

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ และแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาล

สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการแจกแจงความถี่ เป็นค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และตัดสินใจระดับความเชื่อต่าง ๆ ดังปรากฏตามตาราง 2-6

ตอนที่ 3 วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการแจกแจงความถี่ เป็นค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และตัดสินใจระดับการดูแลตนเอง ดังปรากฏตามตาราง 7-8

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีเพศต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1 โดยการทดสอบค่าที (t-test) ดังปรากฏตามตาราง 9

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (f-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2,3,4 และ 5 เมื่อพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Kuels Method) ดังปรากฏตามตาราง 10-17

ตอนที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ และแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 6,7,8,9 และ 10 ดังปรากฏตามตาราง 18

ผลการวิเคราะห์

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ปรากฏผลตามตารางที่ 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว

ข้อมูลปัจจัยชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	202	59.94
หญิง	135	40.06
รวม	337	100.00
2. อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 40 ปี	14	4.15
41-50 ปี	100	29.67
51-60 ปี	178	52.82
มากกว่า 60 ปี	45	13.35
รวม	337	100.00
3. สถานภาพสมรส		
คู่	222	65.88
โสด	28	8.31
หม้าย/หย่า/แยก	87	25.82
รวม	337	100.00
4. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	58	17.21
ประถมศึกษา	114	33.83
มัธยมศึกษา	103	30.56
อุดมศึกษา	62	18.40
รวม	337	100.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยชีวิตสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. รายได้ของครอบครัว/เดือน		
น้อยกว่า 3,000 บาท	74	21.96
3,001 - 8,000 บาท	167	49.55
8,001 -13,000 บาท	48	14.24
สูงกว่า 13,000 บาท	48	14.24
รวม	337	100.00

จากตาราง 1 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 337 คน จำแนกได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นชายคิดเป็นร้อยละ 59.94 เป็นหญิงคิดเป็นร้อยละ 40.06

2. อายุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.82 รองลงมาได้แก่อายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.67 และอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.35

3. สถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.88 รองลงมาได้แก่ สถานภาพ หม้าย /หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 25.82 และสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 8.31

4. ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 33.83 รองลงมาได้แก่ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30.56 และระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 18.40

5. รายได้ของครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีรายได้ 3,001-8,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 49.55 รองลงมาได้แก่ รายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 21.96 รายได้ 8,001-13,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 14.24 และรายได้สูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 14.24

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ และแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยแสดงค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ดังปรากฏตามตาราง 2-6

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ				
ระดับสูง	275	81.60	4.08	0.31
ระดับปานกลาง	62	18.40	3.31	0.00
รวม	337	100.00	3.70	0.16

จากตาราง 2 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 3.70 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.16 และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 81.60 และรองลงมาจะมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 18.40

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ				
ระดับสูง	252	74.80	4.18	0.31
ระดับปานกลาง	85	25.20	3.32	0.04
รวม	337	100.00	3.75	0.18

จากตาราง 3 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 3.75 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.18 และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 74.80 และรองลงมาจะมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.20

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ				
ระดับสูง	291	86.40	4.09	0.39
ระดับปานกลาง	46	13.60	3.61	0.00
รวม	337	100.00	3.85	0.20

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 3.85 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.20

และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการรับรู้ถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 86.40 และรองลงมาจะมีการรับรู้ถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 13.60

ตารางที่ 5 ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ				
ระดับสูง	79	23.40	4.33	0.00
ระดับปานกลาง	218	64.70	2.64	0.15
ระดับต่ำ	40	11.90	2.27	0.11
รวม	337	100.00	3.80	0.09

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 3.80 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.09 และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.70 รองลงมาจะมีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 23.40 และมีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 11.90

ตารางที่ 6 ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ				
ระดับสูง	330	97.90	4.20	0.41
ระดับปานกลาง	7	2.10	3.64	0.00
รวม	337	100.00	3.92	0.21

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 3.92 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21 และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 97.90 และรองลงมาจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 2.10

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยแสดงค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)
ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการดูแลตนเอง ดังปรากฏตามตาราง 7-8

ตารางที่ 7 ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
ระดับดี	231	68.50	1.81	0.11
ระดับพอใช้	106	31.50	1.19	0.08
รวม	337	100.00	1.50	0.10

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 1.50 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.10 และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมี พฤติกรรมการดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 68.50 และรองลงมาจะมี พฤติกรรมการดูแลตนเองของอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 31.50

ตาราง 8 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตาม
ตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
1. เพศ				
ชาย	202	1.60	0.29	ดี
หญิง	135	1.63	0.32	ดี
2. อายุ (ปี)				
น้อยกว่า 40 ปี	14	1.82	0.05	ดี
41-50 ปี	100	1.74	0.21	ดี
51-60 ปี	178	1.56	0.31	ดี
มากกว่า 60 ปี	45	1.46	0.35	ดี
3. สถานภาพสมรส				
คู่	222	1.57	0.31	ดี
โสด	28	1.82	0.05	ดี
หม้าย/หย่า/แยก	87	1.65	0.29	ดี
4. ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	58	1.42	0.32	ดี
ประถมศึกษา	114	1.63	0.30	ดี
มัธยมศึกษา	103	1.62	0.27	ดี
อุดมศึกษา	62	1.76	0.24	ดี
5. รายได้ของครอบครัว/เดือน				
น้อยกว่า 3,000 บาท	74	1.54	0.35	ดี
3,001 - 8,000 บาท	167	1.60	0.29	ดี
8,001 - 13,000 บาท	48	1.64	0.26	ดี
13,000 บาทขึ้นไป	48	1.74	0.26	ดี
รวม	337	1.63	0.26	ดี

จากตาราง 8 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง 1.63 ($S=0.26$) อยู่ในระดับดี จำแนกได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพศหญิงมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองเท่ากับ 1.63 ($S=0.32$) และเพศชายมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองเท่ากับ 1.60 ($S=0.29$)

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีอายุช่วงอายุ น้อยกว่า 40 ปี, 41-50 ปี, 51-60 ปี และมากกว่า 60 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองเท่ากับ 1.82 ($S=0.05$), 1.74 ($S=0.21$), 1.56 ($S=0.31$) และ 1.46 ($S=0.35$) ตามลำดับ

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีสถานภาพสมรส คู่, โสด และ หม้าย/หย่า/แยก มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองเท่ากับ 1.57 ($S=0.31$), 1.82 ($S=0.05$) และ 1.65 ($S=0.29$) ตามลำดับ

4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา, ประถมศึกษา, มัธยมศึกษา และ อุดมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองเท่ากับ 1.42 ($S=0.32$), 1.63 ($S=0.30$), 1.62 ($S=0.27$) และ 1.76 ($S=0.24$) ตามลำดับ

5. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีที่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน, 3,000-8,000 บาทต่อเดือน, 8,001-13,000 บาทต่อเดือน และสูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองเท่ากับ 1.50 ($S=0.35$), 1.60 ($S=0.29$), 1.64 ($S=0.26$) และ 1.74 ($S=0.26$) ตามลำดับ

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ตามตัวแปรเพศ โดยการทดสอบค่าที (t-test) ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามเพศ

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S	t	p
ชาย	202	1.60	0.29	0.683	0.409
หญิง	135	1.63	0.32		

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชายและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศหญิง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (f-test) ถ้าพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Kuels Method) ดังปรากฏตามตาราง 10-17

ตาราง 10 ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	3.792	1.264	15.669*	0.000
ภายในกลุ่ม	333	26.860	0.050		
รวม	336	30.652			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามอายุ

อายุ		มากกว่า 60 ปี	51 - 60 ปี	41 - 50 ปี	31 - 40 ปี
	$\bar{X}$	1.46	1.56	1.74	1.82
มากกว่า 60 ปี	1.46	-	0.10	0.28	0.36 *
51 - 60 ปี	1.56		-	0.18	0.26 *
41 - 50 ปี	1.74			-	0.08
น้อยกว่า 40 ปี	1.82				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีอายุ น้อยกว่า 40 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีอายุ น้อยกว่า 40 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุ 51-60 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี ส่วนคู่อื่นพบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 12 ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	1.695	0.847	9.774 *	0.010
ภายในกลุ่ม	334	28.957	0.050		
รวม	336	30.652			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 13

ตาราง 13 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส		คู่	หม้าย/หย่า/แยก	โสด
	$\bar{X}$	1.57	1.65	1.82
คู่	1.57	-	0.08	0.25 *
หม้าย/หย่า/แยก	1.65		-	0.17 *
โสด	1.82			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีสถานภาพสมรสโสด มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพคู่ และหม้าย/หย่า/แยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 14 ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	3.451	1.150	14.084 *	0.000
ภายในกลุ่ม	333	27.200	0.050		
รวม	336	30.652			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 15

ตาราง 15 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา		ต่ำกว่า ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	ประถมศึกษา	อุดมศึกษา
	—				
	X	1.42	1.62	1.63	1.76
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.42	-	0.20	0.21	0.34 *
มัธยมศึกษา	1.62		-	0.01	0.14 *
ประถมศึกษา	1.63			-	0.13 *
อุดมศึกษา	1.76				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นพบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 16 ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	1.202	0.401	4.529 *	0.004
ภายในกลุ่ม	333	29.450	0.050		
รวม	336	296.238			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 16 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ของ ครอบครัว/เดือน		น้อยกว่า 3,000บาท	3,001 – 8,000 บาท	8,001- 13,000 บาท	13,000 บาทขึ้นไป
	$\bar{X}$	1.54	1.60	1.64	1.74
น้อยกว่า3,000 บาท	1.54	-	0.06	0.10	0.20 *
3,001-8,000 บาท	1.60		-	0.04	0.14 *
8,001-13,000 บาท	1.64				0.10 *
สูงกว่า13,000 บาท	1.74				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน 3,001-8,000 บาทต่อเดือน และ 8,001-1,3000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นพบว่าไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ และแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ดังปรากฏตามตาราง 18

ตาราง 18 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ความสัมพันธ์ระหว่าง	n	r	p
1.การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	337	-0.032	0.563
2.การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	337	0.097	0.075
3.การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	337	0.038	0.488
4.การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	337	-0.491*	0.000
5.แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	337	0.385*	0.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกได้ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8

4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ตามตัวแปร ด้านปัจจัยทางชีวสังคม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
6. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
7. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
8. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
9. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

10. แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและไม่เคยรับการผ่าตัดโรคหัวใจ ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ.2546 จำนวน 2,110 คน (เวชระเบียนโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ปี 2547)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 337 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ ยามาเน่ (สุวิมล ติรกานนท์. 2543 : 154 ; อ้างอิงจาก Yamane. 1967 : 886) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 13 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 13 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 18 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 และแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 11 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า

(Rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ รวมจำนวน 67 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การพักผ่อน การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ้างบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ จำนวน 17 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 337 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนำเสนอผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ แล้วนำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ และแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการแจกแจงความถี่ เป็นค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และตัดสินใจระดับความเชื่อด้านต่างๆ แล้วนำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการแจกแจงความถี่ เป็นค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และตัดสินใจระดับการดูแลตนเอง แล้วนำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีเพศต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1 โดยการทดสอบค่าที (t-test) แล้วนำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ตามตัวแปรอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (f-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2,3,4 และ 5 เมื่อพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Kuels Method) แล้วนำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ และแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 6,7,8,9 และ 10 แล้วนำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ปรากฏผล ดังนี้

1. ผลการศึกษาปัจจัยชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชาย คิดเป็นร้อยละ 59.94 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.82 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.88 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.83 และมีรายได้ 3,001-8,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.55

2. ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

3. ผลการทดสอบสมมติฐาน จากการศึกษาค้นคว้า ปรากฏผลดังนี้

3.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

3.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.5 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.6 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

3.7 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

3.8 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

3.9 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.10 แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี อภิปรายผลได้ดังนี้

ตอนที่ 1 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจาก แพทย์ พยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจแก่กลุ่มตัวอย่าง ได้มีการติดตามผลระดับไขมัน น้ำตาล คลอเรสเตอรอล ในเลือด การตรวจวัดความดันโลหิต ถ้าพบมีความผิดปกติ เช่น ระดับไขมันในเลือดสูงเกินไป ผู้ป่วยก็จะได้รับคำแนะนำและคำแนะนำจากพยาบาลให้ระมัดระวังในเรื่องอาหารการกิน และเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษากับแพทย์ ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจจะถูกกล่าวถึงอีกครั้ง และจากแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก มีความระมัดระวังและเอาใจใส่ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง

มากขึ้น ในปัจจุบันโรคหลอดเลือดกำลังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของทีมสุขภาพ ทำให้มีการเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อต่างๆมากมาย เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร แผ่นพับ โทรทัศน์ และวิทยุ เป็นต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกือบตลอดเวลา และเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด จึงแสวงหาแนวทางเพื่อรักษาการเจ็บป่วยของตนไม่ให้เกิดความรุนแรงขึ้น มีการรับรู้และสนใจที่จะป้องกันความไม่สุขสบายของโรคที่เป็น โดยการปฏิบัติตนเพื่อลดความไม่สุขสบายนั้น ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี สอดคล้องแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem. 1980 : 6) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน สอดคล้องกับการศึกษาของอรรถ ศรีไทรล้วน (2541 : 77) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีระดับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี และ สอดคล้องกับการศึกษาของติรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 74) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลศิริราช มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว

1. จำแนกตามเพศ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน จึงมีการปฏิบัติในการแสวงหาทางขจัดความผิดปกติเหล่านั้น เพื่อให้มีชีวิตยืนยาว ซึ่งได้แก่ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกทำกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น ดังนั้นไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจย่อมต้องเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงต่างๆเหมือนกัน เป็นผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลักการินีเนนและเฮ็นตินีน (Lakkarinen & Hentinen. 1997 : 295-304) ที่ศึกษาถึงการดูแลสุขภาพตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์น้อยต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของจิรวรรณ อินคัม (2541 : 72) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า เพศไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของสมปอง ใจกล้า (2545 : 97) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวอลสตัน วอลสตัน และเมดส์ (Wallston, Wallston & Maides. 1976 : 1193) ที่ศึกษาการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพเรื่องโรคความดันโลหิตสูง พบว่า เพศหญิงจะชวนช่วยหาความรู้ด้านสุขภาพเรื่องความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529 : ก-ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เพศต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของติรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 73) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า หัวใจที่เป็นเพศชาย มีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง

2. จำแนกตามอายุผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 40 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 41-50 ปี , 51-60 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี ทั้งนี้เนื่องจาก อายุยังน้อยจึงเป็นวัยที่พร้อมสิ่งใหม่ๆที่เข้ามา จึงสามารถทำความเข้าใจแผนการรักษาได้ง่าย เอาใจใส่ตนเองด้านสุขภาพ และให้ความร่วมมือในการรักษาสูง จึงสามารถปรับตัวได้ดีกว่าวัยที่มีอายุมาก สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem. 1991 : 136-137) ที่กล่าวว่า ความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับอายุ ระยะเวลาพัฒนาการ ประสบการณ์ชีวิต และอายุยังเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจ ซึ่งแตกต่างกันตามระดับของพัฒนาการ นอกจากนี้อายุยังเป็นข้อกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529 : ก-ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดอายุต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของติรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 74) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และ สอดคล้องกับการศึกษาของสมปอง ใจกล้า (2545 : 98) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ การศึกษาของ มูเลมแคมป์และโบรเออแมน (Muhlekamy & Broeman. 1988 : 543) ที่ศึกษาอิทธิพลของอายุ ระดับการศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า อายุมีผลทางอ้อมเพียงเล็กน้อยต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : 74) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลทรวงอก จังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอรรช ศรีไทรล้น (2541 : 116) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่างกัน มีผลต่อการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน

3. จำแนกตามสถานภาพสมรส

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า หรือแยก มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพคู่ อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพคู่ได้รับการดูแลจากคู่สมรสมากเกินไป และผู้ป่วยเองมักคาดหวังและต้องการให้คู่สมรสคอยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันให้ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร ส่วน กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า หรือแยก ไม่ได้ขาดคู่คิดหรือขาดบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือคำจูน เพราะลักษณะของครอบครัวไทยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวที่อบอุ่น มีความผูกพันกับญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวได้เหมือนเดิม สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวก็จะเข้ารับบทบาทแทน สังคมไทยซึ่งมีลักษณะเป็นระบบเครือญาติอยู่แล้ว จึงไม่ค่อยขาดคนช่วยเหลือ ถึงแม้กลุ่มคนเหล่านี้จะขาดคนให้ความรักและดูแลใกล้ชิด แต่กลุ่มคนเหล่านี้มีจิตใจที่เข้มแข็งและสำนึกว่าตนเองไม่มีใครช่วยเหลือ จึงต้องพึ่งพาตนเองและเป็นที่พึ่งของคนอื่น จึงทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้พยายามปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตัวเอง จนกระทั่งทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีสถานภาพสมรสต่างกันจึงมี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเวด และคณะ (Wade., et al. 1984 : 514) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำ

กิจกรรมของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่อยู่ตามลำพังหรือเป็นคนโสด จะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีคู่สมรส และ สอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิดา พานิชกุล (2536 : ก-ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย บางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แต่ไม่ สอดคล้องกับการศึกษาของสปีค, โควาร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart & Pellet. 1989 : 93-100) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีกับปัจจัย ลักษณะประชากรและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี พบว่า สถานภาพ สมรสไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ตีรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 77) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

4. จำแนกตามระดับการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มี พฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ของโอเร็ม (Orem.1980 : 6) ที่กล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และ เจนคติที่ดี ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองได้ มีเหตุผล รู้จักใช้ความรู้ที่เคยมีมาใช้แก้ปัญหา เข้าใจ เหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ดี และปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง เมื่อไม่มีความรู้เรื่องใด ก็พยายามสนใจใคร่รู้ในเรื่องนั้น เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยย่อมต้องการ ที่จะหาความรู้เพื่อนำมาตอบคำถามตนเอง ว่าควรปฏิบัติอย่างไร ซึ่งความรู้ เจนคติ และการ ปฏิบัตินั้น เป็นองค์ประกอบของความคิดเห็น สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1987 : 161-162) ที่กล่าวว่า การศึกษาทำให้มนุษย์มีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีความ รอบรู้ มีเหตุผลและใฝ่รู้ขึ้น สามารถตัดสินใจและเลือกที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยได้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยย่อมต้องการที่จะค้นคว้าหรือแสวงหาความรู้ ทำ ให้บุคคลมีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่างๆที่เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย มีการตัดสินใจที่ดีและ สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม ต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ แลงลี (Langlie.1977 : 253) ที่ศึกษาโครงข่ายสังคม ความเชื่อทางสุขภาพและการป้องกัน พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริม

สุขภาพและการป้องกันโรค กล่าวคือ ผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูงจะมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โภชนาการที่ดี รับการตรวจสุขภาพ รับภูมิคุ้มกันโรค ใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับรถมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529 : ก-ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของตึรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 75) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถโรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอรรถ ศรีไทรล้วน (2541 : 116) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกัันมีผลต่อการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน

5. จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนสูงกว่า 13,000 บาท มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท , 3,001-8,000 บาท และ 8,001-13,000 บาท ซึ่งอาจเป็นเพราะรายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิต ผู้ที่มีรายได้เพียงพอหรือรายได้ดี จะเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิตได้ดี มีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้มาก รู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี รวมทั้งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ของครอบครัวดี สามารถจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ จะมีโอกาสน้อยกว่าในการกระต่าดังกล่าวให้กับตนเองและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1987 : 161-162) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีรายได้สูงจะเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลให้ตนเองได้รับอาหารเพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาข้าวของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529 : ก-ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีฐานะ

ทางเศรษฐกิจที่ต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิดา พานิชกุล (2536 : ก-ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ ตีรนาถ โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 76) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของสมปอง ใจกล้า (2545 : 97) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสปีก, โควาร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart & Pellet. 1989 : 93-100) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีกับปัจจัยลักษณะประชากรและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอรรถ ศรีไทรล้วน (2541 : 116) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง จากศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่า ถ้ามาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งจะทำให้ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน และการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ กลุ่มตัวอย่างจึงเชื่อว่าแพทย์สามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจไม่ให้เกิดขึ้นได้ จึงไม่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองให้ถูกต้อง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ถึงร้อยละ 33.83 ซึ่งเพนเดอร์ (Pender. 1987 : 161-162) กล่าวว่า การศึกษาทำให้มนุษย์มีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีความรอบรู้ มีเหตุผลและใฝ่รู้ขึ้น สามารถตัดสินใจและเลือกที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยได้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยย่อมต้องการที่จะค้นคว้าหรือแสวงหาความรู้ ทำให้บุคคลมีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย มีการตัดสินใจที่ดีและสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม

ต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ระดับการศึกษานั้นช่วยให้เกิดการรับรู้อย่างมีขั้นตอน ผ่านกระบวนการที่ใช้เหตุผลมากขึ้น และทั้งนี้อาจเนื่องจากยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น สิ่งแวดล้อม สังคม และความเชื่อ เป็นต้น ที่มีอิทธิพลเกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่จะทำให้นักศึกษานั้นมีความเชื่อแตกต่างกันออกไป ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างคาดว่าจะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจกับตนเอง จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของแมคแคนนา และคณะ (McKenna, et al. 1995 : 207-211) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดหลอดเลือดตีบซ้ำภายหลังการขยายหลอดเลือด พบว่า อัตราการเกิดหลอดเลือดตีบซ้ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพภายหลังการรักษา โดยเฉพาะการกลับไปสูบบุหรี่ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ และการกลับไปบริโภคอาหารตามใจปาก และสอดคล้องกับการศึกษาของณฐวรรณ รัทวงศ์ประยูร (2539 : 62) ที่ศึกษาการให้ความหมายต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า การรับรู้สุขภาพภายหลังการรักษาดีขึ้นหรือรู้สึกว่าการดีขึ้น ผู้ป่วยโรคหัวใจจะลดความระมัดระวังลงและกลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ แอนดรีโอไล (Andreoli. 1981 : 327) ที่ศึกษาเปรียบเทียบในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ทราบสาเหตุและไม่ทราบสาเหตุในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 71 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ทราบสาเหตุและไม่ทราบสาเหตุ สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรค ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529 : ก-ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยอมรับว่าความเจ็บป่วยเป็นเรื่องของเวรกรรม จึงมองว่าการเจ็บป่วยที่ประสบนี้เป็นการชดใช้กรรมที่เคยก่อไว้ในชาติ

ก่อน เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ถึงร้อยละ 33.83 ทำให้มีความคิด ความเชื่อต่าง ๆ ที่อิงหลักการทางวิทยาศาสตร์น้อยกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูง ซึ่งมีโอกาสที่จะเปิดรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้กว้างกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

(ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 80-88) สอดคล้องกับคำกล่าวของโอเร็ม (Orem.1980 : 6) ที่กล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดี ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ซึ่งบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะช่วยเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้ มีเหตุผล รู้จักใช้ความรู้ที่เคยมีมาใช้แก้ปัญหา เข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดีและปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงเมื่อไม่มีความรู้เรื่องใด ก็พยายามสนใจใคร่รู้ในเรื่องนั้น เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยย่อมต้องการที่จะหาความรู้เพื่อนำมาตอบคำถามตนเอง ว่าควรปฏิบัติอย่างไร ซึ่งความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ นั้น เป็นองค์ประกอบของความคิดเห็น และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 3,001-8,000 บาท ถึงร้อยละ 49.55 ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิตได้ดีเท่าที่ควร และมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1987 : 161-162) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีรายได้สูงจะเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลให้ตนเองได้รับอาหารเพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาข้าวของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเอง และทั้งนี้อาจเนื่องจากยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น สังคม สิ่งแวดล้อม และความเชื่อ เป็นต้น ที่มีอิทธิพลเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่จะทำให้นักศึกษานั้นมีความเชื่อแตกต่างกันออกไป ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างคาดว่าจะมีการเจ็บป่วยในอนาคตที่ไม่รุนแรง จนทำให้เกิดความพิการหรือความตาย จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษา

นิตยา เย็นฉ่ำ (2535 : 48) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อลดการสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขที่สูบบุหรี่ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์ (2544 : 52-53) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดตันเรื้อรัง ในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคปอด

อดตันเรื้อรัง มีระดับความเชื่อเชิงบวกต่อพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดตันเรื้อรัง

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะเริ่มต้นสามารถรักษาให้หายได้ จึงทำให้ขาดความร่วมมือและขาดการยอมรับในการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรในทีมสุขภาพของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ในเรื่องต่างๆ เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เพราะจากการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังคิดว่าการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ทำให้เลือดสูบฉีดได้ดีหัวใจทำงานดีขึ้น และทั้งนี้อาจเนื่องจากยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น สิ่งแวดล้อม สังคม และความเชื่อ เป็นต้น ที่มีอิทธิพลเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่จะทำให้นักคนไข้มีความเชื่อแตกต่างกันออกไป ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างคาดว่าจะป้องกันไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจกับตนเอง จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของพวงพยอม การภิญโญ (2526 : 116) ที่ศึกษาการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เย็นจำ (2535 : 48) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตามเพื่องดการสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขที่สูบบุหรี่ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตามเพื่องดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตาม ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการดูแลตนเองเองของผู้ป่วยเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์ (2544 : 52-53) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดตันเรื้อรัง ในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การรับรู้ต่อประโยชน์ในการรักษาและปฏิบัติตาม มีระดับความเชื่อเชิงบวกต่อพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดตันเรื้อรัง

4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่าการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางคนยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหลายอย่าง เช่น ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ หรือสิ่งเสพติดได้ และยังดื่มชาหรือกาแฟ แทนการรับประทานอาหารเช้า ทั้งที่กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้มีความรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งได้รับจากบุคลากรในทีมสุขภาพของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี แต่ไม่ปฏิบัติตามการรับรู้หรือความรู้ที่มี สิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งอุปสรรคเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นมานานมีความต่อเนื่อง จนเกิดเป็นความเคยชินที่ยากต่อการแก้ไขบางปัจจัยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง เช่น ขาดความขยันในการออกกำลังกาย จากพยาธิสภาพของโรค ขาดความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายที่ถูกวิธี เป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิดของ โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974 : 331) ที่กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูง ในขณะที่อุปสรรคต่อการปฏิบัติสูงจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจมาก ยากแก่การแก้ไขก็จะทำให้เขามีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ สอดคล้องกับแนวคิดของคลิงเกอร์ (นิตยา ภาสุนันท์, 2529 ; อ้างอิงจาก Klinger, 1984 : 32-37) ที่กล่าวว่า การปฏิบัติตัวที่ต้องใช้เวลานาน ความไม่สะดวกที่จะปฏิบัติความไม่สบายจากโรคหรือความเจ็บป่วย การหลงลืมหรือการได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา และทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของเบนเนตและคณะ (Bennet, et al. 1997 : 73-279) ที่ศึกษาความเชื่อต่อการจำกัดอาหารและการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่า การรับรู้อุปสรรคของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งมีผลขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เย็นน้ำ (2535 : 48) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อลดการสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขที่สูบบุหรี่ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานครไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์ (2544 : 52-53) พบว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคปอดอุดตันเรื้อรังมีระดับความเชื่อเชิงบวกต่อพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดตันเรื้อรัง

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองจาก

การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าถ้าแข็งแรงจากโรค จะทำให้สามารถช่วยเหลือครอบครัวได้ ต้องการปฏิบัติตนไม่ให้เป็นภาระของคนใกล้ชิดเพราะเมื่อไม่สามารถทำงานบ้านได้ คนในครอบครัวช่วยทำงานแทน และแพทย์ พยาบาลในคลินิกโรคหัวใจให้คำแนะนำเป็นอย่างดี สิ่งเหล่านี้จึงเป็นสิ่งจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม จึงเห็นได้ว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม自我ดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโจเซฟ (Joseph. 1980 : 132) ที่กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมและหันมาดูแลตนเอง และ คอนเนลลี (Connolly. 1987 : 626) มีความเห็นสอดคล้องว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีพฤติกรรม自我ดูแลตนเอง โอเร็ม (Orem. 1991 : 155) ได้มองแรงจูงใจว่าเป็นหนึ่งในสิบของพลังความสามารถในการ自我ดูแลตนเอง ที่ช่วยให้เกิดการกระทำอย่างจงใจเพื่อการ自我ดูแลตนเอง ดังนั้นแรงจูงใจจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยในการที่จะตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อที่จะสามารถ自我ดูแลตนเองได้ และปฏิบัติตัวได้สอดคล้องกับโรคเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจนเป็นอันตรายต่อตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529 : ก-ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการ自我ดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด และสอดคล้องกับการศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรม自我ดูแลตนเองอยู่ในระดับดี แต่ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่ยังมีพฤติกรรม自我ดูแลตนเองอยู่ในระดับปรับปรุง ดังนั้นเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องควรปรับปรุงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จัดให้มีกิจกรรมเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจให้แก่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรม自我ดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม
2. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม自我ดูแลตนเอง อาจเป็นเพราะผู้ป่วยบางคนมีความรู้แต่ไม่ปฏิบัติตามการรับรู้ที่ถูกต้อง เช่น ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ดังนั้น ควรจัดให้มีกิจกรรมกลุ่มของผู้ป่วย โดยให้มีการพูดคุยพบปะกันในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ที่คลินิกโรคหัวใจ เพื่อส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและยังเป็นการถ่ายทอดประสบการณ์ของ

ผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและรับรู้ถึงประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้เห็นตัวอย่างผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีและเกิดผลดีกับโรคที่ตนเองเป็น จะเป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยอื่นปฏิบัติตาม

3. แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะคนในครอบครัวเป็นแรงจูงใจที่สำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ดังนั้นควรจัดให้มีการสอนสุขศึกษาเป็นกลุ่มย่อยสำหรับญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่คลินิกโรคหัวใจ เพื่อช่วยถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจในหลักการปฏิบัติตัวอย่างถูกวิธีเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรอื่นๆที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเชื่ออำนาจภายในตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม
2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีในแต่ละด้าน เช่น กลุ่มที่มีกิจกรรมด้านร่างกายดี เพื่อศึกษาถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตว่ามีการปรับเปลี่ยนอย่างไร มีปัจจัยอะไรบ้างที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี มีกระบวนการแสวงหาความรู้อย่างไร
3. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

บรรณาการ

บรรณานุกรม

- กนกพร วิสุทธิกุล. (2536). พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- กุลธิดา พานิชกุล. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. (2535). รายงานการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- คณาจารย์สถาบันราชชนก. (2541). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : โรงพิมพ์ยุทธรินทร์.
- จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ สส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. บทคัดย่อ.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2537). "ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนาการเด็กและเลี้ยงดูเด็ก หน่วยที่ 8-15 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พัชชวนพิมพ์.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- จิรวรรณ อินคัม. (2540). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- จันทรวิไลใจอารีย์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : เทพเนรมิตการพิมพ์.
- ณัฐวรรณ รักวงศ์ประยูร. (2539). การให้ความหมายต่อความรู้สึกไม่แน่ใจในผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.

- ดิเรกนาถ โกวิทเจริญตระกูล. (2542). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับ
บริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช.
ปริญญาณิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- ธนวรรณ อิมสมบุรณ์. (2532, ตุลาคม-ธันวาคม). "การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรม
สุขภาพ," สุขศึกษา พลศึกษา สันทนาการ. 15(4) :11-15.
- ธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์. (2544). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วย
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสารภีจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ สส.ม.
(สาธารณสุข). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. อัดสำเนา.
- นฤมล รัตนไพจิตร. (2533). ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและแบบแผนพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ
ของวัยรุ่น : ศึกษากรณีเอดส์. วิทยานิพนธ์ สส.ม. (สังคมศาสตร์). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. อัดสำเนา.
- นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรค
การดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรค
หัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- นิตยา ภาสุนันท์. (2529). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้
เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล. อัดสำเนา.
- นิตยา เ็นจำ. (2535). ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพของบุคลากรชาย
ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.
วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
อัดสำเนา.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). การวิจัยเบื้องต้น. มหาสารคาม : ภาควิชาพื้นฐานการศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- บุษบา ดันดิศักดิ์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับ
คุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรค เอส แอล อี. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(พยาบาลศาสตร์
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- ปรีศนา วรนนท์. (2541). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- เพ็ญศรี เกิดนาค. (2537). สีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง : กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. (2530). "แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง," การดูแลสุขภาพตนเอง ทศนะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงพยอม การภิญโญ. (2526). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- พวงผกา ชื่นแสงเนตร. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ (ฉบับปรับปรุงใหม่ล่าสุด). พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : สำนักงานทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พรรณี เสถียรโชค และ ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. (2536). "โรคหัวใจขาดเลือด," ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย.
- มนทิชา อนุกุลวุฒิพงศ์. (2540). พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- เยาวดี สุวรรณนาคะ. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2525). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.

- โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. (2545). รายงานประจำปี พ.ศ.2544. อุบลราชธานี :
เวชระเบียนฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.
- _____. (2546). รายงานประจำปี พ.ศ.2545. อุบลราชธานี :
เวชระเบียนฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.
- _____. (2547). รายงานประจำปี พ.ศ.2546. อุบลราชธานี :
เวชระเบียนฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.
- วนิดา อินทราชา. (2538). ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และ
พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ พย.ม.
(การพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่. บทคัดย่อ.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538, กุมภาพันธ์-มีนาคม). "ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่ายๆที่
บางครั้งก็พลาดได้," ข่าวสารสำนักสารสนเทศทางการศึกษาแห่งชาติ. 18(3) : 9.
- _____. (2530). สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- วิโรจน์ โคตวณิชย์. (2540,กรกฎาคม). "มหันตภัยตายเจียบ." วารสาร 9 ทันโรค. 5(7) : 11-12.
- ศรียา นิยมธรรม และ ประภัศร นิยมธรรม. (2519). โปรแกรมการเรียนวิชาจิตวิทยา.
กรุงเทพฯ : เซนทรัลเอ็กซ์เพรสศึกษาการพิมพ์.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2537, กุมภาพันธ์-พฤษภาคม). " การวิจัยทางสุศึกษา และพฤติกรรม
สุขภาพ," อนามัยครอบครัว. 22(2) : 50-51.
- สมชาติ โลจายะ และ คนอื่นๆ. (2536). คำว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯเวชสาร.
- สมปอง ใจกล้า. (2545). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ
คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม. ปรินญาณพนธ์ วท.ม.
(สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา
- สันต์ ใจยอดศิลป์. (2542). การดูแลผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : พิมพ์สวย.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2541. นนทบุรี :
สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2537). สถิติการศึกษาและสาธารณสุข.กรุงเทพฯ :
สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สุจินต์ ปริษามารถ. (2535). สุขภาพส่วนบุคคล. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุชาติ โสมประยูร. (2525). การสอนสุศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนัก
คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- อรชร ศรีไทรล้วน. (2541). ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. ปรินทิฟานิช กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- อัจฉริยา พวงแก้ว. (2540). การศึกษาพฤติกรรมของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- อัสรา อารรณ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปรินทิฟานิช กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- Ahijevtch, K. & Bernard, L. (1994, January-February). "Hearth Promoting Behaviors of African American Woman," *Nursing Research*. 43(1) : 86-89.
- Andreason, N.T.C. & Norris, A.C. (1972 et al. (1977, December).). "Long Term Adjustment and Adoption Mechanism In Severly Burned Adult," *Journal Nervous and Mental Disease*. 154(3) : 352-362.
- Andreoli, Kathleen G. (1981, November-December). "Self concept and Health Belief in Complicant an Noncomplicant Hypertention Patients," *Nursing Research*. 30(6) : 323-328.
- Becker, M.H. (1974). "The Health Belief Model and Sick Role Behavior," *In the Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey : Charles B.Slack, Inc.
- Becker, M.H. & Maiman, L.A. (1975). "The Health Belief Model and Sick Role Behavior," *In the Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey : Charles B.Slack, Inc.
- Becker, M.H., et al. (1977, December). "The Health Belief Model in selected psychosocial model and correlates of individual health-related behaviors," *Medical Care*. 18(12) : 348-368.
- Bennet., et al. (1997, July-August). "Beliefs about medication and dietary compliance in people with heart failure : An instrument development study," *Heart & Lung*. 26(4) : 273-279.
- Connelly, C.E. (1987, June). "Self-Care and the chronically ill patient," *Nursing Clinics of North America*. 22(6) : 626.
- Gochman, D.S. (1988). *Health Behavior*. New York : Plenum.

- Goldenson, R.M. (1984). *Longman Dictionary of Psychology and Psychiatry*. New York : Longman, Inc.
- Hildingh, C., et al. (1995, May). "Cardiac nurse preparedness to use self-help groups as a support strategy," *Journal of Advanced Nursing*. 22(5) : 921-928.
- Helen, C. Lox. (1993). *Clinical application of Nursing diagnostics*. 2nd ed. Philadelphia : F.A.Davis Company.
- Hershey, J.C., et al. (1980, October). "Patient compliance with antihypertensive medication," *Americal Journal Public Health*. 70 (9) : 1080-1089.
- Hill, L. & Smith, N. (1985). *Self-care Nursing*. New Jersey : Prentice Hall, Inc.
- Joseph, L.S. (1980, March). "Self Care and the Nursing Process," *Nursing Clinic of North American*. 15(3) : 130-143.
- Kasl, S.V. & Cobb, S. (1966, February). "Health Behavior Illness Behavior and Sick Role Behavior," *Enviromental-Health*. 12(2) : 250-251.
- Kutner, N.G. & Kutner, M.H. (1979, February) "Race and Sex as Variables Affecting Rctions to Disability," *Archieves of Physical Medical andRehabilitation*. 60(2) : 62 - 66.
- Langlie, J.K. (1977, September). "Social net Work, Health Belief and Preventive Health Behavior," *Journal of Health and Social Behavior*. 18(9) : 244-260.
- Lukkarinen, H., et al. (1997, April). "Self-care agency and factors related to this agency Among patients with Coronary heart disease," *International Journal of Nursing Studies*. 34(4) : 295-304.
- Lundman, B., et al. (1990, August). "Living with Diabetes : Perceptions of Well-Being," *Research in Nursing and Health*. 13(8) : 255-262.
- Lusk, S.L., Kerr, M.J. and Ronis, D.L. (1995, January-February). "Hearth Promoting Lifestyle of Blue Collar Skill Trade and White Collar Worker," *Nursing Research*. 44(1) : 20-24.
- Mikhail, B. (1981, November). "The health belief model : a review and critical evaluation of the model, research, and practice," *Advances in Nursing Science*. 4 (11) : 65-82.
- McKenna, K.T., Mass, F. and McGniery, P.T. (1987, May-June). "Coronary Risk Factor Status After Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty," *Heart & Lung*. 24(3) : 207-211.

- Menotti, A. (1997, November). "Knowledge attitude and practice regarding," *Giornale Italiano di Cardiology*. 27(11) : 1125-1132.
- Muhlekamy, A.F. & Broeman, N.A. (1988, May-June). "Health beliefs, health value and positive health behavior," *Western Journal of Nursing Research*. 10(3) : 543.
- Norris, C.M. (1989, April). "self-care," *American Journal of Nursing*. 78(4) : 486-489.
- Orem, D.E. (1980). *Concept of practice*. 2nd ed. New York : Mcgraw Hill.
- _____. (1985). *Nursing : Concept of practice*. 3rd ed. New York : Mcgraw Hill.
- _____. (1991). *Nursing : Concept of practice*. 4nd ed. New York : Mcgraw Hill.
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd ed. California : Century-Crofts.
- Rosenstock, I.M. (1974, April). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monograph*. 2(4) : 328-335.
- Speak, D.L., Cowart, M.E. and Pellet, L. (1989, September). "Health Perceptions and Lifestyle of The Elderly," *Research in Nursing and Health*. 12(9) : 93-100.
- To, Lin & Ba, Ngah. (1991, August). "The Mentakab Hypertension Study project. Part II.. Why do hypertensives drop out of treatment?," *Singapore Medical Journal*. 4(32) : 249-251.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S. and Maides, S. (1976, October). "Health Related Information Seeking as a Function of Health-Related Locus of Control and Health Value." *Journal of Research in Personality*. 20(10) : 1193.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย
และรายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุโขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

/5 ธันวาคม 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสกุณฑลา รอดไม้ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี”
โดยมี รองศาสตราจารย์พริ้มเพรา ผลเจริญสุข และ อาจารย์พิมพ์พร ศิริธรรมเจริญ เป็นคณะกรรมการ
ควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์ธีรพล เกาะเทียน
นายแพทย์ 7 ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก นางคุณฤทัย อารยะวงศ์ชัย พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอศัลยกรรม
หัวใจและทรวงอก และ นางพรทิพย์ ติรมนตรี พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้างานคลินิกโรคหัวใจ
เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจ
แบบสอบถามให้ นางสาวสกุณฑลา รอดไม้ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จิระเชษฐกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 045-244973 ต่อ 1567



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731, 5618

ที่ ศธ 0519.12/12240

วันที่ 15 ธันวาคม 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวสกุณฑลา รอดไม้ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี” โดยมี รองศาสตราจารย์พริ้มเพรา ผลเจริญสุข และ อาจารย์พิมพ์พร ศิริธรรมเจริญ เป็นคณะกรรมการ ควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมาบุตร และ อาจารย์ทรงพล ต่อณี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจ แบบสอบถามให้ นางสาวสกุณฑลา รอดไม้ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร | อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. อาจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี่ | อาจารย์ประจำภาควิชาพลศึกษา
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3. นายแพทย์ธีรพล เกาะเทียน | นายแพทย์ 7 ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ |
| 4. นางดุขฎิ อารยะวงศ์ชัย | พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม
หัวใจและทรวงอกโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ |
| 5. นางพรทิพย์ ถิรมนตรี | พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้างานคลินิกโรคหัวใจ
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ |

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามที่ท่านกำลังตอบต่อไปนี้ เป็นแบบสอบถามเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี” ซึ่งเป็นกรณีศึกษาวิจัยของนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะนำมาใช้ประโยชน์ด้านการศึกษา และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้คำปรึกษา ให้การช่วยเหลือต่อผู้รับบริการทางสุขภาพต่อไป

2. แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยชีวสังคมของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. สำหรับคำตอบของท่าน ถือเป็นความลับ ไม่มีผลเสียต่อตัวท่านเอง ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง และตอบแบบสอบถามทุกข้อ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ มา ณ โอกาสนี้

นางสาวสกุณฑลา รอดไม้

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตอนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยชีวิตสังคม(ข้อมูลส่วนบุคคล)

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1.เพศ

() ชาย

() หญิง

2.อายุ

() น้อยกว่า 40 ปี

() 41-50 ปี

() 51-60 ปี

() มากกว่า 60 ปี

3.สถานภาพสมรส

() คู่

() โสด

() หม้าย / หย่า / แยก

4.ระดับการศึกษา

() ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา

() ระดับประถมศึกษา

() ระดับมัธยมศึกษา

() ระดับอุดมศึกษา

5.รายได้ของครอบครัว / เดือน

() น้อยกว่า 3,000 บาท

() 3,001-8,000 บาท

() 8,001-13,000 บาท

() มากกว่า 13,000 บาท

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการรับรู้ตามความจริงของท่าน ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ไม่มีข้อใดถูกหรือผิด (กรุณาตอบทุกข้อ)

การเลือกตอบถือหลักเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการรับรู้ของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการรับรู้ของท่านเพียงปานกลาง
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการรับรู้ของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการรับรู้ของท่านเพียงปานกลาง
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการรับรู้ของท่านเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หลอดเลือดหัวใจ					
1. ถ้าท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งจะ ทำให้ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน					
2. คนที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจถ้าไม่ ควบคุมน้ำหนัก จะทำให้หัวใจล้มเหลวได้					
3. การยืมแยมและมีอารมณ์ขัน ทำให้ อาการของโรคดีขึ้น					
4. การทำจิตใจให้สงบไม่เครียด ทำให้ไม่ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือด หัวใจ					
5. การดื่มสุราจะทำให้หัวใจทำงานหนัก มากขึ้น					
6. การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจได้					
7. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรค หลอดเลือดหัวใจ					
8. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจ					
9. การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจไม่ สม่ำเสมอจะทำให้หัวใจวายได้					
10.การรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันช่วย ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้					
11.ภายหลังรับการรักษาโรคหลอดเลือด หัวใจ เมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้นแล้วก็สามารถ หยุดยาเองได้					
12.การไม่หยุดพักผ่อน การทำงานหนัก ทำให้เกิดอาการเหนื่อย หัวใจสั่น					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
13.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ สามารถหาซื้อยา รับประทานเองได้					
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือด หัวใจ					
1.ถ้าไม่รักษาโรคหลอดเลือดหัวใจอย่าง ถูกต้อง จะทำให้มีอันตรายต่อชีวิต					
2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ต้องเสีย ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง					
3.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นภาระของ ครอบครัว					
4.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอาจจะ เสียชีวิต ด้วยโรคแทรกซ้อน					
5.โรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยเสีย สุขภาพจิต					
6.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเมื่อได้รับการ รักษาอย่างถูกต้อง สามารถทำงานได้ อย่างปกติ					
7.โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่มีวิธีรักษา ให้หายขาดได้					
8.เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เกิด ความเครียด					
9.การป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้ หัวใจวายได้					
10.การป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้ อายุสั้น					
11.การป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้ เกิดสมองพิการได้ เนื่องจากการอุดตัน ของเส้นเลือด					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
12.ภายหลังรับการรักษา เมื่อรู้สึก อาการดีขึ้นแล้ว ก็สามารถหยุดยาได้เอง					
13.ท่านยอมรับว่าความเจ็บป่วยเป็นเรื่อง ของเวรกรรม					
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือด หัวใจ					
1.การมาตรวจตามนัด ทำให้ท่านสามารถ ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง					
2.เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะเริ่มต้น สามารถรักษาให้หายได้					
3.การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทำให้ อาการของโรคดีขึ้น					
4.การหยุดรับประทานยาโรคหลอดเลือด หัวใจเอง ทำให้เกิดอันตราย					
5.การเล่าอาการเปลี่ยนแปลงให้แพทย์ หรือพยาบาลทราบ ทำให้ได้รับการรักษา อย่างถูกต้อง					
6.การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เช่น เจ็บ หน้าอก, ใจสั่น ทำให้ท่านตรวจพบอาการ ของโรคแต่เริ่มต้น					
7.การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน หรือ แอลกอฮอล์ มีผลเสียต่อการทำงานของ หัวใจ					
8.การออกกำลังกาย ต้องเริ่มออกจาก เบาๆก่อนแล้วค่อยๆเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ ร่างกายและหัวใจปรับตัวได้ แล้วจึงค่อยๆ ลดลง จึงจะไม่เกิดอันตรายต่อร่างกาย					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
9.การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมี ประโยชน์ต่อร่างกาย					
10.การรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย มี คุณค่าครบ 5 หมู่ ทำให้ไม่เกิดอาการ ท้องอืด ท้องเฟ้อ และได้รับสารอาหาร ครบถ้วน					
11.อาหารที่ทำจากไขมันสัตว์ หรือ เนื้อสัตว์ติดมัน ทำให้เกิดอาการลุกลาม ของโรค					
12.อาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ ทำให้ ไม่ต้องออกแรงเบ่งถ่าย ช่วยลดอาการของ โรค					
13.การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ทำให้เลือด สูบฉีดได้ดีหัวใจทำงานดีขึ้น					
14.ท่านจะหายจากการเจ็บป่วยเร็วหรือช้า ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของท่าน					
15.การฝึกจิตใจให้สงบ ทำให้ท่านพร้อม รับการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่จะเกิดขึ้น					
16.การแสดงความรักและความห่วงใย ต่อกันในครอบครัว ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น					
17.เมื่อมีความเครียด ท่านหายใจเข้าลึกๆ และหายใจออกช้าๆจะช่วยทำให้จิตใจสงบ					
18.การทำจิตใจให้สงบไม่เครียด ทำให้ไม่ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือด หัวใจ					
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือด หัวใจ					
1.ท่านไม่สะดวกที่จะมาตรวจตามนัด					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
2.ค่าใช้จ่ายในการรักษาทำให้เกิดปัญหากับครอบครัวท่านมาก					
3.คนในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ต่อการเจ็บป่วยของท่านเป็นอย่างดี					
4.ท่านไม่กล้าบอกอาการเจ็บป่วย ให้คนในครอบครัวทราบ					
5.ท่านไม่กล้าสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจจากแพทย์หรือพยาบาล					
6.ท่านดื่มชาหรือกาแฟ แทนการรับประทานอาหารเข้า					
7.ท่านมีภาระกิจมากจึงไม่มีเวลาไปพบแพทย์					
8.เมื่อมีปัญหาท่านไม่เคยปรึกษาบุคคลอื่น เพราะคิดว่าไม่สามารถช่วยท่านได้					
9.ท่านสามารถขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยกะทันหันได้					
10.ท่านไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ หรือ สิ่งเสพติดได้					
11.เมื่อเจ็บป่วยท่านต้องดูแลตนเองโดยลำพังเสมอ					
12.ท่านสามารถปรับปรุงการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องต่อโรคหลอดเลือดหัวใจได้					
แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ					
1.ท่านมีความพอใจในการรักษาของแพทย์ทุกครั้ง					
2.แพทย์และพยาบาลในคลินิกโรคหัวใจ ให้คำแนะนำเป็นอย่างดี					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
3.ท่านได้รับบริการที่ดีทุกครั้งที่มารับการ รักษา					
4.ถ้าท่านแข็งแรงจากโรค ท่านสามารถ ช่วยเหลือครอบครัวได้					
5.ท่านปฏิบัติตนไม่เป็นภาระของคน ใกล้ชิด					
6.ท่านสามารถเป็นตัวอย่างในการดูแล สุขภาพ ในการป่วยเป็นโรคหลอดเลือด หัวใจได้					
7.คนในครอบครัวคอยเตือนให้ท่าน รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ					
8.เมื่อท่านไม่สามารถทำงานบ้านได้ คน ในครอบครัวช่วยเหลือทำแทนให้					
9.คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านทำ กิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของ ท่าน					
10.คนในครอบครัวสอบถามอาการ เจ็บป่วยของท่านจากแพทย์หรือพยาบาล และนำมาให้คำแนะนำแก่ท่าน					
11.คนในครอบครัวคอยกระตุ้นเตือน เมื่อ ท่านไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือพยาบาล					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความจริงมากที่สุด ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว (กรุณาตอบทุกข้อ)

การเลือกตอบถือหลักเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง การกระทำที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน
ปฏิบัติบ้างบางครั้ง	หมายถึง การกระทำที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติไม่เป็นกิจวัตรประจำวัน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง การกระทำที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เคยปฏิบัติ

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ้างบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านรับประทานผักและผลไม้			
2. ท่านรับประทานอาหารหมักดอง เช่น ผักกาดดอง มะม่วง			
3. ท่านทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ทำกับข้าว รดน้ำต้นไม้			
4. ท่านใช้เวลาว่างทำงานอดิเรก เช่น เล่นสัตรี ปลูกต้นไม้ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์			
5. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว			
6. ท่านหาความรู้เพิ่มเติมในการดูแลสุขภาพของตนเอง			
7. เมื่อพบว่าบุคคลใกล้ชิดเคียงท่านสูบบุหรี่ ท่านจะเดินหนีทันที			
8. ท่านนอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง			
9. ท่านสวมหมวกก่อนนอน			
10. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ			
11. เมื่อท่านรู้สึกเครียด ไม่สบายใจ ท่านจะหาวิธีพักผ่อนคลายความเครียด เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ทำสมาธิ			
12. ท่านหลีกเลี่ยงการมีปากเสียง หรือสิ่งทำให้เกิดความเครียด			
13. ท่านมักทำจิตใจให้สงบ ไม่โกรธ หงุดหงิด ไม่หมกมุ่นอยู่กับปัญหา			
14. ท่านนั่งพักทันทีเมื่อรู้สึกเหนื่อย			
15. ท่านซื้อยามารับประทานเองเมื่อไม่สบาย			
16. ท่านมาตรวจตามแพทย์นัด			
17. ท่านรีบไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น เหนื่อยหอบ, เจ็บแน่นหน้าอก, ใจสั่น			

ภาคผนวก ค
คุณภาพของเครื่องมือ

ตาราง 19 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.52
2	0.61
3	0.23
4	0.72
5	0.36
6	0.35
7	0.22
8	0.21
9	0.56
10	0.11*
11	0.43
12	0.13*
13	0.61

* มีการนำไปปรับปรุงก่อนนำไปใช้

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.95

ตาราง 20 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.33
2	0.44
3	0.16*
4	0.17*
5	0.62
6	0.35
7	0.56
8	0.62
9	0.78
10	0.34
11	0.76
12	0.36
13	0.33

* มีการนำไปปรับปรุงก่อนนำไปใช้

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.95

ตาราง 21 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.62
2	0.71
3	0.55
4	0.18*
5	0.45
6	0.72
7	0.55
8	0.66
9	0.56
10	0.79
11	0.53
12	0.80
13	0.42
14	0.46
15	0.79
16	0.48
17	0.48
18	0.50

* มีการนำไปปรับปรุงก่อนนำไปใช้

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.95

ตาราง 22 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.53
2	0.48
3	0.36
4	0.91
5	0.79
6	0.52
7	0.56
8	0.59
9	0.14*
10	0.37
11	0.12*
12	0.18*

* มีการนำไปปรับปรุงก่อนนำไปใช้

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.95

ตาราง 23 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแรงจูงใจด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.79
2	0.31
3	0.74
4	0.75
5	0.80
6	0.35
7	0.11*
8	0.40
9	0.40
10	0.44
11	0.40

* มีการนำไปปรับปรุงก่อนนำไปใช้

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.95

ตาราง 24 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.21
2	0.60
3	0.43
4	0.55
5	0.96
6	0.41
7	0.77
8	0.83
9	0.55
10	0.42
11	0.55
12	0.86
13	0.80
14	0.83
15	0.60
16	0.10*
17	0.40

* มีการนำไปปรับปรุงก่อนนำไปใช้

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.91

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวสกุณฑลา รอดไม้
วัน เดือน ปีเกิด	10 พฤศจิกายน 2517
สถานที่เกิด	อุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	378 ม.12 ถนนอุบล-ตระการฯ ตำบลไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพระดับ 5
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2533	มัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนนารีนุกูล
พ.ศ. 2536	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช
พ.ศ. 2540	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาล เกื้อการุณย์
พ.ศ. 2548	การศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ