

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

ปริญญานิพนธ์

ของ

พิมพ์พรรณ กิตติวงศ์ภักดี

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

พฤษภาคม 2547

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๖
๖๔๖ - ๑๒๓
พ.ศ. ๒๕๔๗

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

๒๒ ๖๕ ๒๕๖๗

บทคัดย่อ
ของ
พิมพ์พรรณ กิตติวงศ์ภักดี

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา

พฤษภาคม ๒๕๔๗

๑

๐ ๒๕๔๕๕

พิมพรรณ กิตติวงศ์ภักดี. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม. ปริญญาโท วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิง นภาพร มัชฌิมานุกร, รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์.

การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม พร้อมทั้งศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรค และประวัติครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ จำนวน 244 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที ทดสอบค่าเอฟ ทดสอบรายคู่โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรคและประวัติครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.181$ และ $r = 0.461$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH BELIEFS , SOCIAL SUPPORT
AND SELF-CARE BEHAVIOR OF CORONARY HEART DISEASE PATIENTS
IN CARDIO CLINIC AT NAKORNPATTHOM HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
PHIMPHAN KITTIWONGPHAKDI

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Science degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
May 2004

Phimphan Kittiwongphakdi. (2004). *The Relationship between Health Beliefs, Social Support and Self-Care Behavior of coronary heart disease patients in Cardio Clinic at Nakornpathom Hospital*. Master Thesis, M.Sc. (Health Education). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof. Dr. Napaporn Madhyamankura, Assoc. Prof. Viriya Sukwongs.

The objective of the study were to study the relationship between health beliefs, social support and self-care behavior of coronary heart disease patients in cardio clinic at Nakornpathom Hospital, according to variables sex, age, level of education, occupation, income of family, marital status, period of disease and family history.

The sample consisted of 244 coronary heart disease patients who received the treatment in cardio clinic from systematic random. The data were collected by the set of questionnaires that were constructed by researcher and analysed by using percentage, mean, standard deviation, t-test, F-test, multiple comparison by Newman-Keuls method and Pearson Product moment correlation.

The results of this study were as follows :

1. The coronary heart disease patients had health beliefs, social support and self-care behavior in good level.

2. The patients of different sex, age, education level, family income, marital status, period of disease and family history had no difference in self-care behavior. The patients having different occupation had different significance at .05 level in self-care behavior.

3. The perceived benefits of practice ($r = 0.181$) and social support ($r = 0.461$) were positively related to coronary heart disease patients's self-care behavior at .05 level of significance while the perceived susceptibility, perceived severity and perceived barrier of practice were not.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

ของ

นางสาวพิมพ์พรรณ กิตติวงศ์ภักดี

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพ
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

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

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิง นภาพร มัชฌิมากร)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ดร.ไพบูลย์ อ่อนมั่ง)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์ นุสรา ปัสสัมสาราญ)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิง นภาพร มัชฌมากร รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์ ประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รวมทั้งผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ดร. ไพบูลย์ อ่อนมั่ง และอาจารย์ บุญผา ปลื้มสำราญ กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์นี้ได้สำเร็จ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที, อาจารย์ ดร. กมลมาลย์ วิรัตน์ เศรษฐสิน, คุณรัตนา วงษ์พิทักษ์โรจน์, คุณศุภลรัตน์ จงเจริญพรชัย และคุณอัญญา จุลศิริ ที่กรุณาให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาในการสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์พินิจ หิรัญโชติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคหัวใจ ที่กรุณาให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ตลอดจนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ญาติพี่น้อง และเพื่อนๆ สำหรับกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนประโยชน์ของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแก่ผู้สนใจทั่วไป

พิมพ์พรณ กิตติวงศ์ภักดี

สารบัญ

บทที่

หน้า

1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
	ความสำคัญของการวิจัย.....	5
	ขอบเขตของการวิจัย.....	5
	ประชากรที่ใช้ในการวิจัย.....	5
	กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	5
	ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
	สมมติฐานในการวิจัย.....	10
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	12
	ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	12
	แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ.....	25
	แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง.....	32
	พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	36
	แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม.....	38
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	43
	งานวิจัยในต่างประเทศ.....	43
	งานวิจัยในประเทศไทย.....	44
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	52
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
	ลักษณะของเครื่องมือ.....	53
	ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	54
	เกณฑ์ในการให้คะแนนของเครื่องมือ.....	55

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ)	
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	57
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
4	
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
5	
สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	75
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการวิจัย.....	75
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	75
สมมติฐานของการวิจัย.....	75
วิธีดำเนินการวิจัย.....	76
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
สรุปผลการวิจัย.....	77
อภิปรายผล.....	79
ข้อเสนอแนะ.....	90
บรรณานุกรม.....	92
ภาคผนวก.....	102
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	125

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	จำนวน ค่าร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการ ศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรคและ ประวัติครอบครัว.....	65
2	จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อด้านสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาล นครปฐม.....	68
3	จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาล นครปฐม.....	68
4	จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาล นครปฐม.....	69
5	จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาล นครปฐมจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถาน ภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรคและประวัติครอบครัว.....	69
6	ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐมจำแนกตามเพศ.....	72
7	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิก โรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรคและประวัติครอบครัว.....	72
8	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็น รายคู่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐมจำแนกตามอาชีพ.....	73

บัญชีตาราง(ต่อ)

ตาราง	หน้า
9 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม.....	74
10 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ.....	122
11 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม.....	123
12 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง.....	124

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
2	รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค.....	27
3	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการเจ็บป่วย.....	29
4	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย.....	30

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ในปัจจุบันประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การใช้เทคโนโลยี การตลาด การติดต่อสื่อสารและการคมนาคม ซึ่งมีผลกระทบต่อสภาวะสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตของคนไทย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วจากภาคเกษตรกรรมไปสู่ภาคอุตสาหกรรม จากชีวิตชนบทไปสู่ชีวิตในเมือง มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการประกอบอาชีพ และในวิถีชีวิตมากขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพเป็นอย่างมาก ปัญหาสาธารณสุขได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ที่ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาความยากจนและโรคติดต่อ ไปสู่ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสังคม สิ่งแวดล้อม ปัญหาการบริโภค และปัญหาโรคไม่ติดต่อมากขึ้น (กองสุศึกษา. 2541ก : 7) ซึ่งเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและตายที่สำคัญของประเทศ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2542ก : 85) การเกิดโรคไม่ติดต่อที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปมีจำนวนมากขึ้น ได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาราช. 2538 : 13)

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ได้มีการดำเนินงานต่อเนื่องจากแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 8 ในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานที่สำคัญ คือ การเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา โดยมีความมุ่งหมายที่จะพัฒนาศักยภาพของประชาชนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา โดยการเสริมสร้างให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งส่งเสริมให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสาธารณสุขชุมชน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขและสามารถดำรงชีวิตประจำวันอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุด (กระทรวงสาธารณสุข. 2538 : 142) จากรายงานสถิติสาธารณสุขปี 2541-2543 พบว่าโรกระบบไหลเวียนโลหิตมีจำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน โดยพบว่าปี 2541 มีจำนวน 52,376 คน อัตราตาย 85.6 ปี 2542 มีจำนวน 42,288 คน อัตราตาย 68.7 และปี 2543 มีจำนวน 32,330 คน อัตราตาย 52.3 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2543 : 79) ถึงแม้ว่าจำนวนและอัตราการตายจะลดลงจากเดิม แต่โรคในระบบไหลเวียนโลหิตก็ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอยู่ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2543 : 92) ในปัจจุบันโรกระบบไหลเวียนโลหิตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยพบว่าโรกระบบไหลเวียนโลหิตเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2543 : 79)

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคที่สำคัญต่อปัญหาสาธารณสุขมาก เนื่องจากมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 34,272 คน หรือประมาณวันละ 93 คน หรือประมาณชั่วโมงละ 3.9 คน

(กระทรวงสาธารณสุข. 2538 : 142) ปัจจุบันโรคหลอดเลือดหัวใจได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและยังพบผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 40 ปีจำนวนมากขึ้นกว่าเดิม (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. 2530 : 6) โรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดจากหลอดเลือดแดงไม่เพียงพอกับความต้องการ เนื่องจากการตีบแคบของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งมีสาเหตุที่สำคัญมาจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (น้ำเพชร หล่อตระกูล. 2543 : 1) จากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ การสูบบุหรี่ มีภาวะไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะเครียดสูง ซึ่งมีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดง และมีไขมันมาจับเกิดพังผืดหลอดเลือดหนาตัวขึ้น รุหลอดเลือดแคบลง เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ(อุไร ศรีแก้ว. 2543 : 6) ทำให้เกิดอาการต่างๆ โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ แอ่งจินาเพคทอริสและกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะมีอาการเจ็บหรือจุกแน่นตรงกลางหน้าอกหรือยอดอก ซึ่งมักเจ็บร้าวมาที่ไหล่ ซ้าย ด้านในของแขนซ้าย หรืออาจร้าวมาที่คอ ขากรรไกร หลัง หรือแขนขวา บางคนอาจรู้สึกจุกแน่นที่ใต้ลิ้นปี่คล้ายอาการอาหารไม่ย่อย (อมรรัตน์ เกตุดารา. 2543 : 2) ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ต้องเปลี่ยนแปลงกิจวัตรเพื่อให้สอดคล้องกับสมรรถภาพของหัวใจและกำลังของร่างกายที่ลดลง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกที่อาจเกิดขึ้นทันทีทันใด หรือในขณะทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค ลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแล้ว (มนสิน แยมสกุล. 2542 : 3) ยังมีความสำคัญในแง่ของผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศชาติ เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องการการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน ต้องใช้บุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะด้าน ตลอดจนเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่างๆ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (กุลธิดา พานิชกุล. 2536 : 2)

จังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง ที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นจำนวนมากขึ้น จากทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลนครปฐม พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจจากปี พ.ศ. 2543-2545 มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ดังนี้ 577, 576, 627 คน ตามลำดับ (กลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการโรงพยาบาล. 2546 : ไม่ปรากฏเลขที่หน้า) จากการศึกษาวิเคราะห์ทะเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลนครปฐม (ผู้ป่วยใน) ในปี พ.ศ. 2543-2545 พบว่าเป็นผู้ป่วยหญิง 1,168 คน จำนวน 2,033 ครั้ง ผู้ป่วยชาย 1,051 คน จำนวน 1,660 ครั้ง จากสถิติอัตราการตายของผู้ป่วยโรงพยาบาลนครปฐมในปี พ.ศ. 2543-2545 พบว่าโรคระบบไหลเวียนโลหิตเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของโรงพยาบาลนครปฐม โดยอัตราค่อนข้างสูงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543-2545 คิดเป็นร้อยละ 23.24, 23.01 และ 20.20 ตามลำดับ (กลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการโรงพยาบาล. 2546 : 16) ดังนั้นการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดความรุนแรงของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนและสามารถลดอัตราการตายได้

ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้ให้ความสำคัญของการดูแลตนเอง (Self-Care) ไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องกระทำไม่ว่าหญิง ชาย หรือเด็ก ถ้าการดูแลตนเองไม่ได้รับการคงไว้ การเจ็บป่วย การเป็นโรค หรือการตายจะเกิดขึ้น (ตีรนาช โกวิทเจริญตระกูล. 2542 : 3) โดยโอเร็ม (Orem. 1991 : 117) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ และความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเปี่ยงเบนด้านสุขภาพ ซึ่งคอนเนลลี (Conelly. 1986 : 623) ได้สร้างแบบแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วยขึ้น โดยมีปัจจัยกระตุ้นได้แก่ อัตมโนทัศน์ (Self-Concept) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตัว การรับรู้ต่อประโยชน์ในการปฏิบัติตน และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ปัจจัยเสริมได้แก่ ลักษณะประชากรอันประกอบด้วยเพศ การศึกษา และสถานภาพสมรส สภาวะสุขภาพจิต ลักษณะของระบบการรักษา คำแนะนำในการปฏิบัติตน การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะของระบบบริการสุขภาพ

ในเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพนั้นโรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974 : 329) กล่าวว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่าตนเป็นผู้มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น เมื่อเกิดโรคนั้นจะมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อนชีวิต และการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรค จะก่อให้เกิดผลดีคือช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือถ้าเป็นโรคแล้วจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ ไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลา ความสะดวก ความกลัว ความเจ็บปวด ความอาย ซึ่งเบคเกอร์; และไมแมน (Becker; & Maiman. 1974 : 348) ได้สร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลโดยมีปัจจัยต่างๆ ดังนี้คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ แรงจูงใจและปัจจัยร่วมต่างๆ โดยได้มีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพไว้หลายท่านแล้วพบความสัมพันธ์ เช่น สนิท พิงสาย (2539 : 90-100) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรชร ศรีไพรล้วน (2541 : 75-76) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของจิตติรัตน์ชญา ไชยเจริญ (2544 : 60-63) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โรง

พยาบาลราชบุรี พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

นอกจากความเชื่อด้านสุขภาพแล้ว การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเองของบุคคลเช่นกัน เพราะการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง สามารถต่อสู้ปัญหาได้ดีขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย (Cohen; & Willis. 1985 : 310-357) การสนับสนุนทางสังคมตามความคิดของเฮ้าส์ (House. 1981 : 15-26) แบ่งได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนในการให้การประเมินผล การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านเครื่องมือ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญแหล่งแรก ส่วนแหล่งอื่นๆ ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุนและกลุ่มช่วยเหลือทางวิชาชีพ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งดังกล่าว มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลารักษานาน และการศึกษาของอารีย์ เขียวประมุข (2543 : 59-60) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ การเงินและแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมณฑนา เจริญกุล (2534 : 51-53) ได้ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

จากปัจจัยต่างๆดังกล่าวที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคล ประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : 41) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะของประชากร กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ต่อประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ต่ออุปสรรคของการรักษาและแรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

จากลักษณะปัญหาดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและจัดรูปแบบการให้สุศึกษาได้อย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องจะช่วยลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐมตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรค ประวัติครอบครัว
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

ความสำคัญของการวิจัย

1. ทำให้ทราบระดับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. เป็นข้อมูลเสนอแนะให้ฝ่ายสุขภาพได้จัดตั้งคลินิกส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนาการจัดรูปแบบการให้สุขภาพเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 627 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 244 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณโดยใช้สูตรยามานะ (Yamane. 1996 : 583)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย
 - 1.1 เพศ
 - 1.2 อายุ
 - 1.3 ระดับการศึกษา

- 1.4 อาชีพ
- 1.5 รายได้
- 1.6 สถานภาพสมรส
- 1.7 ระยะเวลาของการเป็นโรค
- 1.8 ประวัติครอบครัว
- 1.9 ความเชื่อด้านสุขภาพ จำแนกเป็น
 - 1.9.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
 - 1.9.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค
 - 1.9.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ
 - 1.9.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ
- 1.10 การสนับสนุนทางสังคม

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกระทำในชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีในการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย การพักผ่อน การออกกำลังกาย การทำงาน การทำความสะอาดร่างกาย การป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อม และการดำรงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ ได้แก่ การปฏิบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลให้พัฒนาการของตนเองเสื่อมถอยหรือขาดหายไป เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการควบคุมอาหาร งดการสูบบุหรี่ ลดความอ้วน ลดความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

1.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ ได้แก่ การแสวงหาและได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพ การรับรู้ ความสนใจและการตระหนักถึงอันตรายและผลเสียที่เกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การปรับและยอมรับภาวะสุขภาพของตน และการเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. เพศ หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม แบ่งเป็น

- 2.1 เพศชาย
- 2.2 เพศหญิง

3. อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม แบ่งเป็น

- 3.1 ต่ำกว่า 45 ปี
- 3.2 45-55 ปี
- 3.3 56-65 ปี
- 3.4 สูงกว่า 65 ขึ้นไป

4. ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม แบ่งเป็น

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

5. อาชีพ หมายถึง การทำงานหรือกิจกรรมหลักที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ปฏิบัติอยู่ที่ทำให้เกิดรายได้เลี้ยงครอบครัว แบ่งเป็น

- 5.1 รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ
- 5.2 ค้าขาย/ธุรกิจ
- 5.3 เกษตรกรรม
- 5.4 รับจ้าง
- 5.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ

6. รายได้ หมายถึง เงินที่ได้จากการประกอบอาชีพ หรือรายได้จากแหล่งอื่นๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม แบ่งเป็น

- 6.1 น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน
- 6.2 3,000-8,000 บาทต่อเดือน
- 6.3 8,001-13,000 บาทต่อเดือน
- 6.4 มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน

7. สถานภาพสมรส หมายถึง ลักษณะความสัมพันธ์ของคู่สมรสในปัจจุบันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม แบ่งเป็น

7.1 โสด

7.2 คู่

7.3 หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

8. ระยะเวลาของการเป็นโรค หมายถึง ช่วงเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจนถึงปัจจุบัน แบ่งเป็น

8.1 ต่ำกว่า 5 ปี

8.2 5-10 ปี

8.3 มากกว่า 10 ปี

9. ประวัติครอบครัว หมายถึง ประวัติการมีญาติพี่น้องในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐมป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อน แบ่งเป็น

9.1 มี

9.2 ไม่มี

10. ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจและการรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เกี่ยวกับอันตรายจากการเกิดโรคที่มีต่อสุขภาพตนเอง ซึ่งครอบคลุมปัจจัยการรับรู้ 4 ด้าน ดังนี้

10.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือต่อการง่ายที่จะเกิดโรคต่างๆ ถ้าไม่รู้จักการดูแลสุขภาพตนเอง

10.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ รู้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจมีอันตรายต่างๆ ต่อร่างกาย ทำให้เกิดความไม่สบาย เกิดโรคแทรกซ้อน หรือเสียชีวิต ความยากลำบากและการใช้ระยะเวลานานในการรักษา หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของเขาและครอบครัว

10.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ว่ามีประโยชน์ สามารถลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค เช่น มีการปฏิบัติตนตามแพทย์สั่ง ทำให้ลดความรุนแรงของโรคหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้

10.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เกี่ยวกับสิ่งที่เป็อุปสรรค หรือขัดขวางต่อการปฏิบัติดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ สูญเสียค่าใช้จ่าย เสียเวลา ความไม่สะดวกสบายหรือความยุ่งยากต่างๆ

11. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง พฤติกรรมการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน รวมทั้งเพื่อนฝูงและสังคม โดยแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท ดังนี้

11.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ การให้กำลังใจ

11.2 การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว มีความสำคัญและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว

11.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ข่าวสาร และคำแนะนำต่างๆ ในการดูแลตนเอง และการได้รับคำแนะนำอื่นๆ ในการช่วยแก้ปัญหาโดยทั่วไปของผู้ป่วย

11.4 การสนับสนุนด้านเครื่องมือ หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในเรื่อง สิ่งของ เงิน แรงงานจากสมาชิกในครอบครัว

12. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจว่าเป็นโรคหัวใจโคโรนารี โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว

13. คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม หมายถึง คลินิกพิเศษที่ให้บริการตรวจรักษาทางโรคหัวใจ โดยมีแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจตรวจรักษา ซึ่งเปิดให้บริการในทุกวันอังคาร เวลา 8.30-12.00 น. และเวลา 13.00-14.30 น. ณ โรงพยาบาลนครปฐม

14. โรงพยาบาลนครปฐม หมายถึง สถานบริการสาธารณสุข สังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มีลักษณะเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 552 เตียง ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคทั่วไปและโรคเฉพาะทาง ให้การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพร่างกายให้แก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป ตั้งอยู่ในเขตตำบลพระปฐมเจดีย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

6. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประวัติครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
9. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
10. การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
11. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
12. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
13. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 - 1.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.5 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease : CAD)

โรคหลอดเลือดหัวใจมีชื่อเรียกกันหลายชื่อ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease : IHD) โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary heart disease : CHD) โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (Atherosclerotic heart disease : ASHD) หมายถึง ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary artery) มีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็ง (ตีบ) มีผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ จึงเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ถ้าภาวะนี้ยังดำเนินต่อไปจนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้น ได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจนถึงขั้นที่ไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะเดิมได้ จึงเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หรือจบลงด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างปัจจุบันทันด่วน (กอบกุล บุญปราศรัย. 2546 : 1)

สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจมีสาเหตุร้อยละ 80-90 เกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตันจาก Atherosclerosis หรือภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตีบ หมายถึงการเสื่อมสภาพของผนังชั้นในหลอดเลือดแดงโคโรนารีขนาดใหญ่เกิดการหนาและแข็งตัวขึ้นโดยมีสารไขมัน เซลล์กล้ามเนื้อเรียบ และเส้นใยไฟเบอร์ไปสะสมพอกเป็นปื้นไขมันหนูนูนขึ้นมา (Fibrous plaque) (Bhattacharyya; & Libby. 1998 : 101-108) ตำแหน่งที่เกิดเป็นหย่อมๆ ที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดทำให้การยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไป เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ถ้าเป็นรุนแรงมากขึ้นรูหลอดเลือด

Fibrous plaque พบที่ผนังชั้นในหลอดเลือดแดงโคโรนารีและหลอดเลือดอื่นๆ ที่มีขนาดเดียวกัน ลักษณะรอยโรคที่ปรากฏแสดงว่าพยาธิสภาพลุกลามไปมากแล้วซึ่งจะกระจายเป็นหย่อมๆ ที่ผนังชั้นในของหลอดเลือด นอกจากนี้ Fibrous plaque ยังมีชื่อเรียกอื่นๆ อีก ได้แก่ Atherosclerotic plaque, Atheromatous plaque, Fibrofatty plaque, Fibrolipid plaque และ Lipid plaque

3. ภาวะแทรกซ้อนของ Fibrous plaque (Complicated lesion) ภาวะแทรกซ้อนของ Fibrous plaque จะทำให้เกิดอาการทางคลินิก เช่น เจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากการไหลเวียนเลือดลดลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายอย่างดังต่อไปนี้ (Berliner; et al. 1995 : 2488-2496; Bhattacharyya; & Libby. 1998 : 101-108)

3.1 มีหินปูนมาจับ (Calcification) ที่ Fibrous plaque ทำให้ตกตะกอน มีผลให้ผนังหลอดเลือดแข็ง เปราะ และเกิดการฉีกขาดได้ง่าย

3.2 Fibrous plaque ฉีกขาด (Plaque rupture) เกิดบาดแผล ทำให้เกิดกลไกการแข็งตัวของเลือดเกิดเป็นลิ่มเลือด (Thrombus) เกาะติดผนังชั้นในหลอดเลือดซึ่งจะไปอุดตันการไหลเวียนเลือด

3.3 มีเลือดออกภายใน Fibrous plaque (Hemorrhage into plaque) ทำให้เกิด Hematoma ภายใน Fibrous plaque มีผลให้ขนาดของรูหลอดเลือดตีบแคบลง

3.4 มีเศษเซลล์จาก Fibrous plaque ฉีกขาด (Fragmentation) หลุดเข้าไปในกระแสเลือดเกิด emboli

3.5 ผนังหลอดเลือดแดงโป่งพองจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerotic aneurysm) รอยโรคที่เกิดขึ้นถ้ารุนแรงมากก็จะลุกลามจากชั้นในไปชั้นกลาง หรืออาจถึงชั้นนอกของผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น ผนังหลอดเลือดแดงอ่อนแอและเกิดการโป่งพอง (กอบกุล บุญปราศรัย. 2546 : 10-15)

นอกจากนี้ภาวะหัวใจขาดเลือดยังเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้อีก ซึ่งเป็นโรคหลอดเลือดโคโรนารีชนิดที่ไม่ได้เกิดจาก Atherosclerosis ได้แก่ (สุรพันธ์ สิทธิสุข. 2541 : 174-179)

1. เป็นมาแต่กำเนิด เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีกำเนิด ออกจากหลอดเลือดแดงพัลโมนารี ซึ่งเป็นหลอดเลือดที่นำเลือด (มีออกซิเจนน้อย) จากหัวใจห้องล่างขวามาฟอกที่ปอดให้เป็นเลือดแดง (มีออกซิเจนมาก) เมื่อหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีกำเนิดจากหลอดเลือดแดงพัลโมนารีก็จะทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจมีออกซิเจนไม่เพียงพอ ทำให้เกิดโรคหัวใจโคโรนารีได้

2. ความผิดปกติของ Connective tissue เนื่องจากกรรมพันธุ์ และทำให้ผนังหลอดเลือดโคโรนารีผิดปกติ

3. หลอดเลือดโคโรนารีบีบเกร็งโดยที่หลอดเลือดโคโรนารีปกติ

4. ความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารีซึ่งเกิดขึ้นภายหลัง เช่น มีก้อนเลือดอุดตันผนังหลอดเลือดปริ เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตันจาก Atherosclerosis มีปัจจัยเหนี่ยวนำต่างๆ หลายอย่างที่ทำให้หลอดเลือดเกิด Atherosclerosis ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 หมวดคือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2541 : 71)

1. ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ กรรมพันธุ์ อายุ เพศ เชื้อชาติ
 2. ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ สิ่งแวดล้อม การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน
 3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ อ้วน ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียด
1. ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Personal risk factors that cannot be changed) คือ กรรมพันธุ์ อายุ เพศ เชื้อชาติ (มณฑิชา อนุกุลวุฒิพงศ์. 2540 : 11-12)

1.1 กรรมพันธุ์ (Heredity)

พันธุกรรมมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะครอบครัวที่เคยมีประวัติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ บทบาทของพันธุกรรมที่มีต่อโรคหลอดเลือดหัวใจยังไม่ทราบแน่ชัดอาจเกี่ยวข้องกับยีนส์ (Genes) ที่ถ่ายทอดกันมาก็ได้ ปัจจัยทางพันธุกรรมเหนี่ยวนำสู่ 4 ลักษณะ ซึ่งทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงคือความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือด โรคเบาหวาน และโรคอ้วน ในการศึกษาของเฟรมิงแฮม เป็นการศึกษาโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะยาวว่า ประวัติครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคหัวใจถูกพบว่าสามารถทำนายได้อย่างอิสระ ถึงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ชายแต่ไม่พบในผู้หญิง

1.2 อายุ (Age)

อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ มักพบในคนอายุ 40 ปีขึ้นไป แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบโรคนี้ในคนอายุน้อยกว่า 40 ปีมากขึ้น อย่างไรก็ตามในคนที่อายุ 30 ปีขึ้นไป หรือ 20 ปีขึ้นไป อาจมีอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง หรือกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ โดยเชื่อว่าภาวะหลอดเลือดแดงแข็งมักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลอายุมากขึ้น ซึ่งเชื่อว่าเป็นกระบวนการเสื่อมสลาย (Degenerative changed) ของหลอดเลือด (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. 2530 : 3)

1.3 เพศ (Gender)

พบว่าผู้ชายที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูงกว่าผู้หญิงถึง 4 เท่า แต่เมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไปผู้ชายและผู้หญิงมีโอกาสร้อยละเดียวกัน ผู้หญิงที่รับประทานยาคุมกำเนิดและหมดประจำเดือนแล้วมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูงเป็น 3 เท่าของผู้หญิงปกติหรือหมดประจำเดือนช้า ปัจจุบันวิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง อาจจะมีการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้หญิง คือการออกไปทำงานนอกบ้าน และยังคงรับผิดชอบงานบ้านและลูก รวมทั้งการเริ่มสูบบุหรี่ของผู้หญิงในอายุน้อย

1.4 เชื้อชาติ (Race)

ผู้ชายผิวขาวมีโอกาสตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ชายผิวอื่นใน ขณะที่ผู้หญิงผิวขาวมีอัตราตายจากโรคนี้ต่ำกว่าชนผิวดำเล็กน้อย แต่เมื่อสูงอายุอัตราตายในทุกชนชาติเท่าๆ กัน

2. ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Personal risk factors that can be changed) คือ สิ่งแวดล้อม การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน (มณฑิชา อนุกุลวุฒิพงศ์. 2540 : 12-13)

2.1 ไขมันในเลือดสูง (Elevated serum cholesterol)

เป็นปัจจัยที่พบมากเป็นอันดับที่ 1 ในประเทศไทย ประชากรในเมืองใหญ่ มีโคเลสเตอรอลสูงกว่าชนบทเนื่องจากอาหารที่รับประทานต่างกัน การมีระดับไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะถ้ามีระดับโคเลสเตอรอลสูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และไตรกลีเซอไรด์ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูงเพราะไขมันไปจับเกาะติดกับผนังด้านในหลอดเลือดแดงทำให้เกิดการตีบแคบ การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก นอกจากนี้ฮอร์โมนเพศบางอย่าง เช่น เอสโตรเจนจะเพิ่มปริมาณของไขมันอิ่มตัว แต่โปรเจสเตอโรนและแอนโดรเจน จะลดปริมาณของไขมันอิ่มตัวลงและการออกกำลังกาย ทำให้ปริมาณไขมันอิ่มตัวเพิ่มขึ้น (สุเอ็ด คชเสนี. 2531 : 337)

2.2 ความดันโลหิตสูง (Hypertension)

เป็นปัจจัยที่พบมากเป็นอันดับที่ 2 ในวัยกลางคนที่มีความดันโลหิตมากกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนที่ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำกว่าถึง 3 เท่า ด้วยเหตุว่าหลอดเลือดของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะเกิดพยาธิสภาพทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) ได้มากกว่าผู้ที่มีความดันปกติ แม้ว่าความดันโลหิตสูงไม่สามารถป้องกันได้ แต่สามารถควบคุมได้โดยการรักษาและการดูแลตนเองที่เหมาะสม

2.3 การสูบบุหรี่ (Cigarette smoking)

เป็นปัจจัยที่พบมากเป็นอันดับที่ 3 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ที่สำคัญที่สุด และพิสูจน์ได้แน่นอนแล้วว่ามีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ และสาเหตุของการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ยังสูบบุหรี่อยู่เกิน 25 มวนต่อวัน ผู้ชายที่สูบบุหรี่มีโอกาสตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าผู้ชายที่ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 70 และผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งหมดมีอาการหัวใจจุกจิก (Heart attack) สูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า นอกจากนั้นผู้ที่สูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการตายอย่างกะทันหันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2-4 เท่า โดยที่อัตราตายเพิ่มขึ้นตามจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน จำนวนปีที่สูบ การสูบบุหรี่เข้าในปอด และอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่มีฤทธิ์เสริมกับการเกิดปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ศุภชัย ไชยธีระพันธุ์. 2530 : 2)

2.4 โรคเบาหวาน (Diabetic)

โรคเบาหวานมักพบบ่อยในผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน อยู่ในวัยกลางคน โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรเป็นประจำ และพบน้ำตาลในปัสสาวะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนที่ไม่มีระดับน้ำตาลปกติ เนื่องจากโรคเบาหวานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันของผนังชั้นในหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้น (Atheroma) หลอดเลือดตีบแคบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

2.5 สิ่งแวดล้อม (Environment)

ความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจ พบในประเทศแถบทวีปอเมริกาเหนือ ออสเตรเลีย ยุโรป และนิวซีแลนด์ มากกว่าประเทศญี่ปุ่น สวิสเซอร์แลนด์และอิตาลี ถึง 7 เท่า นอกจากนี้ยังพบในประชากรที่อยู่ในชุมชนเมืองสูงกว่าในชนบท ลักษณะนิสัยการดำเนินชีวิตของคนในครอบครัวก็มีผลเกี่ยวข้องด้วย เช่น นิสัยการกิน การออกกำลังกาย พ่อแม่ที่ไม่ชอบออกกำลังกายอาจมีผลทำให้ลูกไม่ชอบออกกำลังกายด้วย หรือพ่อแม่เป็นคนอ้วน ลูกมักจะเป็นคนอ้วนด้วย(พิชิต ภูตจันทร์. 2535 : 214)

3. ปัจจัยเสริมอื่น ๆ (Contributing factors) คือ อ้วน ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียด (มณฑิชา อนุกุลวุฒิพงศ์. 2540 : 13-14)

3.1 ความอ้วน (Obesity)

ความอ้วน คือสภาวะของร่างกายที่มีน้ำหนักตัวมากกว่าค่าน้ำหนักปกติ หรือมีค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index) มากกว่าหรือเท่ากับ 30 และผู้ที่มีความอ้วนมากที่สุดจะมีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 40 ขึ้นไป ผู้ที่เป็นโรคอ้วนจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติ โดยความอ้วนจะเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ มากขึ้น ความอ้วนส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตแบบนั่ง-นอนอยู่กับที่ ไม่ใช้แรงงาน (Sedentary life style) ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง

3.2 การขาดการออกกำลังกาย (Lack of exercise)

ผู้ที่ขาดการออกกำลังกายจะมีปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้นและมีไขมันในเลือดสูงขึ้นเป็น 2 เท่าของคนที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการออกกำลังกายสม่ำเสมอสามารถควบคุมระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลชนิด HDL เพิ่มขึ้น ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลชนิด LDL ลดความดันโลหิต ควบคุมระดับน้ำตาลในร่างกาย รวมทั้งลดความอ้วนได้ เป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

3.3 ความเครียด (Stress)

ความเครียดมีส่วนสัมพันธ์กับการเพิ่มความดันโลหิต แม้ว่าความเครียดในระดับพอเหมาะจะมีบทบาทสำคัญในชีวิตของคนยุคใหม่ แต่ความเครียดที่มากเกินไปอาจมีอันตรายต่อสุขภาพ บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอ (Type A behavior) ซึ่งมีลักษณะเป็นคนเอาจริงเอาจัง เร่งรีบแข่งกับเวลาอยู่ตลอดเวลา มีความทะเยอทะยานสูง มีการแข่งขันอยู่ตลอดเวลา ไม่มีความอดทนต่อ

สิ่งต่างๆ โกรธง่าย และมีการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ด้วยความไม่เป็นมิตร พบว่ามีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูง เนื่องจากความเครียดจะส่งผลทำให้ร่างกายหลั่งสารแคทีโกลามีนที่กระตุ้นให้ต่อมหมวกไตส่วนเมดูลาหลั่งฮอโมนิเฟนเฟรินที่มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดหดตัวทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวแรงขึ้น หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงและส่งผลทำให้ระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงขึ้น

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ (พรณี เสถียรโชค; และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. 2536 : 433-434)

ความไม่สมดุลของการไหลของเลือดแดงเลี้ยงหัวใจ และความต้องการเลือดแดงมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (Imbalance of myocardial supply and demand) เป็นเหตุที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพของโรคหัวใจขาดเลือด ทำให้ออกซิเจนและธาตุอาหารที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ลดลง มีผลทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก เกิดการเปลี่ยนแปลงทาง Electrophysiology และ Metabolism ถ้าเกิดมากๆ จะทำให้หัวใจหยุดเต้นหรือกล้ามเนื้อหัวใจข้างซ้ายตาย (Myocardial infarction) หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ตามปกติกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardium) ต้องการพลังมากในการทำงานเพื่อที่จะทำให้เกิดมีการบีบตัวติดต่อกันไปเรื่อยๆ (Myocardial contraction) พลังงานเหล่านี้ปกติจะได้มาก็ต้องอาศัยสภาพที่เรียกว่า Aerobic metabolism เพื่อจะให้เกิด Adenosine triphosphate (ATP) ที่ใช้ในการทำให้เกิดพลังงานต่อเนื่อง นอกจากนั้นยังต้องอาศัยสารอย่างอื่นๆ ที่อยู่ในเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น กลูโคส อมิโนแอซิด (Amino acid) และแฟตตี้แอซิด (Fatty acid) เพื่อใช้ในการ Oxidized ให้เกิดพลังงานอย่างสูงที่เรียกว่า High energy phosphate (HEP) และได้พบว่า Myocardial mitochondria ต้องใช้ออกซิเจนมากในการทำให้เกิด ATP ฉะนั้นออกซิเจนจะต้องมีอย่างเพียงพอในหลอดเลือดแดงที่ไหลเข้ามาเลี้ยงหัวใจ ออกซิเจนจะซึมผ่าน (Diffuses) เส้นเลือดฝอยออกมาสู่กล้ามเนื้อหัวใจในขณะที่หัวใจอยู่ใน Diastolic phase หลังจากนั้นจึงจะมีการ Oxidase ใน Mitochondria เพื่อให้เกิดพลังงาน เมื่อเลือดแดงไหลมาไม่เพียงพอตามความต้องการของกล้ามเนื้อหัวใจ มีออกซิเจนน้อยจะเกิดภาวะโรคหัวใจขาดเลือด ฉะนั้นถ้าการควบคุมการไหล (Coronary flow) ของหลอดเลือดเข้าสู่หัวใจได้เพียงพอ ภาวะโรคหัวใจขาดเลือดจะไม่เกิดขึ้นในกรณีที่กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการเลือดและออกซิเจนมากขึ้น (Myocardial demand increased) ถ้าหลอดเลือดแดงยังปกติอยู่สามารถที่จะทำให้การไหลของเลือดมากขึ้นก็จะไม่เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก จึงเป็นความจริงที่ว่า โรคหัวใจขาดเลือดมีเหตุมาจากปัญหาของปริมาณการไหลของเลือดแดง (Myocardial supply) มากกว่าอย่างอื่นๆ

ระดับความรุนแรงของโรค

ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจขึ้นอยู่กับจำนวนหลอดเลือดที่เป็น ตำแหน่ง และเปอร์เซ็นต์ของการตีบแคบในหลอดเลือด New York Heart Association Criteria Committee ได้

จำแนกระดับความรุนแรงของโรคหัวใจตามความสามารถในการทำกิจกรรม และอาการแสดงของโรคหัวใจดังนี้ (อัจนรา เตชฤทธิพิทักษ์. 2533 : 1-10)

Class 1 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมทั่วไปได้โดยไม่แสดงอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอก

Class 2 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีความสุขสบายเหมือนคนปกติในขณะพัก แต่จะอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอก เมื่อทำกิจกรรมทั่วๆ ไป

Class 3 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม อาจรู้สึกสบายในขณะพัก แต่เมื่อทำกิจกรรมเบาๆ จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอก

Class 4 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอกในขณะพัก โดยที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆ

อาการทางคลินิก

อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบได้บ่อยคือการเจ็บบริเวณหัวใจ(Angina pectoris) การตายของกล้ามเนื้อหัวใจ (Acute myocardial infarction) และเกิดการตายโดยปัจจุบันทันด่วน (Sudden death)

1. อาการเจ็บบริเวณหัวใจ หรืออาการปวดแน่นหัวใจ (Angina pectoris) หมายถึงอาการสำคัญ หายใจไม่สะดวก อาการไม่สบายในทรวงอก เกิดขึ้นในภาวะที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดแดงหรือออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการใช้ในการทำงาน อาการเจ็บหน้าอกจะเจ็บเป็นช่วงๆ หรือเป็นระยะๆ และจะสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชั่วคราว อาจพบภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก (Silent myocardial ischemia) ได้ (กอบกุล บุญปราศภัย. 2546 : 37-41)

ตำแหน่งที่เจ็บหน้าอกคือ บริเวณใต้กระดูกหน้าอก (Substernum) อาการเจ็บหน้าอกแบ่งเป็น

1.1 ลักษณะอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยมักเล่าว่าเจ็บบริเวณหน้าอก คล้ายอะไรมาบีบรัดหน้าอกหรือนั่งทับหน้าอก หายใจไม่สะดวก อาการเจ็บจะคงที่แต่จะเจ็บมากขึ้นในตอนเริ่มและตอนสิ้นสุด อาการเจ็บจะเหมือนกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และอาจมีอาการเจ็บร้าวไปที่ไหล่ซ้าย คอ ขากรรไกร แขน หรือบริเวณอื่นๆ ของหน้าอก ในรายที่รุนแรงจะเจ็บร้าวไปที่หน้าอกขวาและแขนขวา ในผู้ป่วยบางคนมีอาการเจ็บที่แขนหรือไหล่อาจสับสนกับกล้ามเนื้ออกอักเสบ หรือ Epigastric pain ซึ่งเกิดจากอาหารไม่ย่อย (Porth. 1998; Senerchia: & Carleton. 1997 : 460-487)

1.2 ระยะเวลาเจ็บ เป็นช่วงสั้นๆ นานๆ ครั้ง หรือ 2 ครั้ง ประมาณ 2-3 นาที อาจพบ 5-10 นาที แต่ไม่เกิน 20 นาที

1.3 ปัจจัยหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เจ็บ ได้แก่ การออกกำลังกาย อารมณ์โกรธ ตื่นเต้น หลังอิ่มอาหารมาก (รับประทานอาหารปริมาณมาก) ความเย็น ภาวะเครียด และการมีเพศสัมพันธ์

1.4 ปัจจัยที่ทำให้หายใจหอบ ปวดหน้าอก ง่วงหรือรู้สึกเหนื่อยง่ายที่กระทำให้อาการกำเริบขึ้น และอาจมีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียนได้

ในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หมายถึง ช่วงที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน และมีของเสียจากการเมตาบอลิซึมเพิ่มขึ้น โดยเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะเปลี่ยนจากการเมตาบอลิซึมโดยใช้ออกซิเจนมาเป็นการเมตาบอลิซึมโดยไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้ได้ ATP ลดลง มีผลให้แรงหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างลดลงทั้งในช่วงหดตัวและคลายตัว และผลจากการเมตาบอลิซึมโดยไม่ใช้ออกซิเจนทำให้เกิดสาร Lactate, Serotonin และ Adenosine สะสมเฉพาะที่ เชื่อว่าสารเหล่านี้จะไปกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด ในระดับ C7 ถึง T4 ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก

1.5 ชนิดของอาการเจ็บหน้าอก อาการเจ็บหน้าอกของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสามารถแบ่งตามอาการได้ 3 ชนิด ได้แก่

1.5.1 Stable angina หมายถึง อาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเรื้อรังเกิดขึ้นในลักษณะเดียวกันทุกครั้ง เมื่อมีสิ่งกระตุ้นเดิมๆ เช่น การออกกำลังกาย การขึ้นบันได หรือภาวะเครียด จะเกิดอาการเจ็บหน้าอกทุกครั้ง อาการเจ็บจะรุนแรงปานกลาง เมื่อได้พักหรือรับประทานยาไนโตรกลีเซอรินไว้ได้ลิ้น อาการเจ็บจะบรรเทาลงภายใน 2-3 วินาที จนถึง 15 นาที

1.5.2 Unstable angina หมายถึง อาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด อาการเจ็บหน้าอกจะรุนแรงและนานกว่าชนิด Stable angina บางครั้งเรียก Preinfarction angina เพราะอาจนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ได้ในภายหลัง ผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บหน้าอกชนิด Stable angina มาก่อน และเปลี่ยนเป็นชนิด Unstable angina ได้

ผู้ป่วย Unstable angina จะมีอาการเจ็บหน้าอกจากข้อใดข้อหนึ่งในสามข้อนี้ และร่วมกับคลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลงเพียงชั่วคราว (สุรพันธ์ สิทธิสุข. 2541 : 182-183)

1.5.2.1 เริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกครั้งแรกภายใน 1-2 เดือน (Angina of recent onset) หรือเจ็บหน้าอกเพิ่มมากขึ้นภายใน 1-2 เดือน

1.5.2.2 อาการเจ็บหน้าอกมีความถี่เพิ่มขึ้น อาการเจ็บรุนแรงขึ้น หรือรับประทานยาไนโตรกลีเซอรินไว้ได้ลิ้นแล้วยังไม่หายเจ็บ (Crescendo angina)

1.5.2.3 อาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นในขณะที่พักหรือนอนหลับ (Angina at rest)

1.5.3 Variant angina หรือ Prinzmetal's angina หมายถึง อาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดขึ้นในขณะที่พักหรือไม่ได้ออกกำลังกาย และไม่มีภาวะเครียดมาเกี่ยวข้องเลย ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกชนิดนี้พบได้น้อย

2. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction, AMI หรือ Heart attack) หมายถึง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นเวลานาน จนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้รับความเสียหาย (Injury) จากการขาดออกซิเจนถึงขั้นที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะเดิมได้และ

อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หรือจบลงด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Sabatine; O'Gara; & Lilly. 1998 : 145-169)

มากกว่า 90% ของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งจากป็นไขมัน (Fibrous plaque) และต่อมา Fibrous plaque เกิดการฉีกขาดทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด ขนาดของลิ่มเลือดมีผลให้การไหลเวียนเลือดภายในหลอดเลือดโคโรนารีลดลงหรือเกิดการอุดตันหลอดเลือด สาเหตุที่เหลือน้อยกว่า 10% มีสาเหตุมาจาก

1. Vasculitic syndromes
2. Coronary emboli จากผนังชั้นในของหัวใจอักเสบ (Endocarditis) หรือการใส่ลิ้นหัวใจเทียม
3. หลอดเลือดแดงโคโรนารีผิดปกติมาแต่กำเนิด
4. หลอดเลือดแดงโคโรนารีโป่งพองหรือฉีกขาดจากการกระทบกระแทก
5. หลอดเลือดแดงโคโรนารีหดเกร็งซึ่งเกิดขึ้นเอง หรือได้รับยาโคเคน (Cocaine) ซึ่งออกฤทธิ์โดยเพิ่มการทำงานของประสาทซิมพาเทติก และเพิ่มการหลั่ง catecholamine จากต่อมหมวกไต มีผลให้หลอดเลือดหดเกร็ง (Hollander. 1995 : 1267-1272)
6. ความหนืดของเลือดเพิ่มขึ้นจากภาวะเม็ดเลือดแดงหรือเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น
7. เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นจากการตีบของลิ้นเอออร์ติค (กอบกุล บุญปราชญ์. 2546 : 51)

3. การตายโดยปัจจุบันทันด่วน (Sudden death)

หมายถึง การตายที่เกิดขึ้นในระยะเวลาอันสั้น และโดยมิได้คาดหมายล่วงหน้ามาก่อน อาจเกิดทันทีทันใดหรือจากระยะเวลาที่มีอาการจนกระทั่งถึง 24 ชั่วโมง หรือการเจ็บปวดได้เกิดขึ้นกะทันหันแล้วอาการทรุดลงรวดเร็วตายภายใน 24 ชั่วโมง การตายโดยปัจจุบันทันด่วนในโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่ามีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจไม่ได้รับเลือดมาเลี้ยงเพียงพอ และพบว่ามีหลอดเลือดโคโรนารีแข็งตัวมาก และพบว่ามี การอุดตันอย่างมากเกิดขึ้นบริเวณหลอดเลือดที่มีการแข็งตัวในหลอดเลือดแขนงใหญ่ๆ โดยเฉพาะที่มีรอยตีบตันมากกว่าร้อยละ 75 ขึ้นไป

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจจะต้องประกอบไปด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ การลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงควบคู่ไปกับการรักษาทางคลินิก ซึ่งการรักษามีดังต่อไปนี้

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจะต้องได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ เบาหวาน การขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วน และความเครียด ซึ่งจะต้องหาทางแก้ไขเพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงนั้น (พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. 2544 : 13) และหันมาส่งเสริมสุขภาพของตนเองก็จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและอาการของโรคที่รุนแรงมากขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเป็นวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจได้ผลดีที่สุด

2. การรักษาด้วยยา

เป้าหมายของการรักษา เพื่อแก้ไขความไม่สมดุลระหว่างความต้องการใช้ออกซิเจนกับปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยการลดความต้องการการใช้ออกซิเจนและการเพิ่มปริมาณเลือดที่ไหลเวียน ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ มีดังนี้

2.1 ยากลุ่ม Nitrates ยานี้มีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดดำ ทำให้ลด preload เป็นการลด myocardial oxygen demand ทำให้ในขนาดสูงขึ้นก็สามารถที่จะขยายหลอดเลือดแดง รวมทั้ง coronary artery ได้ด้วย ได้แก่ ยาอมไนโตรกลีเซอรินที่ใช้อมใต้ลิ้น ไนโตรกลีเซอรินในรูปของขี้ผึ้งแปะติดบริเวณหน้าอก ไนโตรกลีเซอรินที่ให้ทางหลอดเลือดดำและไอโซซอร์ไบด์ไดไนเตรท (Isosorbide dinitrate) อาการข้างเคียง ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการขยายหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ หน้าแดง เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย เป็นลม ใจสั่น (สุรพันธ์ สิทธิสุข. 2539 : 182)

2.2 ยาปิดกั้นเบต้า (Beta-adrenergic blocking agents) ยาออกฤทธิ์บรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอกโดยยาออกฤทธิ์ปิดกั้น Chronotropic และ Inotropic ของ Catecholamine ที่มีต่อหัวใจ ผลทำให้หัวใจเต้นช้าลง ทำให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อลดลง ยานี้ได้แก่ โพรพานอลอล (Propranolol) อะทีโนลอล (Atenolol) พรินอลอล (Prenolol) เป็นต้น อาการข้างเคียงอาจทำให้หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตต่ำ หลอดลมหดเกร็งในรายที่มีหอบหืด ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (พรรณี เสถียรโชค; และสุทธิ สุรเกียรติชานกุล. 2535 : 47)

2.3 ยาต้านแคลเซียม (Calcium antagonists) เป็นยาที่ไปรบกวน Calcium ที่จะเข้าเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจ (Blocking slow channel) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ เวอราปามิล (Verapamil or Isoptin) นิฟิไดปีน (Nifedipine or Adalat) ดิลทิเอซเอ็ม (Diltiazem or Herbessor) อาการข้างเคียงที่พบได้คือ ปวดศีรษะ วิงเวียน หน้าและคอแดง (พรรณี เสถียรโชค; และสุทธิ สุรเกียรติชานกุล. 2535 : 47; เฉลิมศรี สุวรรณเจติ; และจุฬารักษ์ สมรูป. 2546 : 269-270)

2.4 ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agents) เช่น สเตรปโทส (Streptase) ยูโรไคเนส (Urokinase) ใช้ในการละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ออกฤทธิ์ขัดขวางการจับกันของไฟบริน ขนาดที่ใช้ขึ้นอยู่กับชนิดยา อาการข้างเคียงอาจทำให้มีเลือดออกในอวัยวะอื่นๆ ได้ เช่น ในระบบทางเดินอาหาร ได้ผิวหนัง

3. การรักษาทางศัลยกรรม

การรักษาทางศัลยกรรมที่นิยมทำ มีดังนี้ คือ

3.1 การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (Percutaneous transluminal coronary angioplasty : PTCA)

คือวิธีการขยายหลอดเลือดโดยใช้ลูกโป่งขนาดเล็ก ใช้ได้ผลดีถ้าพยาธิสภาพเป็นเพียงหนึ่งหรือสองจุด เป็น Concentric plaque ยังไม่มี Calcification และกล้ามเนื้อหัวใจยังบีบตัวได้อยู่ วิธีการทำอาศัยการสวนหัวใจโดยร้อย Guidewire ผ่านตำแหน่งที่ตีบเข้าไปก่อน จากนั้นจึงใส่บอลลูนตาม Guidewire เข้าไปค้างไว้ในตำแหน่งที่ตีบ จากนั้นจึงทำให้บอลลูนขยายตัวดันส่วน

ไขมันที่อุดอยู่ให้แบนราบลง แล้วจึงเอาบอลลูนออก เลือดก็จะไหลได้ดีขึ้น เพราะสิ่งกีดขวางมีขนาดเล็กลง PTCA อาจมีข้อแทรกซ้อนทำให้เกิดการอุดตันกะทันหันที่ต้องรีบทำการผ่าตัดฉุกเฉิน ประมาณ 5% ข้อเสียที่ยังแก้ไม่ได้ของ PTCA คือ มี Recurrent stenosis ได้ถึง 30% ในระยะเวลา 6 เดือน (สุรพันธ์ สิทธิสุข. 2539 : 183)

3.2 การขยายหลอดเลือดโดยการใส่โครงตาข่าย (Coronary stents)

เป็นการใส่โครงตาข่ายเข้าไปในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบแคบ วิธีการคล้ายกับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน ต่างกันเพียงแต่จะมีการฝังโครงตาข่ายอยู่ในหลอดเลือดแดง และผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านการจับตัวของเกร็ดเลือดร่วมด้วย อัตราการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดพบได้ร้อยละ 17 (ธนวัฒน์ เบญจนาวัตร; และอภิชาติ สุคนธทรัพย์. 2543 : 707-760)

3.3 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft : CABG)

เป็นการผ่าตัดทำทางเบี่ยงให้กับหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตัน โดยใช้หลอดเลือดดำที่ขาหรือ Internal mammary artery มาต่อระหว่าง Ascending aorta ข้ามจุดที่ตีบตันไปยังส่วนของหลอดเลือดที่ยังดีอยู่ ทำให้เลือดสามารถข้ามจุดตีบไปเลี้ยงส่วนที่อยู่ปลายได้ การผ่าตัดจะกระทำในผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงใหญ่ซ้าย (Left main artery) มากกว่าร้อยละ 50 หรือในผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจมากทั้ง 3 เส้น การผ่าตัดทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจมักทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและลดอาการเจ็บหน้าอก แต่หลังจากเวลาผ่านไปแล้วห้าปี Graft ที่ต่อไว้อาจมีการตีบได้อีก (สุรพันธ์ สิทธิสุข. 2539 : 183)

การป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ

การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถป้องกันได้ 3 ระดับคือ (อุไร ศรีแก้ว. 2543 : 39-43)

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ การป้องกันในผู้ที่มีแนวโน้มเป็นโรคนี้ เช่น ผู้ที่อ้วน ขาดการออกกำลังกาย ผู้อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีน้ำตาลในเลือดสูง กลุ่มผู้ที่มีโคเลสเตอรอลในเลือดสูง กลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูง กลุ่มอายุเช่นอายุ 40 ปีขึ้นไป กลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือน กลุ่มผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไปที่ต้องการควบคุมไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.1 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม เช่น วิ่งการกุศล วิ่งมาราธอน วิ่งเหยาะในสนาม การรำมวยจีน การขี่จักรยาน กิจกรรมทั้งเดี่ยวและกลุ่ม ต้องมีความสนุกสนาน ต่อเนื่องเป็นประจำ มีความสม่ำเสมอ เพื่อความคงทนของร่างกาย

1.2 รับประทานอาหารถูกต้องครบถ้วน อาหารไขมันต่ำ อาหารกากใยสูง โคเลสเตอรอลต่ำ จะช่วยลดการเกิดไขมันในหลอดเลือด การสะสมไขมัน ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีส่วนทำให้เกิดโรคนี้

1.3 ตรวจร่างกายประจำปี เพื่อติดตามควบคุมโรคความดันโลหิตสูง น้ำตาลและโคเลสเตอรอล เพื่อไม่ให้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือเพื่อรักษาไม่ให้เกิดโรคต่อเนื่อง

1.4 งดสิ่งเสพติด เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ เนื่องจากบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรค และแอลกอฮอล์ทำให้ไตรกลีเซอไรด์สูง จึงควรเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์

1.5 การพักผ่อนและสันทนาการ การทำงานหนักทำให้เกิดความเครียด ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ กิจกรรมสันทนาการช่วยให้จิตใจผ่อนคลายความตึงเครียด ขจัดสาเหตุของการพักผ่อนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยบางรายเกิดอาการเจ็บหน้าอกหลังจากพักผ่อนไม่เพียงพอ จึงทำให้ทราบว่ามีโรคหัวใจ (เป็นโรคหัวใจมาก่อนแต่ไม่เกิดอาการ)

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ การป้องกันในกลุ่มที่สงสัยว่าจะเป็น หรือเริ่มเป็นและต้องการควบคุมโรคไม่ให้ลุกลามเร็วหรือมีความก้าวหน้าเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมโดยเร็วที่สุด โดยใช้วิธีการจัดการที่ถูกต้อง รวดเร็ว ต่อเนื่อง

วิธีการที่ป้องกันในระดับนี้คือ

2.1 ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว เช่น การตรวจเอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ ถูกทำลายโดยการทำโทรโพนินเทสต์ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจเอกซเรย์ สามารถทำได้รวดเร็ว สามารถทราบผลทันทีหลังทำ ค่าใช้จ่ายไม่สูง ผู้ป่วยไม่ต้องกระทบกระเทือนหรือเจ็บปวด เมื่อผลการตรวจได้รวดเร็วทำให้เกิดการรักษารวดเร็วตามมา เช่น การละลาย thrombus ที่อุดตันในหลอดเลือดตันที่ จะช่วยให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเร็วขึ้น ป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2.2 ระยะเวลาการนำส่งโรงพยาบาลต้องรวดเร็ว อาการผิดปกติที่รับนำส่งโรงพยาบาล เช่น ช็อคหัวใจ ผู้ป่วยที่ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาลโดยเร็ว ได้แก่ ผู้ป่วยเจ็บหน้าอก ช็อคหัวใจ เป็นลม อาการเป็นลมญาติมักปฐมพยาบาลเองในระยะแรก หลังจากนั้นจึงนำส่งโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลเสียอย่างมาก

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลต้องละเอียดเพียงพอ เพื่อให้ทราบถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละราย อาทิเช่น ประวัติเลือดออกง่าย ประวัติการแพ้ ประวัติเลือดออกในสมอง การตรวจการรักษาบางอย่างจะมีข้อห้ามสำหรับผู้ป่วยบางราย ดังนั้นการทราบข้อมูลจะป้องกันอันตรายจากการตรวจและการรักษา ลดข้อผิดพลาดจากการรักษา

2.4 การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม รวดเร็ว ผู้ป่วยในแต่ละรายในแต่ละระยะมีการรักษาตามลำดับ อาทิเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลาย thrombus อาการไม่ดีขึ้น ต้องทำการสวนเพื่อขยายหลอดเลือด หากขยายหลอดเลือดไม่ได้ผล อาจใส่สแตนต์หรือตัดผ่านคราบ หากไม่ได้ผลต้องทำการผ่าตัดหลอดเลือด ดังนั้นผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นความพิการ มีแนวปฏิบัติของการตรวจ การรักษา จะทำให้รวดเร็ว และลดข้อผิดพลาด เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ดังนั้นต้องรักษาภาวะแทรกซ้อน(หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้มากที่สุด โดยการป้องกันระดับ 2) เพื่อไม่ให้ภาวะแทรกซ้อนนั้นเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย นอกจากนี้การป้องกันกลับเป็นซ้ำ เพื่อส่งเสริมศักยภาพสูงสุดที่ผู้ป่วยมีอยู่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีการป้องกันระดับตติยภูมิ ได้แก่

3.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผู้ป่วยต้องได้รับคำแนะนำแนวปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติที่บ้านได้ คำแนะนำควรมีเป็นลายลักษณ์อักษร เนื่องจากผู้ป่วยอาจจำไม่ได้ และผู้ป่วยสามารถนำมาทบทวนได้ นอกจากนี้ควรมีการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติของผู้ป่วยไว้ด้วยเพื่อการประเมินผล

3.2 การควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การควบคุมและรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โคเลสเตอรอล การควบคุมมีทั้งการปฏิบัติตน เช่น การคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การลดความอ้วน เลิกสูบบุหรี่ และการรักษาในการดูแลของแพทย์

3.3 การรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ยาที่ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจรับประทานเป็นประจำ อาทิเช่น ยาแอสไพรินป้องกันการรวมตัวของเกล็ดเลือด เพื่อป้องกันหลอดเลือดอุดตันจาก thrombus ต้องรับประทานเป็นประจำ ต้องรับประทานทันทีหลังอาหาร เพื่อป้องกันอาการปวดแผลกระเพาะอาหาร

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถป้องกันและควบคุมได้ หากมีความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เพื่อป้องกันทั้ง 3 ระดับให้ได้ผลดี เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อ คือความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผล และจะทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น ความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่มียุทธพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไร ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็นและความเข้าใจนั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้นๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐานซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (วิริยา สุขวงศ์. 2545 : 23)

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ และค่านิยม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2535 : 30)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม เพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมป้องกันการโรค (Preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick-role behavior) (กองสุขศึกษา. 2542 : 18)

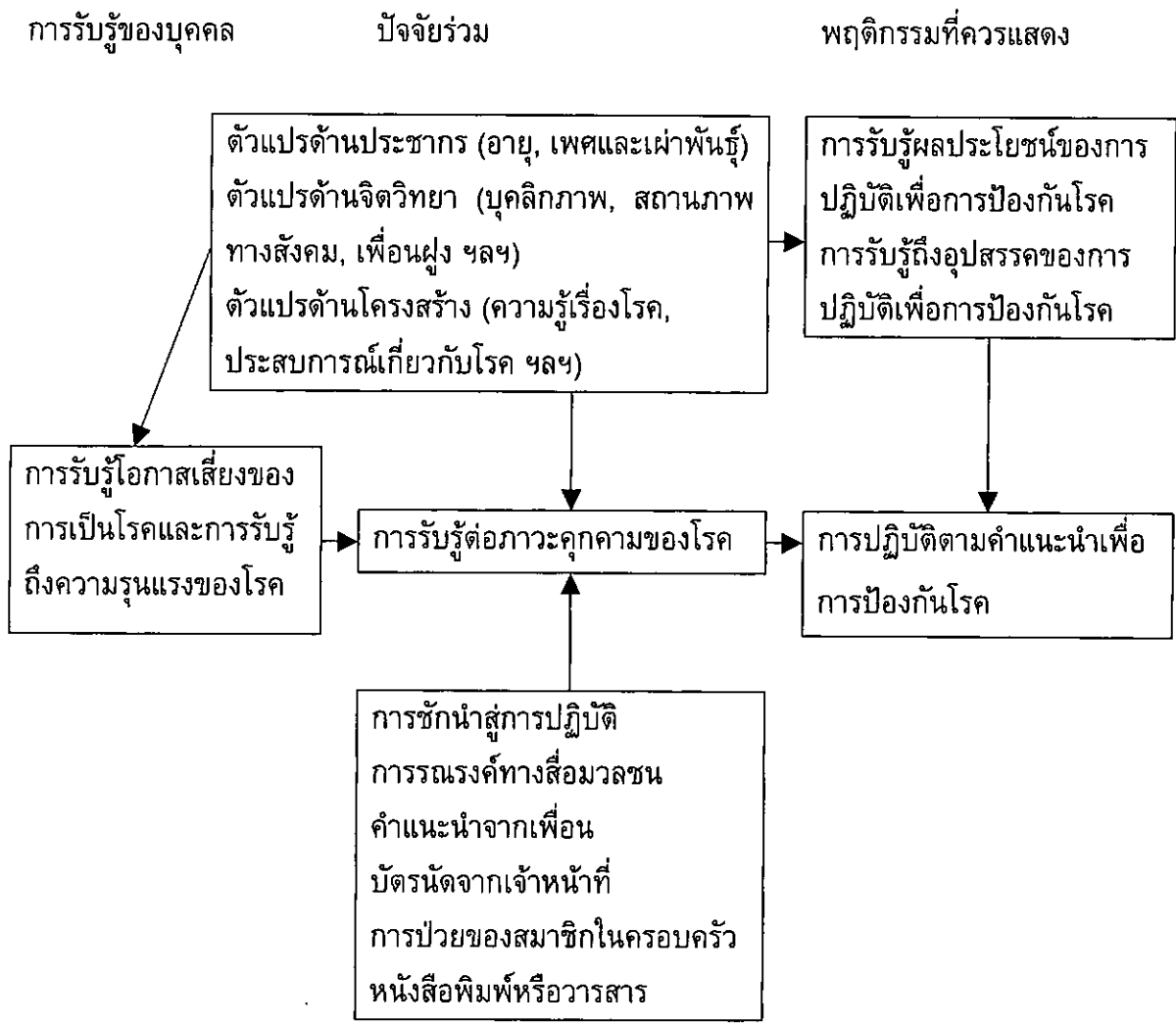
พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในช่วงศตวรรษที่ 20 นักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และทำการควบคุมได้ โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ สำหรับพฤติกรรมสุขภาพได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปี ค.ศ. 1950-1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระบายนั้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมกกว่า กิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลไม่ได้รับความสนใจจากประชาชน คือประสบปัญหาที่มีประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคกันน้อยทั้งๆ ที่บริการที่จัดให้มันไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ หรือเสียค่าใช้จ่ายต่ำมากก็ตาม ดังนั้นนักพฤติกรรมศาสตร์และนักสาธารณสุขจึงสนใจจะทำความเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุและสภาวะการณ์ใดที่เหมาะสมที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติในการป้องกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองหรือวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะแรกเริ่มที่ยังไม่มีอาการใดๆ เช่น ในกรณีการตรวจสุขภาพและป้องกันโรค วัณโรค มะเร็งปากมดลูก โรคฟัน ไข้รูมาติก โรคโปลิโอ โรคไขหวัดใหญ่ เป็นต้น (กองสุศึกษา. 2542 : 18) จากปัญหาดังกล่าว ฮอธบรีม; และคนอื่นๆ (เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. 2542 : 23; อ้างอิงจาก Hochbaum; et al. 1958. *PSH Publication*. pp. 1-28) ได้เริ่มศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับทางจิตวิทยาสังคมในรูปแบบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าแรงจูงใจต่อความรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นปัจจัยให้บุคคลทราบถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ

โรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974 : 329) ได้กล่าวว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร และการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดี โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคนั้น หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และไม่ควรมียุบสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น เวลา ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก ความเจ็บปวด และความอาย เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงเป็นแบบแผนที่ใช้ตัวแปรทางจิตสังคมมาอธิบายพฤติกรรม หรือการตัดสินใจเลือกกระทำของบุคคลเมื่อเกิดความไม่แน่ใจ โดยมีสมมติฐานว่าพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับ และความเชื่อในผลที่จะได้จากการกระทำของตน (นิตยา ภาสูนันท์. 2527 : 30; อ้างอิงจาก Becker; & Maiman. 1974. *In the health belief model and personal health behavior*. p. 9)

เบคเกอร์; และคนอื่นๆ (Becker; et al. 1974 : 206) จึงได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคล ที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2 (กองสุศึกษา. 2542 : 20; อ้างอิงจาก Becker; et al. 1974. *American Journal of Public Health*. p. 206)



ภาพประกอบ 2 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

มีส่วนประกอบที่สำคัญดังต่อไปนี้ (นิตยา ภาสนันท์. 2527 : 31; อ้างอิงจาก Becker; & Maiman. 1974. *In the health belief model and personal health behavior.* pp. 21-22)

1. ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะกระทำซึ่งสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยพิจารณาตัดสินจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น
2. การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ (Evaluation of the advocated health behavior) โดยพิจารณาถึงความสะดวกหรือความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และผลที่จะได้รับจากการกระทำว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือลดความ รุนแรงของโรคเพียงใด ทั้งนี้บุคคลต้องพิจารณาเปรียบเทียบกันระหว่างการรับรู้กับสิ่งที่จะเป็นอุปสรรคขัดขวางการกระทำนั้น เช่น การเสียเวลา และค่าใช้จ่ายต่างๆ
3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to action) อาจเป็นสิ่งที่ชักนำภายใน เช่น อาการความเจ็บป่วยต่างๆ หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสื่อสารมวลชน

ต่างๆ ที่ชักนำให้บุคคลมีการปฏิบัติขึ้นในสถานการณ์นั้น

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกเพื่อทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคนั้นยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ คาสส์; และคอบบ์ (นิตยา ภาสูนันท์. 2527 : 33; อ้างอิงจาก Kasl; & Cobb. 1966. *Archine environmental health*. p. 246) ได้ประยุกต์พฤติกรรม ความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วย โดยแบ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระบะที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่บุคคล ปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของ บุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรม ต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

คาสส์; และคอบบ์ (กองสุขศึกษา. 2542 : 21; อ้างอิงจาก Kasl; & Cobb. 1966. *Archine environmental health*. p. 246) ได้ดัดแปลงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับนำไปใช้ ทำนายพฤติกรรมความเจ็บป่วย โดยได้ให้ความสำคัญกับอาการของการเจ็บป่วย ซึ่งเปรียบเสมือน ตัวแทนของสิ่งคุกคามที่เขาประสบอยู่ ในขณะที่เดียวกันอาการของการเจ็บป่วยจะมีส่วนไปกระตุ้นให้ เกิดแรงจูงใจหรือการปฏิบัติ ซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติตนเอง ในการอธิบายการ ตัดสินใจแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่รู้สึกไม่สบายจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 4 ประการ ดังนี้

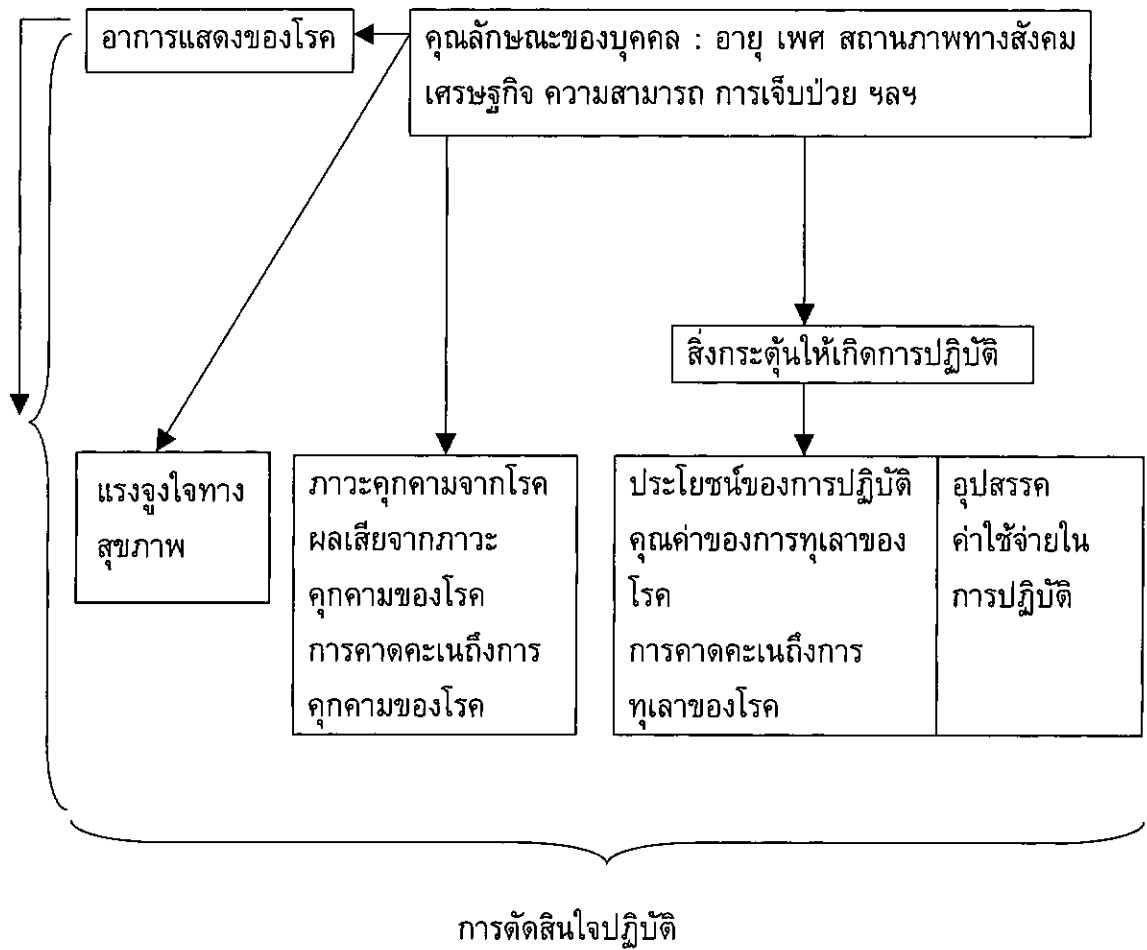
1. แรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ซึ่งจะแสดงถึงระดับ ของความสนใจด้านสุขภาพของบุคคล

2. สิ่งคุกคามที่เกิดจากอาการ ได้แก่ อันตรายต่อร่างกายและการรบกวนต่อการทำ หน้าที่

3. ประโยชน์หรือคุณค่าของการกระทำที่จะช่วยลดสิ่งคุกคาม

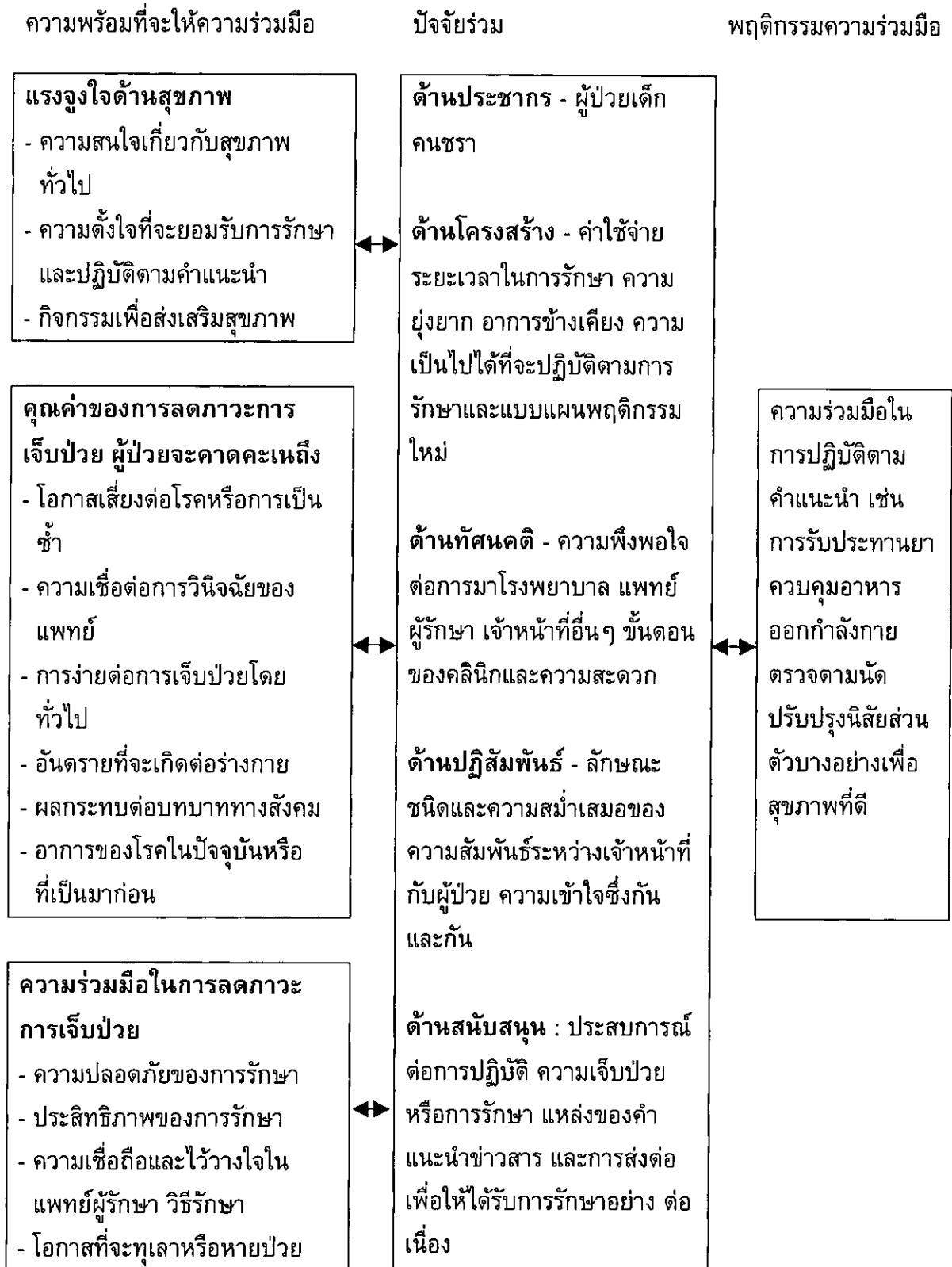
4. อุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายของการกระทำนั้นๆ

รายละเอียดดังปรากฏตามภาพประกอบ 3 (กองสุขศึกษา. 2542 : 22; อ้างอิงจาก Kirsctth. 1974. *Health education monographs*. p. 389)



ภาพประกอบ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการเจ็บป่วย

ซึ่งต่อมาเบคเกอร์; และคนอื่น ๆ (กองสุขศึกษา. 2542 : 22; อ้างอิงจาก Becker; et al. 1974. *Health education monographs*. pp. 409-417) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) และปัจจัยอื่นๆ ที่จัดอยู่ในปัจจัยร่วมและปัจจัยสนับสนุน (Modifying and enabling factor) รวมทั้งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) มาใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) ดังปรากฏตามภาพประกอบ 4 (กองสุขศึกษา. 2542 : 23; อ้างอิงจาก Kirsctth. 1974. *Health education monographs*. p. 416)



ภาพประกอบ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (สุโพธมวงศ์ ก่อนภุธร. 2541 : 18-19)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วยแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เหมือนกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรค หรือต่อการง่ายที่จะเป็นโรคต่างๆ มีความสัมพันธ์กันในทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก การใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือการกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม

3. การรับรู้ผลประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefit)

การรับรู้ผลประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เป็นโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers)

การรับรู้ต่ออุปสรรคในการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สบายหรือการมารับบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยขัดกับอาชีพ บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างผลประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมในการให้ความร่วมมือในการรักษาได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)

แรงจูงใจ หมายถึง อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายนอกและภายใน สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น เมื่อบุคคล

ต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยด้านการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factor)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้างทัศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันรักษาสุขภาพด้วยเช่นกัน

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

โดยทั่วไปมนุษย์มีความต้องการที่จะดูแลตนเองเพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ รวมทั้งเพื่อหลีกเลี่ยงภัยอันตรายต่างๆ ที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเอง (Self care) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยจงใจของบุคคลที่มีวุฒิภาวะ ทำให้มีผลต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมชีวิตการทำงาน และความเป็นอยู่ที่ดี (Orem. 1985 : 31-32)

ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง

ลินน์; และลีวิส (Linn; & Lewis. 1979 : 183-184) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพในบุคคลปกติ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดการใช้บริการสาธารณสุขที่ไม่จำเป็น พร้อมกับเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อลดภาระในการดูแลรักษาของแพทย์

โอเร็ม (Orem. 1985 : 6) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นเรื่องของธรรมชาติ และเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่ม

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 150) ได้กล่าวถึง การดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการที่จะดำรงไว้หรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับชีวิตสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัวมีความริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนาการดูแลด้านสุขภาพของตนอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลตนเองยังหมายถึงสิ่งต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อช่วยลดปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากโรค ตลอดจนเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และตรวจค้นเกี่ยวกับโรค และการรักษา

เอี่ยมพร ทองกระจาย (2533 : 48-49) ได้ประมวลความคิดที่นักวิชาชีพต่างๆ และเสนอเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง แล้วนิยามการดูแลสุขภาพตนเองไว้ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) คุ้มครองรักษาภาวะสุขภาพ (Health maintenance) การป้องกันโรค (Disease prevention) การบำบัดรักษาตนเอง (Self treatment) ซึ่งรวมความไปถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจภายหลังการเจ็บป่วย (Rehabilitation) กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะครั้งคราว

2. การดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นกระบวนการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิ เป็นฐานล่างสุดหรือนัยหนึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งบริการสาธารณสุขที่ให้โดยรัฐหรือวิชาชีพทุกระดับนั้น จำเป็นต้องให้สอดคล้องกับสถานการณ์และศักยภาพ การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ

3. การดูแลสุขภาพตนเองในระดับจุลภาค ถือเป็นกระบวนการกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่กระทำโดยประชาชน และในระดับมหภาคการดูแลสุขภาพตนเองถือเป็นระบบๆ หนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งและมีมาก่อนระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมด

โอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 22-23; อ้างอิงจาก Orem. 1991. *Nursing : Concep of Practice* 4th. p. 117) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม

จากคำนิยามดังกล่าวมานั้น พอสรุปได้ว่าการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน จะโดยการปฏิบัติด้วยตนเองหรือผู้อื่นช่วยเหลือ โดยรวมถึงกระบวนการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษาโรค และการปฏิบัติตนภายหลังการรับบริการ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง และมีความเป็นอยู่ที่ดี

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล. (2536 : 23-25) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem) ไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action และ Goal oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ในระยะนี้จะเห็นว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมี

ประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองนั้นบุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนจะดำเนินการอย่างไรเพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก จะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้ถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

การเข้าใจในแนวคิดของการดูแลตนเองว่าเป็นการกระทำของบุคคลที่จงใจและมีเป้าหมาย จะช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง และจะต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเขา และความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ ต้องแน่ใจว่าบุคคลนั้นได้ข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมที่จะช่วยให้เขาได้พิจารณาตัดสินใจที่กระทำ ตลอดจนการสังเกตและประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการกระทำการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ในทฤษฎีของโอเร็ม (Orem, 1991 : 125-136) ได้แบ่งความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานที่พบได้ทุกช่วงชีวิตของบุคคล ซึ่งปรับเปลี่ยนไปตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่างๆ เพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของโครงสร้าง หน้าที่ และการทำงานของร่างกาย ได้แก่

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นปกติ

- 1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อน
- 1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และ

ความสามารถของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเพื่อสนับสนุนและคงไว้ซึ่งกระบวนการพัฒนาในแต่ละช่วงของชีวิตมนุษย์ ให้ดำเนินไปอย่างเหมาะสม แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

2.1 การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนกระทั่งเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่

2.2 ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ เพื่อบรรเทาหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางจิตสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บหรือความพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต และความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและภาวะใกล้ตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเพื่อบรรเทาและขจัดอาการที่เกิดเนื่องจากความพิการแต่กำเนิด หรือความผิดปกติของโครงสร้าง และหน้าที่ของร่างกายจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ ให้กลับสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีโดยเร็ว ได้แก่

3.1 แสวงหาและดำรงไว้ซึ่งความช่วยเหลือทางด้านการแพทย์

3.2 รับรู้ สนใจต่อผลกระทบจากพยาธิสภาพ รวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการ

3.3 การปฏิบัติตามการวินิจฉัย การรักษาทางการแพทย์ และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อบรรเทาพยาธิสภาพ ความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น ควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติเพื่อแก้ไข และปรับตัวต่อความพิการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้น

3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรค

3.5 ปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองและความจำเป็นในการรักษา

3.6 เรียนรู้ในการดำรงชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่มีอยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรม การดูแลตนเองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ และจะเปลี่ยนแปลงตามภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจึงต้องมีการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตน ทั้งนี้เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพที่ดีของตนเอง โดยมีการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป หมายถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้ตามปกติ ประกอบด้วย

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.1.1 ปฏิบัติตนเพื่อให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์ โดยจัดที่พักอาศัยให้มีการถ่ายเทอากาศได้สะดวก

1.1.2 ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย ควรได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว

1.1.3 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์แก่ร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลและไขมันอิ่มตัวสูง ลดอาหารเค็ม รับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้น งดเครื่องดื่มที่มีผลกระตุ้นการทำงานของหัวใจ เช่น แอลกอฮอล์ ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง เป็นต้น

1.2 คงไว้ซึ่งการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ

1.2.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่ควรเบ่งถ่ายอุจจาระ เพราะการเบ่งถ่ายอุจจาระมีผลต่อการเพิ่มความดันในช่องอก ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น ทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดปกติ และเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรฝึกการขยับถ่ายอุจจาระเป็นเวลาทุกวัน และไม่ควรออกแรงเบ่ง

1.2.2 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกายโดยการอาบน้ำ และแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

1.2.3 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ถูกสุขลักษณะ

1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรออกกำลังกายให้ถูกวิธี ไม่ควรทำแบบหักโหม หรือออกกำลังกายชนิดที่เป็นอันตรายต่อโรคหัวใจ เช่น การทำกายบริหาร การเดิน การวิ่ง การขี่จักรยาน เป็นต้น ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวัน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นานครั้งละ 20-45 นาที

1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกายของตนเอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรมีการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ กลางคืนนอนไม่ต่ำกว่า 6-8 ชั่วโมง และไม่ควรรอนดึก และควรมีเวลานอนพักในช่วงกลางวันวันละ 1-2 ชั่วโมง ห้องที่พักผ่อนควรเป็นห้องที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียม ประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อนและการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องมีการพัฒนาตนเพื่อเป็นที่พึ่งของตนและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างมิตร ให้ความรักความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาและติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายของสังคมเมื่อจำเป็น ในขณะเดียวกันก็ต้องสังสรรค์กับครอบครัวและกลุ่มเพื่อน เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน ทั้งนี้เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นเสมือนแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นแหล่งข้อมูลให้กับผู้ป่วยในการแสวงหาข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง

1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่เกิดขึ้น

1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

1.5.3 หลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ

1.5.4 ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง โดยการพัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ยอมรับข้อจำกัดของโรคที่เป็นอยู่ เช่น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลและไขมันอิ่มตัวสูง ลดอาหารเค็ม งดดื่มชา กาแฟ แอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงความเครียด เป็นต้น ตลอดจนปฏิบัติตามกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของตน ค้นหาและสนใจความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ที่ผิดปกติ เช่น การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และการมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลให้พัฒนาการของตนเองเสื่อมถอยหรือขาดหายไป เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการควบคุมอาหาร งดการสูบบุหรี่ ลดความอ้วน ลดความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการกลายเป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว โรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากบุคคลมีแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life style) ที่ไม่เหมาะสม และเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษานานและต่อเนื่อง ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาหรือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ก็มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญในทุกช่วงอายุ ทั้งนี้เพื่อการมีสุขภาพที่ดีและสามารถปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางโครงสร้าง การทำหน้าที่ตลอดจนผลจากการวินิจฉัย และการรักษา ประกอบด้วย

3.1 ผู้ป่วยต้องยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง และยอมรับถึงความจำเป็นในการรับการตรวจร่างกายตามการนัดของแพทย์ เพื่อไม่ให้ภาวะของโรคคุกคาม

3.2 ให้ความสนใจและรับรู้ผลของโรคที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ เช่น ภาวะช็อค หัวใจเต้นผิดจังหวะ น้ำคั่งที่ปอด และเกิดเอมโบลีที่ปอด ถ้าไม่ร่วมมือในการรักษา พร้อมทั้งติดตามผลการวินิจฉัย แนวทางการรักษา และการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3.3 สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน บวมทั่วตัว หายใจเหนื่อย หากพบอาการผิดปกติควรรีบไปปรึกษาเจ้าหน้าที่หรือแพทย์ผู้ให้การรักษาที่สถานบริการที่ผู้ป่วยไปรับบริการ

3.4 ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ รับประทานยาให้ถูกต้องครบทุกมื้อตามเวลา ไม่ลดยา เพิ่มยา หรือหยุดยาเอง ทั้งนี้ต้องอยู่ในการควบคุมดูแลของแพทย์ หลีกเลี่ยงการรับประทานยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง ถ้ามีอาการของฤทธิ์ข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ปัสสาวะบ่อย มึนงง ปวดศีรษะ ใจสั่น หน้ามืด หมดสติ เป็นต้น ให้รีบไปปรึกษาแพทย์ผู้ให้การรักษาทันที

3.5 ไปรับการตรวจร่างกายตามการนัดของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

3.6 เรียนรู้ในการดำรงชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่มีอยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในภาวะที่บุคคลมีการเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตัวเองได้จำกัด

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ทอยส์ (Thoits. 1982 : 147) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือทางอารมณ์และสังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและความเครียดได้

ฮับบาร์ด; มูเลนแคมป์; และบราวน์ (Hubbard; Muhlenkamp; & Brown. 1984 : 266) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ (Multidimensional) ซึ่ง

ประกอบด้วยการติดต่อสื่อสารในแง่ดี ทำให้มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยคำนึงถึงแหล่งที่มาด้วย

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบของสังคม เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 171) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมไว้ในการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการแก้ปัญหาสาธารณสุขว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่สังคมให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีผลทำให้ผู้นั้นปรับเปลี่ยนไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพอนามัยดี

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ หรือบริการต่างๆ จากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มของการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไปแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดและมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ กลุ่มชนิดนี้มีอิทธิพลต่อการกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ในระบบสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic)

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 5 ระบบ ดังนี้ เพนเดอร์ (ธีราพงษ์พานิช. 2544 : 38; อ้างอิงจาก Pender. 1987. *Health promotion in nursing practice*. pp. 396-397)

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมากที่สุดต่อผู้ป่วยเพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็กเพราะเป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตอันเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย

2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการและสามารถติดต่อ

ชักจูงผู้ป่วยได้ง่าย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆ ในชีวิตได้

3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religious organizations or denomination) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำรงชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น

4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนเป็นแห่งแรกที่ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญต่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิทและกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organized support system not directed by health professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัครช่วยเหลือตนเอง (Self-help groups) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็นสามระดับ การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่เล็กที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบหรือระบบย่อย (Subsystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับถัดมาคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบ (System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกันหรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่างๆ ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่ใหญ่ที่สุดคือ การสนับสนุนที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (Suprasystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นที่อยู่ในชุมชน การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบจะมีลักษณะไม่เป็นทางการต่างจากการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับจากองค์กรต่างๆ หรือกลุ่มบุคคลในสังคมอื่นๆ ซึ่งมีลักษณะเป็นทางการ แต่ถ้าแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกตามแหล่งที่ให้การสนับสนุน จะแบ่งได้สองชนิดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่มาจากบุคคลในครอบครัวและภายนอกครอบครัว

หลักการสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 584) กล่าวถึง หลักการสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่ามีคนสนใจเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีต่อตนอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับรู้สึกว่ามีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถ

ทำประโยชน์แก่สังคมได้

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่ต้องการ คือการมีสุขภาพดี

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

เฮาส์ (House. 1981 : 15-26) ได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน

2. การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดง ซึ่งอาจจะเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เช่น การให้คำแนะนำ การชักชวน การให้คำปรึกษา การให้ข่าวสาร

4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

ทิลเดน (Tilden. 1985 : 201) กล่าวถึงเซฟเฟอร์ และคณะ ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นความรู้สึกใกล้ชิด ผูกพัน รักใคร่และความรู้สึกเป็นเจ้าของตลอดจนความรู้สึกไว้วางใจและไว้วางใจผู้อื่น

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการแนะนำข้อมูลในการแก้ปัญหา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทองหรือบริการ

แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัยของคน จากการศึกษาพบว่า อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการจากแพทย์/พยาบาลสม่ำเสมอ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและหายจากโรคดังกล่าวมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสรวง สุวรรณ. 2536 : 185; อ้างอิงจาก Baekeland; & Lundwall. 1975 : 99-107)

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพบว่าแนวคิดดังกล่าวมีความสำคัญและสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งทาง

ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในงานวิจัย ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรประกอบด้วย

1. การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ ความผูกพัน ความใกล้ชิด ความเห็นอกเห็นใจ การให้กำลังใจ รับฟังการระบายความรู้สึกต่างๆ เพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะต้องถูกจำกัดกิจกรรมต่างๆ และต้องมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม อาจต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากขึ้น ทำให้ขาดความมั่นใจทางจิตใจ ดังนั้นบุคคลในครอบครัวควรเอาใจใส่ ให้ความเห็นอกเห็นใจ และให้กำลังใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่จะดำรงชีวิตต่อไป

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ การเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรู้สึกว่าคุณค่า ซึ่งอาจสนับสนุนให้ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถปรับตัวได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรให้การสนับสนุนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ของสังคมตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของ ตนเอง และเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3. การสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและบริการ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการช่วยเหลือในเรื่องสิ่งของที่จำเป็นต่างๆ ค่าใช้จ่ายประจำวัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การได้รับการช่วยเหลือในการไปตรวจตามนัด การเอาใจใส่ในการได้รับการดูแล เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมจากครอบครัว และช่วยเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้มาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ และมีเงินไว้สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพ

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเอง หมายถึง การมีชีวิตรอดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดความท้อแท้เบื่อหน่ายที่จะดูแลตนเอง เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลารักษานาน ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและมีการติดตามการรักษาสม่ำเสมอ ดังนั้นการได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยจากบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจประสบความสำเร็จในการรักษา ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากมีการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องและมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมทุกด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ย่อมส่งผลต่อผู้ได้รับการสนับสนุน เพราะร่างกายและจิตใจไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

เบอร์กแมน; และไซม์ (Berkman; & Syme. 1979 : 186-204) ได้ศึกษาติดตามอัตราการตายของประชาชนในเมืองอะลาเมดา เป็นเวลา 9 ปี พบว่า กลุ่มที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะมีอัตราตายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เพราะการสนับสนุนทางสังคม เช่น คู่สมรส หรือเพื่อนบ้านจะทำให้บุคคลปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพในทางที่เหมาะสมได้ดี

แฮลลอน (Hallal. 1982 : 137-142) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมของเพศหญิง ในกลุ่มตัวอย่าง 201 คน ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดย 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพดี และมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นบางครั้งเท่านั้น

บัลช์; และแอนนอทท์ (Bush; & Lannotti. 1990 : 69-86) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการใช้ยาในเด็กวัยรุ่น จำนวน 270 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา มีความสัมพันธ์ต่อการระมัดระวังมิให้เกิดการเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพของตนเอง

วิลเลย์ (Willey. 1990 : 79-95) ได้ศึกษาผลกระทบจากโรคมะเร็งและประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับกำลังใจจากสังคม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีภาวะสุขภาพของร่างกายและจิตใจ การดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ

เบอร์เทรา (Bertera. 1990 : 214) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีการปฏิบัติตัวเพื่อการส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นและมีภาวะสุขภาพดีขึ้น

เดเนียล (Daniels. 1994 : 272) ได้ศึกษาตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ซึ่งได้รับการบาดเจ็บที่กระดูกไขสันหลังต้องนั่งรถเข็นและเล่นกีฬาบาาสเกตบอลบนรถเข็นเพื่อเป็นการหย่อนใจ จำนวน 119 คน ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล ผลการศึกษา พบว่า อายุ การศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การ์เบลลา; และคนอื่นๆ (Garibellaa; et al. 1996 : 605-608) ได้ศึกษาผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 85 ราย โดยการให้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถพิสูจน์ได้ว่า ผลไม้และผักเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ ต้องลดไขมันให้มาก งดการดื่มสุรา งดการสูบบุหรี่ ออกกำลังกายให้มาก ลดน้ำหนักให้ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคมามากขึ้นกว่านี้ และสัญญาว่าจะเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตใหม่

ลักการีเน็น; และเฮ็นติเน็น (Lukkarinen H.; & Hentinen H. 1997 : 295-304) ได้ศึกษาถึงการดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 250 คน โดยมีจุดประสงค์คือ

1. เพื่อศึกษาถึงการดูแลสุขภาพตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มีผลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยแบบทดสอบ SCI

2. เมื่อเปรียบเทียบแบบทดสอบ SCI กับทฤษฎีการดูแลสุขภาพของ Orem ผลการศึกษาพบว่า

1. การประเมินผล การส่งเสริมสุขภาพ การตัดสินใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ แรงจูงใจ และปัจจัยทางกายภาพ

2. สิ่งที่สำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพของตนเอง คือความพึงพอใจและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง

3. ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อายุ เพศ สภาพสังคม รายได้ ฐานะ พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การป่วยเป็นโรค เช่น เบาหวาน แต่การพึงพอใจในเพศสัมพันธ์มีส่วนสำคัญน้อย

4. แบบทดสอบ SCI เป็นแบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองที่ครอบคลุม

เมนอตตี (Menotti. 1997 : 1125-1132) ได้ศึกษาถึงความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในเรื่องของการป้องกันโรคชั้นปฐมภูมิ และทุติยภูมิของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 2,000 คน โดยใช้วิธีสำรวจทางโทรศัพท์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีความเชื่อว่าความเครียดเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการดูแลในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การรณรงค์เผยแพร่ความรู้ทางสื่อต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางโทรทัศน์ให้แก่ประชาชนเป็นหนทางในการป้องกันโรคนี้ได้

งานวิจัยในประเทศไทย

นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 86-88) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือนที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2529 ถึงเดือนสิงหาคม 2529 จำนวน 100 ราย โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการศึกษาพบว่า

1. ความเชื่อด้านสุขภาพโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ส่วนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับกลางๆ

2. เพศชายและเพศหญิงมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมและในด้านต่างๆ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรคต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน

4. ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน รายได้ต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมและความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน

5. ความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ .01

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : 80-81) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการของโรคที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลโรคทรวงอก นนทบุรี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา อยู่บ้านเฉยๆ หรือทำงานบ้าน รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และมีระยะเวลาในการรักษาอยู่ระหว่าง 1-5 ปี

2. อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาในการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

5. ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

6. ความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งได้ร้อยละ 38.39

จิรพรรณ รัฐประเสริฐ (2533 : 40) ได้ศึกษาลักษณะประชากร การรับรู้และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรม ที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ณ ศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษา ณ ศูนย์วัณโรค เขต 3 ชลบุรี ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง 20 เมษายน 2533 จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชาย ร้อยละ 74.00 เพศหญิง ร้อยละ 26.00 อายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 23.00 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.00 อาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 32.00 รายได้ 1,001-3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 39.00 ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องร้อยละ 61.00 และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่อเนื่องมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้

ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรค

อารีย์ เขียรประมุข (2534 : 59-60) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระพุทธชินราช จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยส่วนรวม แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

ประยงค์ สัจพงษ์ (2534 : 41) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะของประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอด ในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จำนวน 200 ราย ระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2533 มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนรักษาโรคตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า เป็นผู้ป่วยเพศชาย ร้อยละ 57.50 เพศหญิง ร้อยละ 42.50 อายุเฉลี่ย 53.42 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.50 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 27.50 รายได้ 2,000-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 64.20 มีฐานะ 3,000 บาท เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า อายุ ลักษณะ อาชีพ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและปัจจัยร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอด ระดับการศึกษา รายได้ ของครอบครัว การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ต่อประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ต่ออุปสรรคของการรักษาและแรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคมแต่ละประเภท ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านการประเมินพฤติกรรม การสนับสนุนทางด้านสิ่งของและเงิน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค

กุลธิดา พานิชกุล (2536 : 99-100) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับการตรวจรักษาที่ตึกตรวจโรคผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลโรคทรวงอก และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า

1. เครือข่ายทางสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่ ได้แก่ คู่สมรสและบุตรมีระยะเวลาในการติดต่อกันมากกว่า 20 ปีขึ้นไป มีความถี่ในการติดต่อมากกว่า 30 ครั้งขึ้นไปภายในเวลา 3 เดือน และวิธีที่ใช้ในการติดต่อกันมากที่สุดคือการพบปะ
2. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง
3. การสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาที่ได้รับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
4. ระยะเวลาที่เป็นโรค และรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. อายุและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

6. การสนับสนุนทางสังคมและระยะเวลาที่เป็นโรคเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดที่สามารถอธิบายความผันแปรของการปรับตัวได้ร้อยละ 43.26 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุวิชา จันทรสุนทรกุล (2536 : ก-ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่ จำนวน 124 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมโดยใช้ขบวนการกลุ่ม มีการจัดอภิปรายกลุ่ม การติดตามให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุโดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค และการรับรู้ต่อผลประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ต่อผลประโยชน์ของการรักษาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

สุพร พริงเพริศ (2538 : 77-78) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกศัลยกรรมหัวใจ แขนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลโรคทรวงอก และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาและการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 61.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปริศนา วรพันธ์ (2541 : 58-59) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจในวชิรพยาบาล จำนวน 90 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี คือความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ ศึกษาพฤติกรรมรายด้านพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงน้อย มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการออกกำลังกายและการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงปานกลาง การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความรุนแรงดี มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้อุปสรรคตีปานกลาง ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสัมพันธ์

อรชร ศรีไทรล้วน (2541 : 75-76) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 113 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี

เพศต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ของครอบครัว และภาวะควบคุมโรคต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ติรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 72-74) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 330 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัวต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวมีความสามารถในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราชได้ร้อยละ 21.50

ปิยนุช ปัญญาธีระ (2542 : 89-91) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรีจำนวน 279 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติต่อโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีเพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานและการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติ และการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติต่อโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน แต่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติแตกต่างกัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีความเพียงพอของรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติต่างกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีเพศ สถานภาพสมรส และความเพียงพอของรายได้ต่างกัน มีภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน ส่วนระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติ และการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 แต่พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เพียงใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 66-68) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกนรีเวชกรรม ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 120 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ในด้านความสัมพันธ์พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ส่วนความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมในรายด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านสิ่งของ เงินหรือแรงงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม และรายได้ของครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกได้ร้อยละ 13.95 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543 : 55-56) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน

2. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายด้านโภชนาการและด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง แต่มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

3. การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านทรัพยากรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั่นคือผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย

สุธิตา นีรพัฒน์ (2543 : 91-93) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างจำนวน 350 คน พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 93-47) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 320 คน เป็นชาย 122 คน และหญิง 198 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีเพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรค และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับการศึกษา อาชีพ และการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิตติรัตน์ชญา ไชยเจริญ (2544 : 58-60) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยชีวิตสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 331 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 331 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.40 เพศหญิง ร้อยละ 36.60 ส่วนใหญ่มีอายุ 20-30 ปี มีรายได้ของครอบครัว 3,000-8,000 บาท/เดือน มีสถานภาพสมรสคู่ มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อน ความเชื่อด้านการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และความเชื่อด้านการรับรู้ต่อประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความเชื่อด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ด้านความสัมพันธ์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนอายุ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่วนตัวแปร อาชีพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดได้ ร้อยละ 10.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุทธาทิพย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 100-101) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 373 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี มีเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศ อายุ ระยะเวลาของการเป็นโรคและประวัติครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อารีย์ เจียมพุก (2544 : 100-102) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 181 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม มีความเชื่อทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยวัณโรคที่มีเพศ อายุ อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้ป่วยวัณโรคที่มีระดับการศึกษาและการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สายฝน เลิศวาสนา (2546 : 96-97) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักรอานามัย กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 298 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและระยะเวลาของการรักษาต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอาชีพและรายได้ต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และพบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความพึงพอใจต่อการให้บริการทั้งหมด ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด และแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการได้รับการรักษา และการรับรู้อุปสรรคของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

จากการศึกษาสภาพปัญหา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมาแล้ว พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์ในการให้คะแนนของเครื่องมือ
 - 2.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำ และการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 627 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 244 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) และมีวิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของยามานะ (Yamane. 1996 : 583)

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

- เมื่อ n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
- N แทน จำนวนประชากร
- e แทน ค่าความคลาดเคลื่อนในการทําวิจัย กำหนดให้เท่ากับ .05

$$\begin{aligned} n &= \frac{627}{1 + (627)(0.5)^2} \\ &= 244 \end{aligned}$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 244 คน

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) มีขั้นตอนดังนี้

2.1 คำนวณหาช่วงการสุ่ม ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงการสุ่ม} &= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยในช่วง 2 เดือน}}{\text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง}} \\ &= \frac{528}{244} \\ &= 2.16 \end{aligned}$$

ดังนั้นช่วงการสุ่มคือ 2 หมายความว่า ผู้วิจัยจะทำการเลือกตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐมทุกๆ 2 คน

2.2 หาจุดเริ่มต้นของการสุ่ม (Random start) โดยใช้วิธีจับสลากได้จุดเริ่มต้นของการสุ่มเท่ากับ 2 หมายความว่า ผู้วิจัยจะทำการเลือกตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ลำดับที่ 2, 4, 6, (6+2), (8+2),..... จนได้จำนวนตัวอย่างครบ 244 คน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรค และประวัติครอบครัว ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีต่อภาวะความเจ็บป่วย แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ สนับสนุนมาก สนับสนุนปานกลาง สนับสนุนน้อย

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎี เนื้อหา แนวความคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. ศึกษาสร้างแบบสอบถามตามหลักเกณฑ์ให้ครอบคลุมเนื้อหาและความมุ่งหมายที่ต้องการ มีทั้งหมด 4 ตอน คือ

3.1 ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

3.2 ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

3.3 ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

3.4 ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรตรวจสอบ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

5. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสม และนำมาปรับปรุงแก้ไข

6. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 50 คน

7. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แล้วนำมาปรับปรุง แก้ไข เพื่อนำมาใช้จริง

เกณฑ์ในการให้คะแนนของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ซึ่งแบบสอบถามมีข้อความเป็น 2 ลักษณะ คือ ข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก และข้อความที่แสดงลักษณะทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

เกณฑ์ค่าเฉลี่ย	ระดับความเชื่อ
2.34-3.00	ดี
1.67-2.33	ปานกลาง
1.00-1.66	ไม่ดี

ส่วนแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วย	1	3
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	3	1

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

เกณฑ์ค่าเฉลี่ย	ระดับความเชื่อ
2.34-3.00	มาก
1.67-2.33	ปานกลาง
1.00-1.66	น้อย

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	
สนับสนุนมาก	3
สนับสนุนปานกลาง	2
สนับสนุนน้อย	1
เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)	
เกณฑ์ค่าเฉลี่ย	มีการสนับสนุนทางสังคม
2.34-3.00	มาก
1.67-2.33	ปานกลาง
1.00-1.66	น้อย

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ซึ่งแบบสอบถามมีข้อความเป็น 2 ลักษณะ คือข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก และข้อความที่แสดงลักษณะทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติบางครั้ง	1	1
ไม่เคยปฏิบัติ	0	2

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 8-9)

เกณฑ์ค่าเฉลี่ย	ระดับการปฏิบัติ
1.34-2.00	ดี
0.67-1.33	ปานกลาง
0.00-0.66	ควรปรับปรุง

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจำนวน 114 ข้อ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่านตรวจแก้ไข เพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเป็นรายข้อ แล้วบันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม โดยใช้สูตร IC และเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปได้ข้อคำถามจำนวน 111 ข้อ ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยตัดข้อคำถามนั้นออก

2. การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกระทำโดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 50 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก โดยวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม

ทั้งฉบับ (Corrected Item to Total Correlation) และเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117) ได้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 23 ข้อ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจำนวน 15 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองจำนวน 23 ข้อ

3. การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยนำแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์ที่ใช้ได้ไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118) โดยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ได้ค่าความเชื่อมั่น .7169, .7222, .6117, .7254 ตามลำดับ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่น .8887 และ .8239 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอาศัยเครื่องมือ คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง
3. เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นแล้วนำแบบสอบถามมาคัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์มาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และในการทดสอบสมมติฐานสำหรับการวิจัยครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม และคัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้
2. ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถาม ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ มีขั้นตอนดังนี้

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละตามตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรค ประวัติครอบครัว และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

3.2 วิเคราะห์การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการหาค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ของข้อมูล และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และ 8

3.4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไปโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) หรือโดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 5, 6 และ 7

ถ้าพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method)

3.5 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันโปรดักโมเมนต์ (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 9, 10, 11, 12 และ 13

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ประคอง กรรณสูตร. 2525 : 73)

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

เมื่อ	P	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 35)

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

เมื่อ $\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
$\sum X$	แทน	ผลรวมคะแนนทั้งหมด
n	แทน	จำนวนคน

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 65)

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

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

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ เรียกว่า Face validity ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลข ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 116)

2.1.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหา และแต่ละคนพิจารณาลงความเห็นและให้คะแนนดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

- +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น
- 0 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้นหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่มเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

2.1.2 นำค่าคะแนนที่ได้มาแทนในสูตร โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม
 $\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหา
ทั้งหมด
N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับ
คะแนนทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) 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 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน X และ Y
 $\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum Y$ แทน ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum X^2$ แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน X
 $\sum Y^2$ แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน Y
 $\sum XY$ แทน ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน X และคะแนน Y
N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.3 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-
coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118)

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

เมื่อ α แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
n แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม
 S_i^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
 $\sum S_i^2$ แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนเป็นรายข้อ

3. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และ 8 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 166)

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

Degree of freedom คำนวณได้จาก

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

เมื่อ	t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที่
	$\bar{x}_1, \bar{x}_2$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	S_1^2, S_2^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	n_1, n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	df	แทน	ชั้นแห่งความอิสระ (Degree of freedom)

3.2 ทดสอบค่าความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) หรือค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 6 และ 7 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 236)

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

- เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
- MS_B แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองระหว่างกลุ่ม
- MS_W แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองภายในกลุ่ม

3.3 ถ้าพบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 252)

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

- เมื่อ q แทน q-statistic ที่ได้จากตาราง
- MS_W แทน ค่า mean square ภายในกลุ่ม
- n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

โดยที่

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

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

3.4 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน-โปรดักโมเมนต์ (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 9, 10, 11, 12 และ 13 (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 314)

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

- เมื่อ r_{xy} แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน X และ Y
- $\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนชุด X

$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด Y
$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง
$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมของคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลังสอง
$\sum XY$	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่าง X กับ Y
N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

3.5 ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t-test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 317)

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

เมื่อ	r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้
	N	แทน	จำนวนคน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t-distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
p	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of Square)
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จากข้อมูลที่รวบรวมได้โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 244 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ แล้วนำเสนอผลการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรคและประวัติครอบครัว โดยการแจกแจงความถี่เป็นคำร้อยละ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม โดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าคะแนนเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรคและประวัติครอบครัว โดยการทดสอบค่าที (t-test) และค่าเอฟ (F-test)

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรค ประวัติครอบครัว โดยการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ค่าร้อยละ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรคและประวัติครอบครัว

ตัวแปรที่ศึกษา	n	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	98	40.16
หญิง	146	59.84
รวม	244	100.00
2. อายุ		
ต่ำกว่า 45 ปี	23	9.43
45-55 ปี	47	19.26
56-65 ปี	63	25.82
สูงกว่า 65 ปีขึ้นไป	111	45.49
รวม	244	100.00
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	48	19.67
ประถมศึกษา	125	51.23
มัธยมศึกษา	34	13.94
อุดมศึกษา	37	15.16
รวม	244	100.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	ร้อยละ
4. อาชีพ		
รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ	41	16.80
ค้าขาย/ธุรกิจ	30	12.30
เกษตรกรรม	23	9.42
รับจ้าง	31	12.70
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	119	48.78
รวม	244	100.00
5. รายได้		
น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	64	26.23
3,000-8,000 บาทต่อเดือน	74	30.33
8,001-13,000 บาทต่อเดือน	41	16.80
มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน	65	26.64
รวม	244	100.00
6. สถานภาพสมรส		
โสด	15	6.15
คู่	165	67.62
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	64	26.23
รวม	244	100.00
7. ระยะเวลาของการเป็นโรค		
ต่ำกว่า 5 ปี	128	52.46
5-10 ปี	75	30.74
มากกว่า 10 ปี	41	16.80
รวม	244	100.00
8. ประวัติครอบครัว		
มี	49	20.08
ไม่มี	195	79.92
รวม	244	100.00

จากตาราง 1 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 244 คน จำแนกได้ดังนี้

เพศ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 59.84

อายุ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุสูงกว่า 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45.49 รองลงมาเป็นอายุ 56-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.82

ระดับการศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 51.23 รองลงมาเป็นระดับต่ำกว่าประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 19.67

อาชีพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 48.78 รองลงมาคือรัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 16.80

รายได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีรายได้ 3,000-8,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 30.33 รองลงมา มีรายได้มากกว่า 13,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 26.64

สถานภาพสมรส ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 67.62 รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 26.23

ระยะเวลาของการเป็นโรค ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่ำกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.46 รองลงมาคือ 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.74

ประวัติครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 79.92

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม โดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังปรากฏตามตาราง 2, 3 และ 4

ตาราง 2 จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
ความเชื่อด้านสุขภาพ				
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	244	2.51	0.50	ดี
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	244	2.47	0.57	ดี
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	244	2.70	0.31	ดี
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	244	1.71	0.66	ปานกลาง
ความเชื่อด้านสุขภาพรวม 4 ด้าน	244	2.42	0.24	ดี

จากตาราง 2 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ
โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อ
พิจารณาในแต่ละด้านจะพบว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	มีความเชื่ออยู่ในระดับดี
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	มีความเชื่ออยู่ในระดับดี
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	มีความเชื่ออยู่ในระดับดี
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	มีความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 3 จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

การสนับสนุนทางสังคม	n	$\bar{X}$	S
มาก	196	2.81	0.19
ปานกลาง	47	2.14	0.17
น้อย	1	1.67	0.00
รวม	244	2.68	0.33

จากตาราง 3 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ
โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

ตาราง 4 จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	n	$\bar{X}$	S
ดี	130	1.56	0.16
ปานกลาง	112	1.11	0.13
ควรปรับปรุง	2	0.61	0.06
รวม	244	1.34	0.28

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรคและประวัติครอบครัว ดังปรากฏตามตาราง 5, 6, 7 และ 8

ตาราง 5 จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรคและประวัติครอบครัว

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
1. เพศ				
ชาย	98	1.32	0.29	ปานกลาง
หญิง	146	1.36	0.26	ดี
2. อายุ				
ต่ำกว่า 45 ปี	23	1.30	0.25	ปานกลาง
45-55 ปี	47	1.36	0.26	ดี
56-65 ปี	63	1.33	0.27	ปานกลาง
สูงกว่า 65 ปีขึ้นไป	111	1.35	0.29	ดี

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
3. ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	48	1.26	0.29	ปานกลาง
ประถมศึกษา	125	1.36	0.28	ดี
มัธยมศึกษา	34	1.33	0.22	ปานกลาง
อุดมศึกษา	37	1.39	0.29	ดี
4. อาชีพ				
รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ	41	1.45	0.24	ดี
ค้าขาย/ธุรกิจ	30	1.30	0.22	ปานกลาง
เกษตรกรรม	23	1.24	0.32	ปานกลาง
รับจ้าง	31	1.35	0.31	ดี
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	119	1.34	0.27	ดี
5. รายได้				
น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	64	1.36	0.31	ดี
3,000-8,000 บาทต่อเดือน	74	1.31	0.28	ปานกลาง
8,001-13,000 บาทต่อเดือน	41	1.32	0.25	ปานกลาง
มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน	65	1.38	0.25	ดี
6. สถานภาพสมรส				
โสด	15	1.31	0.25	ปานกลาง
คู่	165	1.35	0.28	ดี
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	64	1.35	0.28	ดี
7. ระยะเวลาของการเป็นโรค				
ต่ำกว่า 5 ปี	128	1.31	0.29	ปานกลาง
5-10 ปี	75	1.37	0.28	ดี
มากกว่า 10 ปี	41	1.41	0.22	ดี
8. ประวัติครอบครัว				
มี	49	1.30	0.30	ปานกลาง
ไม่มี	195	1.35	0.27	ดี
รวม	244	1.34	0.28	ดี

จากตาราง 5 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 244 คน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามตัวแปร ดังนี้

เพศ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.36

อายุ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีกลุ่มอายุสูงกว่า 65 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุ 45-55 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.35 และ 1.36

ระดับการศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและอุดมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.36 และ 1.39

อาชีพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ และอาชีพรับจ้าง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.34, 1.45 และ 1.35

รายได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีรายได้มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน และรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.38 และ 1.36

สถานภาพสมรส ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีสถานภาพสมรสคู่ และหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.35 และ 1.35

ระยะเวลาของการเป็นโรค ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีระยะเวลาของการเป็นโรค 5-10 ปี และมากกว่า 10 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.37 และ 1.41

ประวัติครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.35

จากข้อมูลตามตาราง 5 จำแนกตามตัวแปรเพศ และประวัติครอบครัว ผู้วิจัยนำไปทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยทดสอบค่าที (t-test) ดังปรากฏตามตาราง 6 ส่วนตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และระยะเวลาของการเป็นโรค ผู้วิจัยนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 7

ตาราง 6 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่าง คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามเพศและประวัติครอบครัว

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S	t	p-value
1. เพศ					
ชาย	98	1.32	0.29	.975	.324
หญิง	146	1.36	0.26		
2. ประวัติครอบครัว					
มี	49	1.30	0.30	.657	.418
ไม่มี	195	1.35	0.27		

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
ประวัติครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่มีประวัติครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และระยะเวลาของการเป็นโรค

ตัวแปรที่ศึกษา	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
1. อายุ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.07	0.02	0.296	0.828
	ภายในกลุ่ม	240	18.38	0.08		
	รวม	243	18.45			
2. ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	3	0.47	0.16	2.103	0.100
	ภายในกลุ่ม	240	17.98	0.07		
	รวม	243	18.45			
3. อาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	4	0.73	0.18	2.458*	0.046
	ภายในกลุ่ม	239	17.72	0.07		
	รวม	243	18.45			

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
4. รายได้	ระหว่างกลุ่ม	3	0.17	0.06	0.762	0.517
	ภายในกลุ่ม	240	18.28	0.08		
	รวม	243	18.45			
5. สถานภาพสมรส	ระหว่างกลุ่ม	2	0.02	0.01	0.135	0.874
	ภายในกลุ่ม	241	18.43	0.08		
	รวม	243	18.45			
6. ระยะเวลาของการเป็นโรค	ระหว่างกลุ่ม	2	0.41	0.20	2.735	0.067
	ภายในกลุ่ม	241	18.04	0.07		
	รวม	243	18.45			

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพต่างกัันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 ผลการทดสอบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายคู่ของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		เกษตรกร	ค้าขาย/ ธุรกิจ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	รับจ้าง	รัฐวิสาหกิจ/ ข้าราชการ
	$\bar{X}$	1.24	1.30	1.34	1.35	1.45
เกษตรกร	1.24	-	0.06	0.10	0.11	0.21*
ค้าขาย/ธุรกิจ	1.30		-	0.04	0.05	0.15
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1.34			-	0.01	0.11
รับจ้าง	1.35				-	0.10
รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ	1.45					-

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่มีอาชีพรัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันกับผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีอาชีพรัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรม ส่วนอื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

ตัวแปรที่ศึกษา	n	r	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	244	-0.088	.170
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	244	-0.065	.313
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	244	0.181*	.005
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	244	-0.104	.105
การสนับสนุนทางสังคม	244	0.461*	.000

จากตาราง 9 แสดงว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม สรุปได้ดังนี้

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการวิจัย

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรค ประวัติครอบครัว
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประวัติครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
9. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

10. การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

11. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

12. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

13. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 627 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 244 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณโดยใช้สูตรยามาเน่ (Yamane. 1996 : 583)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรค และประวัติครอบครัว ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีต่อภาวะความเจ็บป่วย แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ สนับสนุนมาก สนับสนุนปานกลาง สนับสนุนน้อย

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ ดำเนินการวิเคราะห์เป็น 4 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรคและประวัติครอบครัวโดยการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม โดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าคะแนนเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรค และประวัติครอบครัว โดยการทดสอบค่าที (t-test) และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) หรือการทดสอบค่าเอฟ (F-test)

เมื่อพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method)

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันโปรดักโมเมนต์ (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 59.84 มีอายุสูงกว่า 65 ปี

ขึ้นไป จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.49 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.23 ไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.78 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 3,000-8,000 บาทต่อเดือน จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.33 มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.62 มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่ำกว่า 5 ปี จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.28 และไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อน จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.92

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาความเชื่อแต่ละด้านพบว่า

- 2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในระดับดี
- 2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับดี
- 2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับดี
- 2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

3. การสนับสนุนทางสังคม

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

4. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

5. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

5.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

5.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

5.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

5.4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีอาชีพรัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกร

5.5 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

5.6 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

5.7 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

5.8 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประวัติครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

6. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

6.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

6.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

6.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

6.5 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม อภิปรายผลได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จึงมีวุฒิภาวะที่จะทำกิจกรรมต่างๆ มีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง ประกอบกับเป็นวัยที่ผ่านพ้นภารกิจต่างๆ ที่ต้องต่อสู้เพื่อการดำรงชีพมาแล้ว และในปัจจุบันเป็นหน้าที่ของบุตรหลานในการเลี้ยงดู ดูแลเอาใจใส่ทางด้านสุขภาพอนามัย และให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จึงทำให้มีเวลาที่จะเอาใจใส่และดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น และโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่สามารถ

รักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และอาจทำให้เสียชีวิตได้ง่าย จึงทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสนใจการดูแลตนเองมากขึ้น อีกทั้งการได้รับความรู้ คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และสื่ออื่นๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่พึงปฏิบัติสำหรับมนุษย์ทุกคน เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ตลอดจนหลีกเลี่ยงจากโรคร้ายหรือภัยอันตรายที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่พัฒนาดังแต่วัยเด็กและค่อยๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ (Orem. 1980 : 6) จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแสวงหาแนวทางในการรักษาการเจ็บป่วยของตนไม่ให้เป็นมากขึ้น โดยการปฏิบัติตนเพื่อให้การเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น จึงเป็นเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของตีรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 72) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีอายุ 61-70 ปี มีการปฏิบัติในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุรชาติพิญ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 102) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของหงษ์ทอง อัครชนานนท์ (2537 : 93) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความสามารถดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรค และประวัติครอบครัว

2.1 จำแนกตามเพศ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศหญิงและเพศชายมีปัญหาการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน จึงพยายามแสวงหาแนวทางในการจัดการความผิดปกติเหล่านั้น เพื่อลดการลุกลามของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ทำให้ชีวิตยืนยาวขึ้น โดยการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ และการลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น ดังนั้นไม่ว่าเพศหญิงหรือเพศชายเมื่อต้องเผชิญปัญหาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เหมือนกัน จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองคล้ายคลึงกัน ทำให้ผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุทธาทิพย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 101) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 94) ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรรช ศรีไทรล้วน (2541 : 76) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของตีดรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 73) ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

2.2 จำแนกตามอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีอายุสูงกว่า 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.49 อายุ 56-65 ปี ร้อยละ 25.82 อายุ 45-55 ปี ร้อยละ 19.26 อายุต่ำกว่า 45 ปี ร้อยละ 9.43 ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะที่จะทำกิจกรรมต่างๆ มีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง ประกอบกับในปัจจุบันได้มีการเผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทางวิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ นิตยสาร รวมทั้งการให้สุขศึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ในขณะที่มารับการตรวจรักษา ทำให้บุคคลทุกเพศทุกวัยมีโอกาสได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพมากขึ้น และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขได้ ดังนั้นปัจจัยด้านอายุจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุทธาทิพย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 101) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 96) ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษา

ครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของตึรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 73) ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุธิดา นิรพัณณ์ (2543 : 93) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

2.3 จำแนกตามระดับการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด ใช้เวลานานในการรักษา มีภาวะแทรกซ้อนมากก่อให้เกิดความพิการและมีโอกาสเสียชีวิตได้ง่าย จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและหวาดกลัว ถึงแม้ระดับการศึกษาจะต่างกันก็ตาม ก็พยายามแสวงหาความรู้ วิธีการเพื่อดูแลตนเองมากขึ้น ประกอบกับในปัจจุบันได้มีการเผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพทางวิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ นิตยสาร ทำให้บุคคลมีโอกาสรับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ทางด้านสุขภาพมากขึ้น จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นปัจจัยด้านระดับการศึกษาจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 93) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติและการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานไม่แตกต่างกันและสอดคล้องกับผลการศึกษาของสายฝน เลิศวาสนา (2546 : 96) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของตึรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 73) ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการศึกษาต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 94) ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

2.4 จำแนกตามอาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพรัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพเกษตรกรรม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีการศึกษาสูงหรือมีอาชีพเป็นข้าราชการเป็นผู้ที่ประกอบอาชีพที่กำหนดเวลาแน่นอน ทำงานเลิกงานเป็นเวลา ทำให้มีโอกาสแสวงหาปัจจัยสี่เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เช่น การพักผ่อน การทำงานอดิเรก การเข้าร่วมกิจกรรมของสังคม ตลอดจนการบริการทางด้านสุขภาพอนามัย ทำให้รู้สึกชีวิตมีความมั่นคง สุขภาพจิตดี มีความสุข และมีเวลาว่างพอที่จะสนใจและเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง ส่วนอาชีพเกษตรกรรมเป็นผู้ที่ประกอบอาชีพที่กำหนดเวลาไม่แน่นอน ต้องทำงานตลอดไม่มีวันพัก และในยุคปัจจุบันเป็นยุคที่เศรษฐกิจตกต่ำ ส่งผลให้มีการประกอบอาชีพได้ลำบากขึ้น โดยบุคคลจะให้ความสำคัญในการประกอบอาชีพมากกว่า ทำให้ไม่มีเวลาว่างหรือไม่ได้พักผ่อน มีความเครียด ประกอบกับไม่มีเวลารับฟังข่าวสารด้านสุขภาพจึงส่งผลทำให้ขาดการสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นปัจจัยด้านอาชีพจึงมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของตีรนาธ โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 73) ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 101) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของพรรณทิพา เหมแหวน (2543 : 132) ที่ได้ศึกษาตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาชีพต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของอารีย์ เจียมพุก (2544 : 102) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.5 จำแนกตามรายได้

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจที่มีรายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแล

ตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายการให้บริการสุขภาพเชิงรุก โดยมีการเสริมสร้างให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาลจากโรงพยาบาลมีการประสานงานร่วมกัน ออกเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ คำปรึกษาปัญหาต่างๆ เพื่อให้บุคคลมีการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และปัจจุบันมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาทรักษาได้ทุกโรค) ให้แก่ประชาชนทุกคนที่ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ซึ่งเป็นการลดช่องว่างระหว่างความไม่เสมอภาคของระบบบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยเท่าเทียมกันแม้จะมีรายได้ไม่เท่ากัน ไม่มีปัญหาเดือดร้อนจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสมขึ้น ดังนั้นปัจจัยด้านรายได้จึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 94) ที่ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของอารีย์ เจียมพุก (2544 : 102) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของติรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 73) ที่ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ครอบครัวต่างกันมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุรชาติพย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 101) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

2.6 จำแนกตามสถานภาพสมรส

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยเห็นว่าเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องรู้ ต้องเข้าใจในการดูแลสุขภาพตัวเองให้ถูกต้อง เนื่องจากตนเองเท่านั้นที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ จึงทำให้พยายามแสวงหาแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น โดยการขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถในการดูแลรักษาตนเองได้ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา พร้อมทั้งพยายามเรียนรู้และปรับแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และเนื่องจากลักษณะครอบครัวไทยเป็นครอบครัวที่

เอื้ออาทร มีญาติพี่น้อง บุตรหลาน เพื่อนฝูง ให้ความดูแลช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างดี ไม่ทอดทิ้งกัน (สมปอง ใจกล้า. 2545 : 102) จึงทำให้บุคคลที่สมรสแล้วหรือไม่ก็ตาม มีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ดังนั้นปัจจัยด้านสถานภาพสมรสจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของตึรนาซ โกวิทเจริญ ตระกูล (2542 : 73) ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการใน สำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 94) ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ คลินิกเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของกอบแก้ว คุดตาส (2527 : 48) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ ความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถาน ภาพสมรสโสดมารับยาโดยสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีครอบครัว

2.7 จำแนกตามระยะเวลาของการเป็นโรค

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ ที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ สมมติฐานข้อ 7 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจที่มีระยะเวลาของ การเป็นโรคต่างกัน จะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรคหลอดเลือด หัวใจเป็นโรคที่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่หัวใจ ซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย เมื่อบุคคลรับรู้ว่าเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจไม่ว่าจะเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานเท่าใดก็ตาม ย่อมต้องการที่จะดูแลและ รักษาให้หายจากอาการของโรคโดยเร็ว อีกทั้งแนวทางในการดูแลตนเองตามแผนการรักษาคล้าย คลึงกัน ประกอบกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอยู่ในรูปแบบเดียวกัน เช่น การเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น เป็นต้น และจากการได้รับความรู้ คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ใน ขณะที่ได้รับบริการตรวจรักษา ทำให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับอาการของโรคที่อาจ เกิดขึ้น และสามารถแก้ไขปัญหาก็จะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุชาติพิย รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 101) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการใน คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการใน คลินิกความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่แตกต่าง กัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 94) ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกันมีการ ดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของกุลธิดา พานิชกุล

(2536 : 99-100) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุริดา นิรพัฒน์ (2543 : 93) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

2.8 จำแนกตามประวัติครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจที่มีประวัติครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ ที่มีประวัติครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด ใช้เวลานานในการรักษา มีภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่ออวัยวะอื่น ๆ ก่อให้เกิดความพิการและมีโอกาสเสียชีวิตได้ง่าย จึงทำให้บุคคลที่ได้รับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจไม่ว่าจะมีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อนหรือไม่ก็ตาม ทำให้เกิดความตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น ทำให้มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ดังนั้นปัจจัยด้านการมีหรือไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อน จึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประวัติครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุชาติพิทย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 101) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงที่มีประวัติครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 94) ที่ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ที่มีประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวานต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของรังสรรค์ วรวงศ์; และคนอื่นๆ (2541 : 165) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชนบท พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ ประวัติการมีภาวะความดันโลหิตสูงในครอบครัว

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

3.1 จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทั่วไปได้โดยไม่แสดงอาการใดๆ ที่มีผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีความกังวล หวาดกลัว ไม่ตระหนักหรือสงสัยว่าอาจจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นโรคอื่นได้ ประกอบกับปัจจุบันมียารักษาโรคที่มีประสิทธิภาพ จึงทำให้โรคทุเลาและไม่ปรากฏอาการให้เห็นชัดเจน จึงทำให้ผู้ป่วยไม่กังวลหรือเกรงว่าตนเองอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ถ้ามีการดูแลตนเองตามคำแนะนำของแพทย์ ดังนั้นจึงส่งผลให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอารีย์ เจียมพุก (2544 : 102) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสายฝน เลิศวาสนา (2546 : 97) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 89) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองร่วมกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : 63) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

3.2 จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรค

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีจึงทำให้มีความเชื่อว่าเมื่อมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคนี้ จึงทำให้ไม่เห็นตัวอย่างของสภาพความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น จึงอาจทำให้ไม่เกิดความกลัวและพยายามปฏิบัติตนให้ห่างไกลจากความรุนแรงที่เกิดขึ้น จึงส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 89) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองร่วมกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความ

ร่วมมือในการรักษา และสอดคล้องกับผลการศึกษาของประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : 63) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขตอำเภอตำบโนเสดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิตติรัตน์ชญา ไชยเจริญ (2544 : 59) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยชีวิตสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

3.3 จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 ที่ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา และผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาต่อเมื่อมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นสามารถลดภาวะเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพตนเองได้ เช่น การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลอย่างเคร่งครัด ซึ่งมีผลทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น จากแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender 1996 : 69) ที่กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมทั้งโดยตรงและโดยอ้อม จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ย่อมก่อให้เกิดแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วย ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนิตยา ภาสุพันธ์ (2529 : 89) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ร่วมกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า การรับรู้ต่อประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา และสอดคล้องกับผลการศึกษาของอารีย์ เจียมพุก (2544 : 102) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุวิชา จันทรสิริกุล (2536 : ก-ข) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่ พบว่า การรับรู้ต่อผลประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสายฝน เลิศวาสนา (2546 : 97) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า ความเชื่อด้าน

สุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการได้รับการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

3.4 จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12 ที่ว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายความว่าถ้ารับรู้ว่ามีอุปสรรคของการปฏิบัติน้อยจะทำให้มีการดูแลตนเองในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง จะทำให้มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ไม่มากเกินไป ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเป็นการรับรู้ถึงปัจจัยต่างๆ ที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติของผู้ป่วย อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเชื่อว่าการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม เช่น การควบคุมอาหาร การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจตามแพทย์นัด เป็นต้น ไม่เป็นอุปสรรค แต่กลับเป็นผลดีต่อสุขภาพอนามัยของตนเอง ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น สามารถหลีกเลี่ยงอาการของโรคที่รุนแรงที่มีอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ จึงทำให้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติไม่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจิรพรรณ รัฐประเสริฐ (2533 : 40) ที่ได้ศึกษาลักษณะประชากร การรับรู้และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 3 ชลบุรี พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสายฝน เลิศวาสนา (2546 : 97) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 89) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองร่วมกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของอารีย์ เจียมพุก (2544 : 102) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

3.5 จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 ที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะใน

ภาวะที่บุคคลมีการเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตัวเองได้จำกัด ซึ่งการสนับสนุนหรือความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง สามารถต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วย (Cohen; & Wills. 1985 : 310-357) ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (กองสุขศึกษา. 2542 : 3) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมอาจได้รับมาจากญาติและผู้ใกล้ชิด โดยการได้รับความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ การช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง ข้อมูลข่าวสาร และการพามาตรวจตามแพทย์นัด ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดความอบอุ่น มั่นใจ มีกำลังใจ และมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของน้ำเพชร หล่อตระกูล (2543 : 55-56) ที่ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสายฝน เลิศวาสนา (2546 : 97) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอด ลำต้นกอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอด แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 93) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ดังนั้นควรจัดให้มีการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรม ในเรื่องของการรับประทานยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติและการมาตรวจตามแพทย์นัด เป็นต้น เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด และมีภาวะแทรกซ้อนมาก ต้องได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

2. จากผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลายๆ รูปแบบ ทั้งการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม การจัดบอร์ด วิทยุทัศน์ เอกสารและแผ่นพับ ฯลฯ โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

3. จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นจึงควรจัดทำโครงการกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเดียวกันได้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งน่าจะให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบของการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในลักษณะการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อนำประโยชน์ไปใช้ในการวางแผนให้สุขศึกษาต่อไป
2. ควรมีการศึกษารูปแบบของการให้ความรู้ที่เหมาะสมในการให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น สื่อในการให้สุขศึกษาที่เหมาะสม ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น แบบแผนการดำเนินชีวิต สุขภาพจิต คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2538). สถิติสาธารณสุข 2536. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- _____. (2540). สภาพและปัญหาสาธารณสุข นโยบายและกลวิธีการพัฒนาในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพฯ : กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการโรงพยาบาลนครปฐม. (2546). รายงานประจำปี 2545 โรงพยาบาลนครปฐม. นครปฐม : มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- _____. (2546). โรงพยาบาลนครปฐม. นครปฐม : มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- กองสุศึกษา. (2541ก). นโยบายการสุศึกษาแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- _____. (2542). แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี : กองสุศึกษา.
- กอบกุล บุญปราศภัย. (2546). พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล. กรุงเทพฯ : พี เอ ลีฟวิ่ง.
- กุลธิดา พานิชกุล. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จันทิมา โดษะนันท์. (2544). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีมารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. ปรินญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จิตติรัตน์ชญา ไชยเจริญ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมกาดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลราชบุรี. ปรินญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จิรพรรณ รัฐประเสริฐ. (2533). การศึกษาลักษณะประชากร การรับรู้และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมที่มารับการรักษของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 3 จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (แพทย์ศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

- ฉัตรวลัย ไจอารีย์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจตีย์; และจุฬารักษ์ สมรูป. (2546). คู่มือการใช้ยาและการจัดการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : บพิธการพิมพ์.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : เทพนิมิต.
- ศิรนาท โกวิทเจริญตระกูล. (2542). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ชนวัฒน์ เบญจานุวัตร; และอภิชาติ สุนทรธรรม. (2543). เพอคิวเทเนียส แทร็นซลูมินัล โคโรนารี แอ็นจิโอพลาสติ (Percutaneous transluminal coronary angioplasty). ใน โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. อภิชาติ สุนทรธรรม. หน้า 707-760. เชียงใหม่ : โอเด้นดีดี-กรุ๊ป.
- ธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์. (2544). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ธีรา พงษ์พานิช. (2544). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหีนโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- นิตยา ภาสุนันท์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). จิตวิทยาสังคมกับสาธารณสุข. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 9-15. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.

- ประกอบ กรรณสูต. (2525). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : เจริญผล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2535). องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ. ใน เอกสารการสอนชุด วิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : พีระพัฒนา.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวีน สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและ สุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยา.
- ประยงค์ สัจจพงษ์. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะของประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอตำบโน- สะดวก จังหวัดราชบุรี. ปรินิพนธ์วิทยาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปริศนา วรพันธ์. (2541). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยาย หลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปิยะนุช รักพาณิชย์. (2542). การปฏิบัติตัวเมื่อป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดในโรคความดันโลหิต สูง โรคเบาหวาน. ใน โรคหัวใจขาดเลือด : กับการปฏิบัติตัว การทบทวนองค์ความรู้กับ การดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน. ศุภวรรณ มโนสุนทร; และฉายศรี สุพรศิลป์ชัย. หน้า 67-107. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พรรณทิพา เหมแหวน. (2543). ตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับรู้ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่มา รับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. ปรินิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พรรณี เสถียรโชค; และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. (2536). โรคหัวใจขาดเลือด. ใน ตำราโรคหัวใจและ หลอดเลือด. สมชาย โลจายะ. หน้า 429-473. ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร.
- พรรณี เสถียรโชค; และสุทธิ สุรเกียรติชานกุล. (2535). โรคหัวใจขาดเลือด. ใน ตำราอายุร- ศาสตร์ทั่วไป. ชาญพงศ์ ดังคณะกุล; และมาลี เซ็นเสถียร. หน้า 46-48. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. (2544). ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : เจริญผล.
- พิชิต ภูติจันทร์. (2535). เวชศาสตร์การกีฬา. กรุงเทพฯ : โอเอสพรีนติ้งเฮาส์.

- เพชรรัตน์ อมรชีวิน. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี. ปรินญาณิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. (2542). ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี. ปรินญาณิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- มณฑนา เจริญกุล. (2534). แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มณฑิชา อนุกุลวุฒิพงศ์. (2540). พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มนสิน แยมสกุล. (2542). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. บัณฑิตวิทยาลัย. (2546). คู่มือการจัดทำปรินญาณิพนธ์ และสารนิพนธ์. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2538). โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7. หน้า 13. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- รังสรรค์ วรวงศ์; และคนอื่นๆ. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชนบท. ใน เอกสารประกอบการประชุมสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 9. หน้า 165-166. นนทบุรี : โรงพิมพ์กองสุศึกษา.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538, กุมภาพันธ์-มีนาคม). คำเฉลยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่ายๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้. ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 18(3) : 8-10.
- วิริยา สุขวงศ์. (2545). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. (2530, มกราคม). โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วยอายุน้อย. โรคหัวใจ. 1(1) : 2-3.
- ศุภชัย ถนอมทรัพย์. (2542). โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ใน การดูแลสุขภาพผู้วิกฤติโรคหัวใจ. สันต์ ใจยอดศิลป์. หน้า 73-87. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : พิมพ์สวยจำกัด.

- สนิท พึงสาย. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของ
ผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน. วิทยานิพนธ์การศึกษามหา-
บัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
ถ่ายเอกสาร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ : วี เจ พรินติ้ง.
- _____. (2541). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ : วี เจ พริน-
ติ้ง.
- สมปอง ใจกล้า. (2545). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิก
โรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต
(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สายฝน เลิศวาสนา. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2542ก). การประเมินผลการดำเนินการตามยุทธศาสตร์เพื่อ
สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 (พ.ศ. 2535-2539). กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหาร
ผ่านศึก.
- _____. (2543). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนัก
คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุชาติพิทย์ รุ่งเรืองอนันต์. (2544). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มา
รับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม. วิทยานิพนธ์การศึกษา
มหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
ถ่ายเอกสาร.
- สุธิดา นีรพัฒน์. (2543). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบ
สาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุพร พริ้งเพริศ. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี. วิทยา
นิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุพรชัย กองพัฒนานุกุล. (2542). เทคนิคการดูแลรักษาโรคหัวใจขาดเลือด การทบทวนปัจจัยด้าน
พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค. กรุงเทพฯ : ชุมชุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- สุโพชนงค์ ก้อนภูธร. (2541). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2539). โรคหัวใจขาดเลือด. ใน ตำราอายุรศาสตร์ 2. วิทยา ศรีดามา. หน้า 183. กรุงเทพฯ : ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- _____. (2541). โรคหัวใจขาดเลือด. ใน ตำราอายุรศาสตร์ 2. วิทยา ศรีดามา. หน้า 174 -197. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- สุวิชา จันทรสุริยกุล. (2536). ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตัวเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุเอ็ด คชเสนี. (2531, พฤษภาคม). โรคหัวใจขาดเลือด. คลินิก. 4(5) : 337-340.
- หงษ์ทอง อัครวานนท์. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อมรรัตน์ เกตุดารา. (2543). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชยันต. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อรรช ศรีไทรล้วน. (2541). ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล. ปริญญาานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อัจฉรา เดชฤทธิพิทักษ์. (2533, มกราคม-มิถุนายน). การประเมินสภาพผู้ป่วยวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดเลือด. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 3(2) : 1-10.
- _____. (2540). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : ลิฟวิ่งทรานส์มีเดีย.
- อารีย์ เจียมพุก. (2544). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคที่มารับบริการ ณ คลินิก วัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม. ปริญญาานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อารีย์ เขียวประมุข. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ปริญญาานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.

- อุไร ศรีแก้ว. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ : การดูแลอย่างต่อเนื่อง. สงขลา : ลิม-บราเดอร์การพิมพ์.
- เอี่ยมพร ทองกระจาย. (2533). การดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิด นโยบายและยุทธวิธีเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. ลือชัย ศรีเงินยวง; และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. หน้า 48-49. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Becked, F.; & Lund wall, L. (1975). Correlates of patient attrition in the outpatient treatment of alcoholism. *Journal of Nervous and Mental Disorder*. 147 : 99-107.
- 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. Siack.
- Becker, M.H.; & Maiman L.A. (1974). *In the health belief model and personal health behavior*. New Jersey : Charles B. Siack, Inc.
- _____. (1974). The Health Belief Model : Origins and Correlates In Psychological Theory. *Health Education Monographs*. 2 (winter) : 336-385.
- Becker, M.H.; et al. (1974, March). A New Approach to Explanning Sick Role Behavior in Low Income Populations. *American Journal of Public Health*. 64 : 205-216.
- Berkman, L.F.; & S.L. Syme. (1979, February). Social networks, host resistance ad mortality : A nine year follow up study of Alameda country residents. *American Journal of epidermiology*. 109 : 186-204.
- Berliner, J.A.; et al. (1995). Atherosclerosis : Basic mechanisms : Oxidation, inflammation and genetics. *Circulation*. 91 (9) : 2488-2496.
- Bertera, E.M. (1990). *Consumption and generation of social support among the elderly : its relationship to health maintenance and health status*. Ph.D. The grad. Sch. of social work and social research.
- Bhattacharyya, G.; & Libby, P. (1998). Atherosclerosis. In Lilly, L.S. (Ed.). *Pathophysiology of heart disease*. 2nd ed. Baltimore : Williams & Wilkins.
- Bush, P.J. (1990, January). A children 's health belief model. *Medication care*. 28 : 10-20. 69-89.
- Cobb, S. (1976, October). Social Support as a moderator of Life Stres. *Psychosomatic Medicine*. 38(10) : 300.
- Cohen, S.; & T.A. Wills. (1985, February). Strees Social Support and The Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*. 98 (2) : 310-353.
- Connelly, C.E. (1986, March). Self care and the chronically ill patient. *Nursing clinics of North America*. 15 : 622-627.

- Daniels, Richard D. (1994). Exploring the self-care variables that explain a wellness lifestyle in spinal cord injured wheelchair basketball athletes. (CD-Rom). Available : Dai-B (January 1995); ACC. 9428498.
- Gariballa, SE; et al. (1996). The knowledge of hospital patient about vascular disease and their risk factor. *Postgraduate Medical Journal*. 72(852) : 605-608.
- Hajjar, D.; & Nicholson, A.C. (1995). Atherosclerosis. *American Scientist*. 83 : 460-467.
- Hallal, J.C. (1982, May-June). The relationship of health belief, health locus of control and self concept to the practices of breast self examination in adult woman. *Nursing research*. 31 : 137-142.
- Hochbaum, G.M.; et al. (1958, May). Public Participation in medical screening program. *PHS Publication*. 572 : 1-28.
- Hollander, J.E. (1995). The management of cocaine associated myocardial ischemia. *The New England Journal of Medicine*. 333 (19) : 1267-1272.
- House, Jame S. (1981). *Work stress and social support*. Phillippines : Addison-Weley.
- Hubbard, P.; Muhlenkamp; & N. Brown. (1984, September-October). The relationship between social support and self care pracyice. *Nursing research*. 33(5) : 266-269.
- Kasl. S.V.; & Cobb, S. (1996). Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archine environmental health*. 12 : 246-266.
- Kirseht, J.P. (1974). Research related to the Modification of health beliefs. *Health education monograph*. 2 : 455-469.
- Lukkarinen, H.; et al. (1997). Self-care agency and factors related to this agency among patients with Coronary heart disease. *International Journal of Nursing Studies*. 34(4) : 295-304.
- Mennotti, A. (1997). Knowledge attitude and practice regarding. *Giornale Italiano di Cardiologia*. 27(11) : 1125-1132.
- Orem, D.E. (1980). *Nursing Concepts of practice*. 2nd ed. New York : McGraw-Hill.
- _____. (1985). *Nursing Concepts of practice*. 3rd ed. New York : McGraw-Hill.
- _____. (1991). *Nursing Concepts of practice*. 4th ed. New York : McGraw-Hill.
- Pender, N.J. (1987). *Health promotion in Nursing practice*. East Norwalk : Appleton Century Crofts.
- Pender, N.J. (1996). *Health Promotion in Nursing*. 3rd ed. Stamford, Connecticut : Appleton & Lange.
- Porth, C.M. (1998). *Pathophysiology : Concepts of altered health states*. 5th ed. Philadelphia : Lippincott.

- Rosenstock, I.M. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monograph*. 2, 4 winter : 354-385.
- _____. (1976). The health belief model and prevention health behavior. *Health education monograph*. 2 : 330-335.
- Senerchia, C.C.; & Carleton, P.F. (1997). Coronary atherosclerotic disease. In Price, S.A.; & Wilson, L.M. (Eds.). *Pathophysiology : Clinical concepts of disease process*. 5th ed. St. Louis : Mosby.
- Thoits, Peggy A. (1982). Concept methodological and theoritical problem in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of health and social behavior*. 23 : 145-159.
- Tilden, V.P. (1985, June). Issues of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. *Research in nursing and health*. 8 : 199-206.
- Willey, G.; & R.A. Silliman. (1990). The impact of disease on the social support experience of cancer patient. *Journal of psychosocial oncology*. 8(1) : 79-95.
- Yamane, Taro. (1996). *Statistics : An Introductory Analysis*. New York : Happer and Row.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

- | | |
|---|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. อาจารย์ ดร. กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3. คุณรัตนา วงษ์พิทักษ์โรจน์ | พยาบาลวิชาชีพ 8 (หัวหน้างานห้องผู้ป่วย
หนักอายุรกรรม) กลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาลนครปฐม |
| 4. คุณศุภกรรัตน์ จงเจริญพรชัย | นักวิชาการสุขศึกษา 7 (หัวหน้ากลุ่มงาน
สุขศึกษา) โรงพยาบาลนครปฐม |
| 5. คุณอัญชนา จุลศิริ | พยาบาลวิชาชีพ 7
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัด
เพชรบุรี |

ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731, 5618

ที่ ศธ 0519.12/๐๕๕๘

วันที่ ๔ / มกราคม 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

 เนื่องด้วย นางสาวพิมพ์พรณ กิตติวงศ์ภักดี นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่าง
ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมาบุตร
และ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้
บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน
เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาล
นครปฐม

 จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจ
แบบสอบถาม ให้ นางสาวพิมพ์พรณ กิตติวงศ์ภักดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมาบุตร)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ศธ 0519.12/๕๘ ๕๔



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๕ มกราคม ๒๕๔๗

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวพิมพ์พรณ กิตติวงศ์ภักดี นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมากร และ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในครั้งนี้ บัณฑิตวิทยาลัย ขอเรียนเชิญ นางสาวอัญชนา จุลศิริ พยาบาลวิชาชีพ 7 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามให้ นางสาวพิมพ์พรณ กิตติวงศ์ภักดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมากร)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 034-244042 มือถือ 01-0069031



๒๕ มกราคม 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวพิมพ์พรรณ กิตติวงศ์ภักดี นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร และ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางสาวรัตนา วงษ์พิทักษ์โรจน์ พยาบาลวิชาชีพ 8 หัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และ นางศุภลรัตน์ จงเจริญพรชัย หัวหน้าฝ่ายสุขภาพ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามให้ นางสาวพิมพ์พรรณ กิตติวงศ์ภักดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 034-244042 มือถือ 01-0069031



๒๗ มกราคม 2547

เรื่อง ขออนุญาตเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวพิมพ์พรณ กิตติวงศ์ภักดี นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์นายแพทย์ รัชมากร และ รองศาสตราจารย์วิภา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ จำนวน 50 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2547

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาต ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวพิมพ์พรณ กิตติวงศ์ภักดี ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ รัชมากร)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 034-244042 มือถือ 01-0069031



๒๗ มกราคม 2547

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ผลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวพิมพ์พรณ กิตติวงศ์ภักดี นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร และ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ จำนวน 260 คน ตอบแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2547

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตเผยแพร่ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวพิมพ์พรณ กิตติวงศ์ภักดี ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถาม เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม มีทั้งหมด 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจงในแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม โดยข้อมูลที่ได้รับจะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษา ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมยิ่งขึ้น ดังนั้นจึงขอความกรุณาจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงให้ครบถ้วนทุกข้อ ข้อคำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่าน และขอรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามไว้ในโอกาสนี้ด้วย

พิมพ์รณ กิตติวงศ์ภักดี
นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านมากที่สุด

- เห็นด้วย

หมายถึง

ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านมากที่สุด
- ไม่แน่ใจ

หมายถึง

ท่านตัดสินใจไม่ได้ว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านหรือไม่
- ไม่เห็นด้วย

หมายถึง

ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน

ข้อความ	เห็น ด้วย	ไม่แน ใจ	ไม่เห็น ด้วย
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค			
1. ผู้ที่รับประทานอาหารที่ปรุงจากน้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันงา น้ำมันรำข้าว ยกเว้นน้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปาล์ม มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ง่าย			
2. ผู้ที่หลีกเลี่ยงดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มชูกำลัง มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ง่าย			
3. ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย			
4. ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มีโอกาสดเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่			
5. ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติมีโอกาสดเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูง			
6. ผู้ที่มีลักษณะเป็นคนประนีประนอม ใจเย็น มีโอกาสดเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าผู้ที่เป็นคนเอาจริงเอาจัง เร่งรีบ โกรธง่าย			
การรับรู้ความรุนแรงของโรค			
7. การป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
8. การป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้เป็นภาระของครอบครัว เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ			
9. การป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เนื่องจากการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย			
10. การป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้			
11. โรคหลอดเลือดหัวใจทำให้ท่านพิการ เนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือดสมอง			
12. โรคหลอดเลือดหัวใจทำให้อายุสั้น			
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ			
13. การมาตรวจตามนัดทำให้ท่านทราบอาการของโรค			
14. การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารที่ปรุงจากน้ำมันหมูอาหารที่ประกอบด้วยกะทิหรือมะพร้าว สามารถป้องกันการลุกลามของโรคได้			
15. การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารรสเค็มจัดจะช่วยป้องกันการลุกลามของโรคได้			
16. การหลีกเลี่ยงดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์จะช่วยป้องกันการลุกลามของโรคได้			
17. การดื่มกาแฟ ช่วยป้องกันการลุกลามของโรคได้			
18. การสูบบุหรี่ ช่วยลดการลุกลามของโรคได้			
19. การควบคุมความดันโลหิตสูง สามารถป้องกันความรุนแรงของโรคได้			
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ			
20. การมาพบแพทย์ตามนัดทำให้ท่านเสียเวลามาก			
21. ญาติเป็นภาระในการพาท่านมารับการตรวจตามแพทย์นัด			
22. การที่ท่านควบคุมอาหารทำให้เป็นภาระยุ่งยากของครอบครัว			
23. การเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ทำได้ลำบาก			

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึกที่ท่านได้รับมากที่สุด

สนับสนุนมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด
สนับสนุนปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง
สนับสนุนน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

ข้อความ	สนับสนุน มาก	สนับสนุน ปาน กลาง	สนับสนุน น้อย
1. ในยามเจ็บป่วยท่านได้รับความรัก ความห่วงใย ความ อบอุ่นจากคนในครอบครัวท่านเสมอ			
2. ในยามเจ็บป่วยท่านได้รับความสนใจ การดูแลเอาใจใส่ จากคนในครอบครัวท่านเสมอ			
3. คนในครอบครัวของท่านคอยปลอบใจและให้กำลังใจ ท่านเสมอ			
4. เมื่อท่านมีปัญหา ท่านสามารถพูดคุย ระบายความรู้สึก ปรับทุกข์ และขอคำปรึกษาหรือความช่วยเหลือจากคน ในครอบครัวของท่านได้			
5. ท่านได้รับความไว้วางใจในการปฏิบัติงานต่างๆ ที่ท่าน สามารถทำได้			
6. ท่านได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัว การดูแลสุขภาพ และ การสังเกตอาการผิดปกติจากแพทย์และพยาบาล			
7. เมื่อท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของ ท่าน ท่านสามารถซักถามและขอคำแนะนำจากแพทย์ และพยาบาลได้			
8. บุตรหลานของท่านให้ความเคารพนับถือท่านอย่าง สม่ำเสมอ			
9. เมื่อคนในครอบครัวมีปัญหา มักจะขอคำปรึกษาและ ความช่วยเหลือจากท่าน			

ข้อความ	สนับสนุน มาก	สนับสนุน ปาน กลาง	สนับสนุน น้อย
10. ท่านมีส่วนร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ในบ้านกับคนใน ครอบครัวเสมอ			
11. คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนที่ป่วยเป็นโรคเดียว กัน			
12. คนในครอบครัวของท่านสนับสนุนให้ท่านเข้าร่วมงาน ประเพณี หรือทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน			
13. คนในครอบครัวคอยให้ความช่วยเหลือทำงานแทน เมื่อท่านไม่สามารถทำงานได้			
14. คนในครอบครัวคอยให้ความช่วยเหลือจัดหาสิ่งของ เสื้อผ้ามาให้ท่าน เมื่อท่านขาดแคลนหรือต้องการ			
15. คนในครอบครัวคอยจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับโรค มาให้ท่านรับประทาน			

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือที่ตรงกับ การปฏิบัติของท่านมากที่สุด

- ปฏิบัติเป็นประจำ

หมายถึง

ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นทุกครั้ง หรือสม่ำเสมอ
- ปฏิบัติบางครั้ง

หมายถึง

ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นบ้างเป็น บางครั้งหรือไม่สม่ำเสมอ
- ไม่เคยปฏิบัติ

หมายถึง

ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว			
2. ท่านรับประทานผัก ผลไม้ และอาหารที่มีกาก เส้นใย			
3. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าว มันไก่ หนังไก่ หนังหมู			
4. ท่านรับประทานอาหารที่ประกอบด้วยกะทิ หรือมะพร้าว เช่น แกงเขียวหวาน ก๋วยเตี๋ยวชชี อาหารประเภทหลน ต่างๆ			
5. ท่านรับประทานอาหารประเภททอด เช่น ไก่ทอด หมู ทอด เนื้อทอด ก๋วยเตี๋ยวทอด ปาท่องโก๋ กากหมู แคปหมู			
6. ท่านใช้ผงชูรส ซุปก้อนสำเร็จรูป ในการประกอบอาหาร			
7. ท่านเติมเครื่องปรุงรส เช่น เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส ลง ในอาหารที่รับประทาน			
8. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด			
9. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงจากน้ำมันหมู			
10. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงจากน้ำมันพืช เช่น น้ำมัน ถั่วเหลือง น้ำมันงา น้ำมันรำข้าว เป็นต้น			
11. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น ลิโพ กระทิงแดง เป็นต้น			
12. ท่านใช้เวลาว่างในการอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ เล่นสล็อตวี ป ลูกดัดไม้ ฯลฯ			
13. ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ ละ 3 ครั้ง			

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
14. ท่านออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยวิธีเดิน วิ่งเหยาะๆ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ นานครั้งละ 20-45 นาที			
15. ท่านหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องออกแรงมาก เช่น ยก แบกของ ลาก ขุด หรือดันของหนัก			
16. ท่านผ่อนคลายความตึงเครียดโดยการนั่งสมาธิ ฟังเพลง อ่านหนังสือ ทำงานอดิเรก เป็นต้น			
17. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม			
18. ท่านไปมาหาสู่ พบปะ สังสรรค์ พูดคุยหรือติดต่อกับ เพื่อน ญาติพี่น้อง หรือผู้อื่น			
19. ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร อาบน้ำ การแต่งตัว เป็นต้น			
20. ท่านพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง กับผู้อื่นที่เป็นโรคเดียวกัน ขณะรอรับการตรวจรักษาจาก แพทย์			
21. ท่านสอบถามแพทย์ พยาบาล เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับ อาการเจ็บป่วยของท่าน			
22. ท่านเข้ารับฟังการสอนสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือด หัวใจ			
23. ท่านได้ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและ การดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ แผ่นพับ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น			

เฉลยแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อคำถามที่เป็นข้อความทางบวก ได้แก่ 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 19 รวม 10 ข้อ

ข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ ได้แก่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 23

รวม 13 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อคำถามมีทั้งหมด 15 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อคำถามที่เป็นข้อความทางบวก ได้แก่ 1, 2, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20,

21, 22, 23 รวม 15 ข้อ

ข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ ได้แก่ 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 รวม 8 ข้อ

ภาคผนวก ง

คำอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่น

ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม

ตาราง 10 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.4827	12	.7596
2	.3963	13	.3161
3	.5324	14	.3969
4	.4401	15	.3510
5	.5047	16	.2864
6	.3398	17	.4500
7	.3051	18	.3231
8	.5002	19	.3111
9	.5593	20	.3403
10	.2963	21	.6045
11	.4346	22	.6107
		23	.5140

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเท่ากับ .7169
ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเท่ากับ .7222
ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเท่ากับ .6117
ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเท่ากับ .7254

ตาราง 11 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.6160
2	.6505
3	.6625
4	.5908
5	.5096
6	.5226
7	.4949
8	.6257
9	.5991
10	.5686
11	.3904
12	.5862
13	.5022
14	.5604
15	.5459

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .8887

ตาราง 12 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.3062
2	.4452
3	.3767
4	.3080
5	.3729
6	.3205
7	.3544
8	.4621
9	.4464
10	.3495
11	.2364
12	.4177
13	.5045
14	.4086
15	.3518
16	.4810
17	.3467
18	.3088
19	.2140
20	.3117
21	.4429
22	.4110
23	.4257

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ .8239

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวพิมพ์พรรณ กิตติวงศ์ภักดี
วัน เดือน ปี เกิด	31 มีนาคม 2511
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	128 ถนนลำพญา ตำบลลำพญา อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม 7300
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 7
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนครปฐม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2530	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนพระปฐมวิทยาลัย จังหวัดนครปฐม
พ.ศ. 2534	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
พ.ศ. 2538	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2547	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ