

พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษา
โดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปริญญานิพนธ์
ของ
สุดใจ นุรณพฤษา

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

พฤษภาคม 2549

พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษา
โดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

บทคัดย่อ
ของ
สุดใจ นุรณพฤษา

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

พฤษภาคม 2549

สุดใจ บุรณพุกษา. (2549). พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. ปรินทิพพานิช วท.ม.(สุขศึกษา).กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌิมานุกร, อาจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี่.

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ พร้อมทั้งได้ศึกษาเปรียบเทียบ พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษาคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติโรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจครั้งแรกที่มาใช้บริการติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 200 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ตารางของเครซีและมอร์แกน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การทดสอบค่าเอฟและหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับดี
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มี ระดับการศึกษา รายได้ และ ความรู้เกี่ยวกับโรคต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มี เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติโรคประจำตัวต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน
4. ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตน และ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05

CORONARY ARTERY RESTENOSIS PREVENTIVE BEHAVIOR IN THE
CORONARY HEART DISEASE PATIENTS AFTER PERCUTANEOUS
TRANSLUMINAL CORONARY ARTERY ANGIOPLASTY AT KING
CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL

AN ABSTRACT

BY

SUDJAI BURANAPRUKSA

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Master of Science degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

May 2006

Sudjai Buranapruksa. (2006). *Coronary artery Restenosis Preventive Behavior in the Coronary heart disease patients after Percutaneous Transluminal Coronary artery Angioplasty at King Chulalongkorn memorial Hospital*. Master thesis, M.S. (Health Education). Bangkok : Graduate school, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof. Napapron Madhyamankura, Dr. Songpol Tornee.

The purpose of this study were to investigate coronary artery restenosis preventive behavior in the coronary heart disease patients according to variables; sex , age , level of education , occupation , income , marital status, period of disease , underlying disease , knowledge of coronary heart disease after percutaneous transluminal coronary artery angioplasty at King Chulalongkorn Memorial hospital and to study correlation between internal-health locus of control , social support and coronary artery restenosis preventive behavior.

The sample obtained from V.Krejcie & Eayrle W.Morgan method were 200 coronary heart disease patients after percutaneous transluminal coronary artery angioplasty who attended periodically at least a week at heart clinic. Questionnaires were used to collect data which analyzed by using percentage , mean , standard deviation , t – test , F – test , multiple comparison by Scheffe' method and Pearson product moment correlation.

The results of this study were as follows :

1. The coronary heart disease patients after percutaneous transluminal coronary artery angioplasty had coronary artery restenosis preventive behavior in good level.
2. The coronary heart disease patients after percutaneous transluminal coronary artery angioplasty with different level of education , income , knowledge of coronary heart disease showed statistical difference in coronary artery restenosis preventive behavior at 0.05 level of significance.
3. There were no significant differences in coronary artery restenosis preventive behavior of patients with any personal variables ; sex , age , occupation , marital status , period of disease and underlying disease.
4. Coronary artery restenosis preventive behavior was positively relative to internal-health locus of control and social support at 0.05 level

พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษา
โดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์

ปริญญานิพนธ์
ของ
สุดใจ นุรณพฤษา

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

พฤษภาคม 2549

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยช่วยเหลือและความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ สพญ. นภาพร มัธยมามกูร อาจารย์. ดร. ทงพล ต่อนี้ รองศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน ศาสตรภักดิ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆจนผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ อาจารย์ นุปผา ปลื้มสำราญ คุณสมกุล เกษรวิชฌวัฒนา คุณ ประภา รัตนเมธนนท์ อาจารย์ ปฐมาภรณ์ ทองเติม ที่ได้ให้ความกรุณาและอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์ซึ่งมีส่วนช่วยให้เครื่องมือมีความสมบูรณ์เพิ่มมากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ภาปร. ชั้น 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่กรุณาให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอเทอดพระคุณ บิดา มารดา ครู อาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ อันเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จตลอดจนคุณค่าของปริญญานิพนธ์นี้ผู้วิจัยขอมอบให้แก่ บิดา มารดา พี่ๆทั้งสองท่าน เพื่อนร่วมงานหอผู้ป่วย ICU-Med2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกท่าน รวมทั้งผู้มีอุปการะคุณทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวถึง ณ ที่นี้สำหรับกำลังใจและความห่วงใยที่มีให้แก่ผู้วิจัยตลอดมาจนประสบความสำเร็จในครั้งนี้และประโยชน์ของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคน

สุดใจ บุรณพฤษา

สารบัญ

บทที่

หน้า

1 บทนำ.....	1
หลักการและเหตุผล.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	6
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	7
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	7
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	7
ตัวแปรที่ศึกษา.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	11
สมมติฐานในการวิจัย.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	13
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.....	13
พฤติกรรมป้องกันโรค.....	21
พฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ.....	24
ความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพ.....	39
แรงสนับสนุนทางสังคม.....	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	55
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	55
งานวิจัยในประเทศไทย.....	58
3 วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	64
การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	64

สารบัญ(ต่อ)

บทที่

หน้า

3 (ต่อ) การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	65
ลักษณะของเครื่องมือ.....	65
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	65
เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย.....	66
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	68
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	70
การจัดทำและวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	98
สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า.....	98
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	98
สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	98
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	99
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	101
อภิปรายผล.....	104
ข้อเสนอแนะ.....	113
บรรณานุกรม.....	115
ภาคผนวก.....	127
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	152

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1 ปริมาณพลังงานที่ถูกเผาผลาญในกิจกรรมต่างๆ.....	29
2 ปริมาณสารนิโคตินทาร์ในบุหรี่หนึ่งมวนตามชนิดของบุหรี่.....	35
3 จำนวนและค่าร้อยละ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วยประวัติโรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.....	81
4 จำนวนและร้อยละของโรคประจำตัวอื่นๆที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	84
5 จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกตามระดับความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพและระดับแรงสนับสนุนทางสังคม.....	85
6 จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีเพศสัมพันธ์ การตรวจสุขภาพ.....	86
7 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจจำแนกตามระดับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือด.....	87
8 จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติโรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.....	88

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง

หน้า

9 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตีซ้ำของหลอดเลือดหัวใจของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามเพศและประวัติโรคประจำตัว.....	92
10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตี ซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการ ขยายหลอดเลือดหัวใจจำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด หัวใจตีบ.....	93
11 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมป้องกันการ ตีซ้ำหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดย การขยายหลอดเลือดหัวใจจำแนกตาม ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้เกี่ยว กับโรค.....	96
12 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบ คุมภายในตนด้านสุขภาพและ แรงสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมป้องกันการ ตีซ้ำของหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดย การขยายหลอดเลือดหัวใจ.....	98
13 ค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอด เลือดหัวใจตีบ.....	149
14 ค่าอำนาจจำแนกของพฤติกรรมป้องกัน ความเชื่ออำนาจควบคุมภายใน และ แรง สนับสนุนทางสังคม.....	150

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	11
2 รูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจศรัทธาภายในและภายนอกตน.....	40

บทที่ 1

บทนำ

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันโลกได้หมุนเวียนเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา กระแสการเปลี่ยนแปลงและปรากฏการณ์ทั้งหลายในโลกมีผลกระทบกับสังคมไทย เช่น เทคโนโลยีสมัยใหม่ ข่ายการคมนาคม อิทธิพลทางวัฒนธรรม กลวิธีการตลาดที่เร่งอัตราการบริโภคสินค้าและบริการที่แปลกใหม่ การขยายตัวของอุตสาหกรรม การเติบโตของชุมชนเมือง การอพยพของแรงงานและการพัฒนาด้านการท่องเที่ยว ส่งผลให้ความเจริญทางด้านเศรษฐกิจกระจายไปทั่วทุกสารทิศ แต่ในขณะเดียวกันก็ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตเกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรมของคนไทยทั้งในด้านบวกและด้านลบไปพร้อมกัน กระแสความเจริญของโลกที่เข้ามาผสมผสานในสังคมไทยทำให้วิถีชีวิตเดิมของคนไทยเปลี่ยนไป กล่าวได้ว่าใน 30 ปีที่ผ่านมา วิถีชีวิตของคนไทยโดยเฉพาะคนหนุ่มสาวและวัยทำงาน ได้เปลี่ยนแปลงเข้าสู่การมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพต่างไปจากเดิมมาก เช่น หันมานิยมกินอาหารสมัยใหม่ที่เรียกว่าอาหารจานด่วน (Fast food) ซึ่งมีไขมันสูง เกลือโซเดียมสูง กากใยน้อย (กนกพร วิสุทธิกุล. 2539 : 3) อีกทั้งสังคมที่เร่งรีบทำให้เวลาสำหรับการออกกำลังกายและพักผ่อนลดลงซึ่งนำไปสู่การเจ็บป่วยในเวลาต่อมา (สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย. 2541 : 6 - 7)

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2545 ระบุว่าประเทศต่างๆที่เป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลก โดยเฉพาะเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่กำลังอยู่ในระยะเปลี่ยนแปลง พบผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น ได้แก่ มะเร็ง โรคหัวใจขาดเลือด และเบาหวาน มีสัดส่วนการตายและการป่วยเพิ่มขึ้น โดยพบสัดส่วนการตายเป็นร้อยละ 49.7 ของจำนวนคนตาย และ สัดส่วนการป่วยเป็นร้อยละ 42.2 ของจำนวนคนป่วย สาเหตุที่สัดส่วนของโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นของทศวรรษที่ผ่านมา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของประชากรและเศรษฐกิจฐานทางสังคม ทำให้ชีวิตของคนเปลี่ยนแปลงไป มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ดี เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การนั่งทำงาน ขาดการออกกำลังกาย และจากผลสรุปของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด ระหว่างปีพ.ศ. 2541 - 2545 ของประชากรไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบว่าอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 7.9 - 11.8 ต่อประชากรแสนคน อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 3.3 - 5.1 ต่อประชากรแสนคนและอัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 3.6 - 14.4 ต่อประชากรแสนคน ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าโรคเรื้อรังที่

กำลังเป็นปัญหาที่สำคัญของคนไทยได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ หัวใจขาดเลือด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2547 : Online)

โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุของการตายที่สำคัญในประเทศไทย โดยมีอัตราการตายสูงเป็นอันดับ 2 รองมาจากการตายจากอุบัติเหตุและพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันโรคหัวใจในปีพ.ศ. 2541, 2542, 2543 และ 2544 มีจำนวน 706, 876, 957 และ 1,120 รายตามลำดับ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2545 : 224) จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นจากเดิมมากแสดงให้เห็นว่าสังคมใดที่มีความเจริญมากมักจะพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูง (อุไร ศรีแก้ว. 2543 : 5) จากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น กล่าวได้ว่า โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขมากขึ้น สาเหตุของการเกิดโรค เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น การนิยมรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง กากใยน้อย ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ หรือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และเคเฟอีนเป็นประจำ (พรณี เสถียรโชค. 2536 : 433)

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ จำเป็นต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของโรคหลอดเลือดหัวใจรวมทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาในราคาสูง การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้ผลดีในปัจจุบันได้แก่ การรักษาโดยการใส่ยา, การรักษาทางศัลยกรรม เช่น การขยายหลอดเลือดและการผ่าตัด และ การรักษาโดยใช้ยาและศัลยกรรม ระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาวงการแพทย์ยอมรับว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจ(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty = PTCA) เป็นวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกที่วิธีหนึ่ง สะดวก ปลอดภัย และประหยัดกว่าการผ่าตัด (Mckenna; et al. 1995 : 207 - 211) แต่ถึงอย่างไรก็ตาม จากการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 75,000 - 160,000 บาทต่อครั้ง(หอผู้ป่วย ICCU. 2546. ไม่ปรากฏเลขหน้า ; อ้างอิงจากหน่วยตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 2546. ไม่ปรากฏเลขหน้า) หลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดพบว่า ผู้ป่วยที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ (Restenosis) สูงถึงร้อยละ 30 - 40 ในระหว่างปี พ.ศ. 2535 ถึง พ.ศ. 2539 ได้มีการติดตามผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาประมาณร้อยละ 40-60 ซึ่งสถิติการเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยคนไทยใกล้เคียงกับต่างประเทศ(Nithi Mahanonda; et al. 1997 : 681 - 685) อาจกล่าวได้ว่าการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดจากการเป็นโรคได้อีกทั้งผู้ป่วยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาตนเองในราคาที่สูง

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นโรงพยาบาลที่มีความเจริญก้าวหน้าด้านวิชาการ และ เทคโนโลยีใหม่ๆทางการแพทย์ที่สำคัญโรงพยาบาลหนึ่งในประเทศไทย รวมทั้งการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty = PTCA) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้นำวิธีการรักษาโดยวิธีนี้นานกว่า 10 ปี โดยมีหน่วยการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือด และ วินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งก่อนและหลังการรักษาและวินิจฉัยโดยเฉพาะ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้วจะติดตามการรักษาโดยนัดตรวจสุขภาพผู้ป่วยที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งเปิดบริการทุกวันจันทร์, อังคารและพฤหัสบดีเวลา 08.00-16.00 น. สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือด ในปี พ.ศ.2542, 2543, 2544, 2545 และ 2546 มีจำนวน 208, 198, 199, 387 และ 413 ราย ตามลำดับ(ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 2546 : ฐานข้อมูลฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)

จากสถิติพบว่า จำนวนผู้เข้ารับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดมีจำนวนมากขึ้นในแต่ละปี และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแต่ละปีมีผู้ป่วยเคยมารับการขยายหลอดเลือดหัวใจมาแล้วและกลับมาทำซ้ำรวมอยู่ด้วย แม้ว่าก่อนผู้ป่วยกลับบ้านเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือด หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดและวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องโรคและการปฏิบัติตนหลังการรักษา ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล แต่ยังพบว่าผู้ป่วยต้องกลับมาเข้ารับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจซ้ำ จากการศึกษาทะเบียนประวัติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ปีพ.ศ. 2539 - 2542 จำนวน 50 ราย พบว่าหลังการรักษาผู้ป่วย ร้อยละ 56 มีอาการเจ็บหน้าอกและต้องกลับเข้ารับการรักษาโดยวิธี (Coronary angioplasty = CAG) โดยพบว่ามี การตีบของหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 70 - 95 บริเวณตำแหน่งเดิม และ/หรือ ตำแหน่งใหม่ต้องได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดซ้ำหรือต้องเข้ารับผ่าตัด ผู้ป่วยร้อยละ 42 มีอาการเจ็บหน้าอกและต้องกลับเข้ารับการรักษาโดยวิธี (Coronary angioplasty = CAG) มีการตีบของหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 40 - 50 บริเวณตำแหน่งเดิม และ/หรือ ตำแหน่งใหม่ได้ รับให้การรักษาโดยการรับประทานยาและผู้ป่วยร้อยละ 2 เสียชีวิตจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจจนเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจวายและหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ โอกาสเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจยังสูง โดยการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจเกิดขึ้นได้จากพฤติกรรมของผู้ป่วยจากการศึกษาของปริศนา วรนนท์ (2541 : บทคัดย่อ) เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจพบว่าผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่าพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และ การมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดการตีบซ้ำ

ของหลอดเลือดหัวใจระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจสูงที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ นั่นคือ ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่พบจากการศึกษา และจากการศึกษาของ พันธิพิทย์ รามสูตร (2538 : 6 - 8) เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค การมีน้ำหนักตัวมากเกินไป ความเครียดและการออกกำลังกาย พบว่าโรคไม่ติดต่อสามารถป้องกันได้โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคและแบบแผนชีวิตที่สม่ำเสมอ ได้แก่ การบริโภคที่ถูกสัดส่วน และมีคุณค่าอาหารครบถ้วนไขมันน้อย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่สูบบุหรี่และดื่มสุรา พักผ่อนเพียงพอโดยการนอนหลับวันละ 8 ชั่วโมง และ ทำจิตใจเบิกบาน แจ่มใสไม่ตึงเครียด

ดังนั้นกล่าวได้ว่า การตีบตันของหลอดเลือดหัวใจเกิดขึ้นจากพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วย การมีพฤติกรรมป้องกันโรคจึงถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยลดความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นเดียวกัน แม้ว่าการรักษาจะช่วยบรรเทาอาการและความรุนแรงของโรคได้แต่เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาให้หายขาดมิได้มีการมีพฤติกรรมป้องกันการตีบตันหลังการรักษา จึงถือได้ว่าเป็นสิ่งที่ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น พฤติกรรมป้องกันโรคมีปัจจัยหลายปัจจัยเข้ามามีอิทธิพลร่วม ได้แก่ การรับรู้และการนึกคิดของบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ร่วมกับปัจจัยด้านประชากร จากการศึกษาของ จัสมินและไทรสตัดาค(สุกาญดา หนูรักษ์. 2546 : 4; อ้างอิงจาก Jusmin; & Trygstad. 1978. *Behavior Concept and The Nursing Process*. p. 8) พบว่าความเชื่อเป็นการรับรู้และการนึกคิดของบุคคลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ โดยมนุษย์จะปฏิบัติตามความเชื่อนั้นโดยความเชื่อนั้นจะถูกต้องหรือไม่ก็ตาม เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใดอย่างหนึ่งความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเชื่อทั้งที่บางครั้ง ความเชื่อนั้นจะไม่อยู่บนพื้นฐานของความจริงก็ตาม (สุกาญดา หนูรักษ์. 2546 : 4 ; อ้างอิงจาก Rokeach. 1970. *Belief Attitude and Value : A theory of organization and change*. p. 214) ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไปทั้งนี้เนื่องจาก ความคิด ประสบการณ์ และความเชื่อของแต่ละบุคคลมีอำนาจในการควบคุมตนเอง ซึ่งเกิดจากการรับรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับซ้ำๆ นั่นคือ ผลตอบแทนอย่างหนึ่งที่ได้จากพฤติกรรมของบุคคลก่อให้เกิดความคาดหวังที่จะได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกันจากสิ่งใหม่ ซึ่งเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่คล้ายสถานการณ์เดิม และ ถ้าเหตุการณ์เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังไว้จะทำให้ความคาดหวังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ถ้าผลตอบแทนไม่ได้เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวัง ก็จะทำให้ความคาดหวังของบุคคลลดลง การลดลงหรือการเพิ่มขึ้นของความคาดหวังจะก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมอย่างหนึ่งก่อน แล้วจึงขยายครอบคลุมพฤติกรรมหรือทำให้มีการปฏิบัติในลักษณะที่แตกต่างกัน นั่นคือ ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ ในทางตรงข้ามหากพฤติกรรมนั้นไม่ได้รับผลตอบแทน จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้

ว่า สิ่งที่ได้รับไม่ใช่ผลตอบแทนจากการกระทำของตนเองเป็นเพราะโชคชะตาและความบังเอิญหรือ สิ่งแวดล้อมบันดาลให้เป็น ซึ่งความเชื่อเช่นนี้ เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน (Rotter. 1966 : 2) ความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมอนามัยของ บุคคลทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยได้ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ จะเป็น ผู้ที่สนใจต่อสุขภาพสามารถปฏิบัติตนให้เป็นบุคคลที่มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางด้านร่างกายและ จิตใจ จากการศึกษาของ สุภาญดา หนูรักษ์ (2546 : 112) เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน แสดงว่าผู้ป่วย เบาหวานมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะมี พฤติกรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535 : 61) เกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพกับ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะมี ความสามารถในการดูแลตนเองสูง และ ความเชื่ออำนาจนอกตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความสามารถในการดูแลตนเอง นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นสูงจะมีความสามารถในการ ดูแลตนเองสูง นอกจากความเชื่ออำนาจควบคุมภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ แรงสนับสนุน ทางสังคม ถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการโรค ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่าการได้รับความช่วยเหลือทำให้บุคคล เกิดความมั่นใจกับเหตุการณ์ หรือ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และ รับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง ลดความรุนแรง ของเหตุการณ์ หรือ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลรับรู้ ว่า บุคคลยัง ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือสิ่งแวดลอมรอบตัวช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ นั่นคือ แรง สนับสนุนทางสังคมช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการดำเนินโรค (Cohen ; & Wills. 1985 : 310 - 312) จากการศึกษาของ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535 : 58) เกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทาง สังคมสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา โอประเสริฐ สวัสดิ์(2531 : บทคัดย่อ) เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมการปฏิบัติตนในด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรังพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับ พฤติกรรมการปฏิบัติตนในด้านสุขภาพ ดังนั้นจะเห็นว่าจากการศึกษาที่ผ่านมาความเชื่ออำนาจ ควบคุมตนด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถนำมาอธิบายและทำนาย

พฤติกรรมอนามัยของบุคคลทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ดังนั้นความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค นอกจากนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรค และปัจจัยด้านลักษณะบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ประวัติโรคประจำตัว ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเช่นกัน ดังนั้นจะเห็นว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจโอกาสหลอดเลือดตีบซ้ำสามารถเกิดขึ้นได้ หากผู้ป่วยมีความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพต่ำ มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ และ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดซ้ำ เข้ารับการผ่าตัดหรืออาจเสียชีวิต ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาตนเองสูง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ประสิทธิภาพการทำงานลดลงรวมทั้งเป็นภาระของสังคมและบุคคลอื่น

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางสาธารณสุข ตระหนักดีว่าการส่งเสริมและป้องกันโรคที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่เป็นปกติสุขเช่นคนทั่วไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา พฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ว่ามีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดอย่างไร ปัจจัยด้านลักษณะบุคคลและความเชื่ออำนาจควบคุมภายในด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจหรือไม่ อย่างไร การวิจัยนี้จึงเป็นการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้พัฒนาศักยภาพการส่งเสริมและป้องกันโรคของผู้ป่วยต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติโรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ให้ทราบถึงพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพในการวางแผนให้สุขศึกษาในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรคในผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ

ขอบเขตการศึกษาค้นคว้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่การรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจครั้งแรกที่มารับบริการติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 413 คน (ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 2546. ไม่ปรากฏเลขหน้า)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจครั้งแรกที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 คน โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ตารางของเครซีและมอร์แกน (ยูทริ ไกยวรรณ. 2545: 104 – 105; อ้างอิงจาก Robert V.Krejcie; & Eayrle W.Morgan. 1970. *Educational & Psychological Measurement*.) และ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

1.1 ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ประกอบด้วย

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา

- อาชีพ
- รายได้
- สถานภาพสมรส
- ประวัติโรคประจำตัว
- ระยะเวลาการเจ็บป่วย
- ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

1.2 ปัจจัยด้านจิตลักษณะ ประกอบด้วย

- ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ
- แรงสนับสนุนทางสังคม

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมใดๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีเพศสัมพันธ์ และการตรวจสุขภาพ

2. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อ ความนึกคิด ของผู้ป่วยที่รับรู้ต่อความรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพของตนเองซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรม ด้านสุขภาพอนามัยของตนเอง โดยความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของผู้ป่วยที่รับรู้สุขภาพของตนเองเป็นผลมาจากการกระทำ หรือความสามารถของตนเองไม่ว่าจะดีหรือไม่ก็ตาม

3. แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง พฤติกรรมที่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านอารมณ์ ด้านการให้คำแนะนำปรึกษาหรือข้อมูลต่างๆและด้านวัตถุสิ่งของหรือการเงิน ที่ผู้ป่วยได้รับจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา - มารดา บุตร หรือ ผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกัน

4. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หมายถึง ความสามารถในการจดจำ และเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษา ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และปัจจัยเกี่ยวกับการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ แบ่งออกเป็นดังนี้

- 4.1 ความรู้ระดับดี
- 4.2 ความรู้ระดับพอใช้
- 4.3 ความรู้ระดับควรปรับปรุง

5. อายุ หมายถึง จำนวนปีเต็มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ นับตั้งแต่เกิดจนกระทั่งถึงวันที่ตอบแบบสัมภาษณ์แบ่งได้ดังนี้

- 5.1 น้อยกว่า 50 ปี
- 5.2 50 - 60 ปี
- 5.3 61 - 70 ปี
- 5.4 มากกว่า 70 ปีขึ้นไป

6. เพศ หมายถึง เพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ เพศชาย เพศหญิง

7. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ทำการศึกษาแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- 7.1 ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
- 7.2 ระดับมัธยมศึกษา
- 7.3 ระดับอุดมศึกษา หรือ สูงกว่า

8. อาชีพ หมายถึง การประกอบอาชีพปัจจุบันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ทำการศึกษาแบ่งเป็น

- 8.1 รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ
- 8.2 ค้าขาย
- 8.3 เกษตรกรรม
- 8.4 รับจ้าง เอกชน / ส่วนตัว
- 8.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ

9. รายได้ หมายถึง เงินเดือนหรือรายได้พิเศษอื่นของผู้ป่วยรวมถึงคู่สมรสหรือผู้รับผิดชอบช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งพิจารณาจากรายได้เฉลี่ยเป็นรายเดือนแบ่งได้ดังนี้

- 9.1 ต่ำกว่า 3,001 บาท
- 9.2 3,001 - 8,000 บาท
- 9.3 8,001 - 13,000 บาท
- 9.4 13,001 บาทขึ้นไป

10. สถานภาพสมรส หมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกันแบบสามีภรรยาแบ่งเป็น

- 10.1 คู่
- 10.2 โสด

10.3 หม้าย / หย่า / แยก

11. ประวัติโรคประจำตัว หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคเก๊าท์ โรคปอดหรือหอบหืด ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ โรคมะเร็งหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย แบ่งเป็น

11.1 มี

11.2 ไม่มี

12. ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจจนถึงปัจจุบัน

12.1 ต่ำกว่า 1 ปี

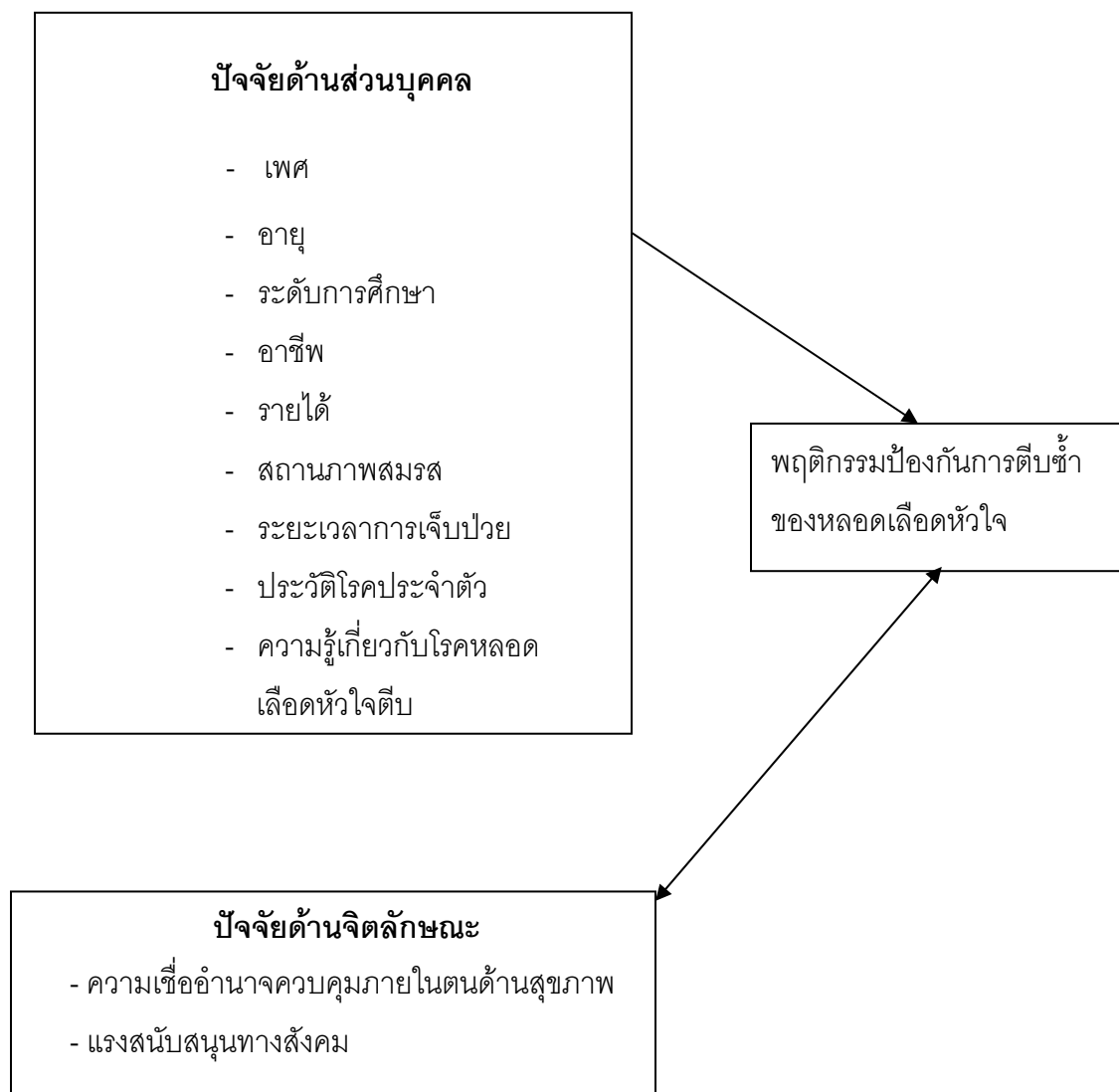
12.2 1 - 2 ปี

12.3 3 - 4 ปี

12.4 มากกว่า 4 ปี

13. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจว่าเป็นโรคที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี ที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยมีก้อนไขมันมาก่อตัวสะสมกันบริเวณผนังหลอดเลือดหัวใจ ทำให้หลอดเลือดหัวใจที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการตีบตัน และ ได้รับการรักษาโดยการใส่บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจบริเวณที่มีการตีบตัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีประวัติโรคประจำตัวต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน
9. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน
10. ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ
11. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
 - 1.2 พฤติกรรมการป้องกันโรค
 - 1.3 พฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.4 ความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพ
 - 1.5 แรงสนับสนุนทางสังคม
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

กายวิภาคศาสตร์ของหลอดเลือดหัวใจ

ระบบไหลเวียนของหลอดเลือดหัวใจประกอบด้วยเส้นเลือดแดงที่แยกออกจาก

Ascending aorta สองเส้นคือเส้นเลือดหัวใจด้านขวา (Right coronary artery) ส่งเลือดไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจด้านล่าง ของหัวใจห้องล่างซ้าย และไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวาและเส้นเลือดหัวใจห้องล่างซ้าย (Left coronary artery) ซึ่งมีแขนงแยกออกเป็น 2 เส้นคือ Left anterior descending ซึ่งส่งเลือดไปเลี้ยง กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายบริเวณ Anterior wall, Anterocepal

และ Apical septum และเส้นเลือด Left circumflex artery ส่งเลือดไปเลี้ยงผนังบริเวณด้านข้างและด้านหลังของหัวใจห้องล่างซ้าย(Lateral wall of left ventricle) (สุรพันธ์ สิทธิสุข. 2539 : 214 - 215)

หลอดเลือดแดงโคโรนารีมีผนังหลอดเลือด 3 ชั้น คือ ชั้นในสุด(Tunica intima) เป็นชั้นของกล้ามเนื้อเรียบ เนื้อเยื่อประสานเป็นพวก Elastic tissue หรือ Collagen tissue และ ชั้นกลาง(Tunica media) เป็นชั้นของกล้ามเนื้อเรียบ เนื้อเยื่อประสานเป็นพวก Elastic tissue หรือ Collagen tissue ผนังชั้นนอกสุด (Tunica adventitia) ซึ่งประกอบด้วย External elastic membrane และ Collagen fiber (สุวรรณ อธิวรพันธ์; และคนอื่นๆ. 2539 : 9 -11)

ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีชื่อเรียกกันหลายชื่อเช่น โรคหัวใจขาดเลือด(Ischemic Heart Disease)โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี(Coronary Heart Disease)หรือโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งตัว(Atherosclerotic Heart Disease)หมายถึงภาวะที่หลอดเลือดหัวใจเกิดการตีบแคบหรืออุดตันทำให้เลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงไม่เพียงพอกับความต้องการ(อุไร ศรีแก้ว. 2543 : 1)

สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือโรคหัวใจขาดเลือด เป็นโรคที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยมีก้อนไขมันมาก่อตัวสะสมกันบริเวณผนังหลอดเลือดเป็นเวลานาน ซึ่งขั้นตอนการเกิดก้อนไขมันจะเป็นไปอย่างช้าๆและมีขนาดโตขึ้นเรื่อยๆมีผลทำให้เกิดการตีบแคบ และ การอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (สุรพันธ์ สิทธิสุข. 2539 : 214)

กลไกการก่อตัวของก้อนไขมันในหลอดเลือด มี 3 ระยะคือ (Huether ; & Mc Cane. 1992 : 223 - 225)

ระยะที่ 1 Fatty Streak Formation เป็นระยะที่มีคราบไขมันอยู่ในกล้ามเนื้อเรียบของผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงโคโรนารีพบได้ในอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ระยะนี้จะไม่ปรากฏอาการเพราะไม่ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่นำไปสู่การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ แต่อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่กระบวนการเกิดคราบไขมันขั้นต่อไปได้ ถ้าได้รับการกระตุ้นจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

ระยะที่ 2 Fibrous Plaque Formulation เป็นขั้นตอนการเกิดคราบไขมันที่เพิ่มมากขึ้นต่อจากระยะ Fatty Streak มีลักษณะเป็นปื้นไขมันสีเหลืองเทา ยื่นเข้าไปในหลอดเลือด ถ้ามีการขยายมากขึ้นจะทำให้เกิดเกิดการอุดตันตามมาได้

ระยะที่ 3 Complicated หรือ Advanced lesion พบในอายุมากกว่า 30 ปี เป็นระยะที่ Fibrous Plaque มีขนาดใหญ่ขึ้น และ มีการปริแตกของคราบไขมันและเกิดลิ่มเลือด ทำให้

ขนาดของรูหลอดเลือดลดลงหรืออาจเกิดการอุดตันได้ ะยะนี้พบว่าจะมีอาการแสดงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ทฤษฎีต่างที่อธิบายหรือสนับสนุนการเกิดคราบไขมันในหลอดเลือดโคโรนารีมีหลายทฤษฎีที่สำคัญ คือ ทฤษฎีการตอบสนองต่อการบาดเจ็บ (Response to Injury Hypothesis) (Ross. 1997 : 1114) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการบาดเจ็บและการแยกชั้นของผนังหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งถ้าเป็นมาก ๆ อาจทำให้เกิดการหลุดลอกของผนังหลอดเลือดบางส่วนได้ นอกจากนั้นผลจากการบาดเจ็บยังกระตุ้นให้เกิดการเกาะกันของเกร็ดเลือดบริเวณที่มีการบาดเจ็บ และ แทรกเข้าสู่ชั้นใต้ผนังหลอดเลือด กระตุ้นให้เกิดการหลั่งสาร Platelet - Derived Growth Factor (PDGF) ทำให้กล้ามเนื้อเรียบในผนังชั้นกลางของหลอดเลือดโคโรนารีเกิดการเคลื่อนย้าย และ แบ่งตัวเข้าสู่ผนังชั้นในสุดของผนังหลอดเลือด ซึ่งกระตุ้นการเกาะรวมตัวกันของไขมัน เนื้อเยื่อเกี่ยวพันและแมคโครฟาจมากขึ้น มีผลให้ผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งและหนาขึ้น (Atherosclerosis) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่ากลไกการเกิดคราบไขมันมีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บและการทำหน้าที่ผิดปกติของหลอดเลือด

Lipogenic Hypothesis เป็นแนวคิดหนึ่งที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเพิ่มของระดับไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL Cholesterol) โดยไขมันความหนาแน่นต่ำจะเพิ่มการนำไขมันเข้าสู่เนื้อเยื่อ และยังกระตุ้นให้เกิดการบาดเจ็บต่อผนังของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้ไขมันแทรกและเกาะตามผนังชั้นในสุดของหลอดเลือด (Ross. 1997 : 997)

สาเหตุของการเกิดคราบไขมันในหลอดเลือดแดงโคโรนารียังไม่มีผู้ใดทราบแน่ชัด แต่จากหลายการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมหรือมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือการเกิดคราบไขมันสามารถแบ่งออกได้ 2 ประเภท คือ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียด และบุคลิกภาพแบบเอ ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น เพศ อายุ กรรมพันธุ์ โดยมีความเชื่อว่าภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ และโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดคราบไขมัน หรือ ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งมากกว่าประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในครอบครัว ภาวะอ้วน ขาดการออกกำลังกาย อายุ เพศ การดื่มสุรา และปัจจัยด้านบุคลิกภาพ (Ross. 1997 : 997) และ ผู้มีปัจจัยเสี่ยงหลายชนิดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค มากกว่า ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงเพียงอย่างเดียว (วิชัย ตันไพจิตร. 2537 : 100)

อาการทางคลินิกของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

อาการทางคลินิกของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่พบได้บ่อยคือ การเจ็บบริเวณหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน และ การตายอย่างปัจจุบันทันด่วน อย่างไรก็ตามผู้ป่วย

อาจมาพบแพทย์ด้วยสาเหตุอื่นๆอีก เช่น หัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย เป็นต้นโดยทั่วไปอาการเจ็บหน้าอกแบ่งตามสรีระวิทยาได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. อาการเจ็บหน้าอกชนิดคงที่ (Stable Angina) เป็นกลุ่มอาการที่มีความรุนแรงน้อยที่สุด ส่วนมากเกิดเมื่อหลอดเลือดแดงโคโรนารีมีการตีบมากกว่าร้อยละ 50 ของเส้นผ่าศูนย์กลางหลอดเลือด (Davise. 1994 : 1010)ส่วนมากมักเกิดในตอนเช้า (Haak; & Huether. 1992 : 226) อาการจะทุเลาและหายไปเมื่อผู้ป่วยพักหรือมีกิจกรรมตามปกติ

2. อาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (Unstable Angina) เป็นอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น มักเป็นผลจากการเพิ่มขนาดของคราบไขมันหรือการแตกเป็นร่องแล้วเกิดลิ้มเลือด พยาธิสภาพส่วนใหญ่จะเกิดจากการตีบของหลอดเลือดมากกว่า1เส้น(เดือนฉาย ชยานนท์; และคนอื่นๆ. 2537 : 24) ลักษณะอาการของภาวะเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่โดยทั่วไปมี 3 ลักษณะที่สำคัญ คือ เริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกครั้งแรกในระยะเวลา 6 – 8 สัปดาห์(Angina of recent onset) อาการเจ็บหน้าอกมีความถี่ความรุนแรงและและระยะเวลานานมากขึ้น (Crescendo angina) และมีอาการเจ็บหน้าอกขณะพัก(Resting angina)

3. อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเฉพาะเวลาพักผ่อน (Prinzmetal's angina) เป็นอาการที่เกิดขึ้นโดยไม่มีการออกกำลังกายหรืออารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง มักจะเกิดจากการหดตัวของหลอดเลือดหัวใจ(Coronary artery spasm) พบว่าร้อยละ 25 เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามมาได้

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในปัจจุบัน แบ่งได้ 3 แนวทาง ดังนี้

1.การรักษาด้วยการใช้ยา

เป้าหมายการรักษาเพื่อแก้ไขความไม่สมดุลระหว่างความต้องการการใช้ออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยการลดความต้องการการใช้ออกซิเจนและการเพิ่มปริมาณเลือดที่ไหลเวียน ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่สำคัญแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มคือ Antianginal drugs, Antithrombotic agent, Thrombotic agent, Angiotensin Converted Enzyme Inhibitor (ACE - I) และ Hypoglycemic agent

2. การรักษาด้วยการทำหัตถการ ได้แก่

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด(Coronary Artery Bypass Graft = CABG)

เป็นการรักษาโดยการนำเส้นเลือดดำซาฟีนัส (Saphenous) มาทำทางเบี่ยงโดยการต่อโดยตรงจากเอออร์ตา เข้ากับหลอดเลือดโคโรนารีหลังส่วนที่ตีบ หรือ ใช้หลอดเลือดแดงอินเตอร์นอลแมมมารี (Internal mammary) ต่อเข้าโดยตรงกับหลอดเลือดโคโรนารีหลังส่วนที่ตีบ (พจนา ปิยะปกรณชัย. 2541 : 38 - 39) การรักษาด้วยวิธีนี้จะทำในผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้านซ้ายมา

กว่าร้อยละ 50 หรือมีการตีบแคบอย่างรุนแรงของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้นโดยเฉพาะในผู้ที่มีการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงหรือมีการตีบแคบอย่างรุนแรงของหลอดเลือดหัวใจ 1, 2 หรือ 3 เส้นและมีความผิดปกติอย่างรุนแรงของลิ้นหัวใจไมตรัลหรือเอออร์ติกร่วมด้วย (Ribeiro; & Shah. 1996 : 712) จากการติดตามผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกชนิดคงที่ ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะ 7 - 10 ปีพบว่าร้อยละ 80 มีอาการเจ็บหน้าอกน้อยมากหรือไม่มีเลย อัตราการรอดชีวิตในระยะเวลา 5 ปีสูงถึงร้อยละ 90 (Rutherford. 1992 : 1340 - 1341) ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบว่าการทำผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงหลังมีอาการจะได้ผลดีในระยะยาว อัตราตายร้อยละ 2 - 6 นอกจากนั้นยังพบว่าการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายใน 2 - 6 ชั่วโมงหลังการมีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะลดอัตราตายได้มากกว่าทำหลัง 6 ชั่วโมง และยังพบว่าการทำผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากหัวใจร่วมด้วยภายใน 18 ชั่วโมง จะลดอัตราตายลงได้ (พบอัตราตายในระยะยาวร้อยละ 25) ซึ่งเมื่อเทียบกับการรักษาด้วยยาหรือการทำผ่าตัดหลัง 18 ชั่วโมงจะพบอัตราตายร้อยละ 70 (Gossage. 1994 : 1862)

การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty = PTCA) เป็นวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดแดงหัวใจตีบวิธีหนึ่ง โดยการใช้บอลลูนใส่เข้าไปขยายหลอดเลือดที่อุดตันจาก Fibrous Plaque โดยใช้ยาเฉพาะที่และสวนหัวใจด้วยบอลลูน (Double Lumen Balloon) โดยมี Guide wire นำผ่านเข้าหลอดเลือดแดง Femoral หรือ Brachial จนถึงหลอดเลือดแดงโคโรนารีซึ่งแตกแขนงจากเอออร์ตา มาที่ตำแหน่งหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน โดยใช้บอลลูนถ่างตรงบริเวณอุดตันเพื่อดัน Fibrous Plaque ที่อุดตันให้แบนราบหรือหลุดออก ให้เลือดแดงโคโรนารีไหลเวียนได้ดีขึ้น (กอบกุล บุญปราชญ์. 2546 : 45) ปัจจุบันการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือด ได้รับการยอมรับว่าสามารถช่วยบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ได้ดีที่สุด นายแพทย์ แอนเดรียส อาร์. กลูเอนทิก ชาวสวิส เป็นผู้พัฒนาการทำ PTCA และ เริ่มใช้เป็นครั้งแรกในสหรัฐอเมริกาเมื่อ พ.ศ. 2520 (จรี วัชรสินธุ์. 2545 : 136) พบว่าภายหลังการทำ PTCA พบปัญหาการตีบของหลอดเลือด จึงได้พัฒนาเครื่องมือป้องกันการตีบซ้ำที่เรียกว่าการใส่ขดลวดตาข่าย (Stent) ถึงกระนั้นก็ตามการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบก็ยังคงเป็นปัญหาที่พบอยู่เสมอ ประเทศไทยได้นำเทคนิคในการขยายหลอดเลือดหัวใจมาใช้ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2530 (ธาดา ชาศร. 2539 : 495 - 522) ปัจจุบันการรักษาด้วยวิธีนี้เป็นที่ยอมรับกันมากขึ้น โดยเฉพาะความพึงพอใจในผลการรักษาของผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง สถิติที่ผู้มารับบริการด้วยการทำ PTCA จึงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เพราะผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีอัตราเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 5 ต่อปี (กนกพร วิสุททิกุล. 2540 : 4) ขณะนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย PTCA มีจำนวนมากขึ้น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้นำการรักษาด้วย PTCA มาให้การรักษานานกว่า 10 ปี และปัญหาที่พบตามมาหลังการรักษาในผู้ป่วยที่รักษาด้วย

PTCA นั้นคือผู้ป่วยต้องกลับมาทำซ้ำ เนื่องจากการตีบซ้ำของหลอดเลือดซึ่งโอกาสการตีบซ้ำเกิดได้สูงถึงร้อยละ 30 - 40 และบางรายต้องเข้ารับการผ่าตัด เนื่องจากเกิดหลอดเลือดตีบซ้ำถือได้ว่าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดสำหรับการรักษาด้วยวิธีนี้ (นิธิ มหานนท์; และคณะ. 2537 : 36 - 40)

3.รักษาด้วยการ การใช้ยา การทำผ่าตัด การขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงหัวใจตีบทุกคนจะได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งหรือทั้ง 3 วิธี แพทย์จะให้การรักษาตามอาการและความผิดปกติที่พบตามระยะเวลาที่ผ่านมา และ การตอบสนองที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย ปัจจุบันการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจได้รับความนิยมเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากสามารถบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกซึ่งเป็นปัญหาที่กระทบต่อตัวผู้ป่วยมากจากการศึกษาเปรียบเทียบการรักษาระหว่างการผ่าตัดตัดต่อหลอดเลือดหรือการทำบายพาส (Coronary Artery Bypass Graft = CABG) กับ การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty = PTCA) พบว่าผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงหัวใจอุดตันที่มีอัตราเสี่ยงน้อยและร่างกายแข็งแรงการรักษาโดยการทำ PTCA จะดีกว่าการทำ CABG และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงปานกลางถึงเสี่ยงมาก การทำ CABG จะได้ผลดีกว่า แต่พบว่าอัตราการรอดชีวิตของการรักษาทั้งสองแบบเท่าๆกัน และ อาการเจ็บหน้าอกลดน้อยลงเท่าๆกัน การรักษาโดยการทำ PTCA ระยะเวลาในการนอนพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้นนั้นคือหลังการทำ PTCA ผู้ป่วยนอนพักฟื้นในโรงพยาบาล 1 คืนหากไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมาผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ โดยสรุปแล้วการรักษาโดย PTCA หรือ การทำ CABG ได้ผลดีสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแต่การรักษาแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย (จรี วัชรสินธุ์. 2545 : 137 - 144)

สาเหตุการเกิดหลอดเลือดตีบซ้ำ(Restenosis)

ปัญหาการของการเกิดหลอดเลือดตีบซ้ำทำให้อัตราเสี่ยงค่าใช้จ่ายในการทำใหม่รวมทั้ง การควบคุมอาการของโรคภายหลังการรักษา พบว่าการศึกษสาเหตุของการเกิดจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้อีก ในปีที่ผ่านมาสหรัฐอเมริกามีคนที่ได้รับการรักษาด้วย PTCA จำนวน 500,000 ราย และเกิดการตีบซ้ำ 150,000 ราย และสามารถลดการตีบซ้ำได้จากร้อยละ 33 เหลือร้อยละ 25 สามารถลดค่าใช้จ่ายได้ถึง 750 ล้านดอลลาร์ (ปริศนา วรรณนท์. 2541 : 13 ; อ้างอิงจาก Bouters; & isner. 1997. *The biology of restenosis*. p. 107-115) การศึกษาสาเหตุการเกิดการตีบซ้ำภายหลังการรักษาโดยการทำการศึกษาย้อนหลังพบการเปลี่ยนแปลงจากการตรวจศพ ได้ว่า สาเหตุการเกิดหลอดเลือดตีบซ้ำภายหลังการทำ PTCA มีสาเหตุสำคัญจากการเปลี่ยนแปลงของ Smooth muscle cell proliferation กับ Extracellular matrix ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ตรวจพบได้ด้วยวิธี Light microscopic finding โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงที่เห็นจากการทำ Irus studies จะพบการ

เปลี่ยนแปลง (Hyperplasis) ที่เกิดขึ้นในหลอดเลือดและเห็นได้จากการสวนหัวใจ Angioscopic studies ซึ่งจะใช้ในการติดตามผลการทำ PTCA

บูทเตอร์ และไอสเนอร์ (ปรีศนา วรรณท์. 2541 : 13 ; อ้างอิงจาก Bauters; & isner. 1997. *The biology of restenosis*. p. 27-35) ได้สรุปการเกิดหลอดเลือดตีบซ้ำภายหลังการทำ PTCA สาเหตุจาก

1.การเปลี่ยนแปลงของไขมันในเลือดและการก่อตัวภายหลังการทำ PTCA (Smooth muscle cell proliferation กับ Extracellular matrix)

2.ขบวนการแข็งตัวของเลือด เกิดจากการที่หลอดเลือดได้รับอันตรายและเกิดกระบวนการหายของแผล(Potential regulators of healing process) เช่น การทำงานของเกร็ดเลือด platelets และ Thombotic Process เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทันทีหลังทำ PTCA

3.ฮอร์โมนจากบทบาทของ Renin - angiotensin aldosterrone และ Angiotensin II ก่อให้เกิด SMC proliferation ได้

4.สาเหตุจากการทำ PTCA ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของเลือด เนื่องจากInternal elastic lamina รวมทั้งเกิด neotimal preliteration และ endothelial regeneration เกิดการเปลี่ยนแปลงของขนาดช่องว่างของหลอดเลือด (Lumen size) ภายหลังการทำ PTCA ตามหลักของการเปลี่ยนแปลงที่พบว่าเกิดในการทำ PTCA โดยเฉพาะ Vascular Remodeling จากกลไกการเกิดหลอดเลือดตีบซ้ำ

เฟอกูสันและวิลสัน (Ferguson; & Wilson. 1994 : 3 - 9) ทำการศึกษาติดตามผลการรักษาด้วย PTCA พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเกิดปัญหาหลอดเลือดตีบซ้ำแม้ว่า จะมีการรักษาแบบป้องกัน เช่น การใส่ขดลวดโครงตาข่าย (Stent) หรือการให้ยาพร้อมด้วยก็ตาม การติดตามผลการรักษาร่วมกับการวิเคราะห์สมรรถภาพหัวใจด้วยการทำ Exercise stress test พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดหลอดเลือดตีบซ้ำภายหลังการทำ PTCA เกิดจากสาเหตุร่วม 3 ประการดังนี้

1. ลักษณะของพยาธิสภาพที่เหลือภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจแล้ว

2. ตำแหน่งที่ทำการขยาย เช่น หลอดเลือดแดงใหญ่ด้านซ้าย

3. ลักษณะเฉพาะของบุคคล เช่น การมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน อาการเจ็บหน้าอกที่ไม่แน่นอน (Unstable Angina) เพศ การสูบบุหรี่ รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงจากอิทธิพลต่างๆ ที่พบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ภายหลังการทำ PTCA เช่น ระดับไขมันในเลือดมีความสำคัญมากถ้าเปรียบเทียบกับอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ นั่นคือ หากระดับไขมันในเลือดสูง โอกาสที่เกิดหลอดเลือดตีบซ้ำสูงถึง 3 เท่าและความดันโลหิตสูงคิดเป็น 2 เท่า และถ้ามีระดับไขมันในเลือดสูงร่วมกับความดันโลหิตสูงโอกาสที่จะเกิดการตีบซ้ำได้สูงถึง 4 เท่า และในรายที่มีความผิดปกติในขณะที่ทำ PTCA เช่น

เกิดการฉีกขาดหรือมีรอยเขາของหลอดเลือด (Dissection) การใช้ขนาดของบอลูนที่มากกว่า หรือ น้อยกว่า ๗0 - 115 มิลลิเมตร / พรอท หรือผลการขยายขยายหลอดเลือดได้ผลน้อยกว่าร้อยละ 90 ของขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดที่ตีบ

ดังนั้นจะเห็นว่าการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ถือได้ว่าเป็นการรักษาที่ได้ผลดีและมีความปลอดภัยสูงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ถึงแม้ว่าการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจจะเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่ภายหลังการรักษาแล้วการตีบซ้ำหลังการรักษาก็ยังมีโอกาสเกิดได้สูงถึงร้อยละ 30 - 40 ดังนั้นการรักษาเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเมื่อได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแล้วผู้ป่วยจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองในการดูแลเอาใจใส่ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันและถ่วงหน่วงหัวใจซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดให้คงทนและปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพตลอดไปนั้น สามารถปฏิบัติได้ดังนี้

1. รักษาสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์อยู่อย่างสม่ำเสมอโดยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เพราะการที่ร่างกายมีโรคภัยไข้เจ็บอื่นๆ มักเป็นการเพิ่มภาระแก่หัวใจและอาจทำให้เกิดการตีบของหลอดเลือดหัวใจได้ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยต้องรีบรักษาให้หาย

2. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกซึ่งเป็นอาการที่บ่งบอกว่ามีอาการตีบของหลอดเลือดหัวใจควรรีบปรึกษาแพทย์เพราะหลอดเลือดหัวใจตีบนั่นทราบได้จากการตรวจโดยละเอียดจากแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด

3. รักษาน้ำหนักตัวให้เหมาะสมโดยการควบคุมปริมาณอาหารรับประทานอาหารให้พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย

4. รับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการเพื่อป้องกันการตีบของหลอดเลือดหัวใจ

ดังนี้

4.1 อาหารควรมีรสอ่อนนุ่ม ไม่แข็ง เคี้ยวง่าย ย่อยง่ายรับประทานครั้งละน้อย วันละ 5 - 6 มื้อ

4.2 ผักตระกูลกระหล่ำปลี ผักกาด หัวหอม หรือถั่ว ไม่ควรรับประทานมากนัก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยบางคนอึดอัดได้ง่าย เนื่องจากทำให้เกิดก๊าซหรือลมในท้อง

4.3 ควรเป็นอาหารที่ช่วยป้องกันหรือบรรเทาอาการบวมได้ เนื่องจากอาหารที่มีเกลือมากจะทำให้เกิดการสะสมของน้ำตามส่วนต่างๆของร่างกายและเกิดการบวมขึ้น โดยทั่วไปจะเน้นพวกเนื้อสัตว์ และผลิตผลจากสัตว์ เช่น นม ไข่ เนยแข็ง และอาหารทะเลจะมีเกลือมาก ส่วนหัวพืช

แครอท ขึ้นฉ่าย คื่นช่าย มีเกลือมากกว่าผักอื่นๆ รวมทั้งการประกอบอาหาร ไม่ควรใช้เกลือ น้ำปลา ผงชูรส หรือซอสอื่นๆ ในการปรุงอาหารมากนัก อาจใช้มะนาวหรือผลไม้อื่นๆ ในการชูรสอาหารแทน

4.4 ควรรับประทานอาหารจำพวกถั่วเมล็ดแห้ง เช่น ถั่วเหลือง ถั่วเขียว แทน เพราะอาหารจำพวกนี้มีโปรตีนคุณภาพดีเทียบเนื้อสัตว์ แต่มีเกลือน้อยกว่า และมีโคเรสเตอรอล

5.ออกกำลังกายตามความเหมาะสม และ สม่ำเสมอ การออกกำลังกายให้ผลดีกับร่างกายหลายอย่างโดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้หัวใจแข็งแรงและยืนยาวแต่ไม่ควรหักโหมจนเกินกำลัง หรือผู้ที่มิโรคประจำตัวอื่นควรปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย

6.ปรึกษาหรือขอคำแนะนำจากแพทย์ในเรื่องการออกกำลังกาย และ เรื่องการมีเพศสัมพันธ์

7.งดการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มที่กระตุ้นหัวใจ เช่น เบียร์ เหล้า กาแฟ และน้ำชา

8.พักผ่อนให้เพียงพอและฝึกฝนตนเองให้มีความสงบ หรือ รู้จักผ่อนคลายอารมณ์ ไม่ให้หมกมุ่น หรือเคร่งเครียดจนเกินไป

9.ฝึกหายใจยาวๆ เพื่อช่วยหากแน่นหน้าอกหรือหายใจไม่ออกโดยการหายใจเข้าลึกๆหรือให้เต็มปอด แล้วหายใจออกให้หมดปอดเช่นเดียวกัน

10.ตรวจหาระดับไขมันในเลือดเป็นครั้งคราวเพราะโรคนี้จะแสดงอาการต่อเมื่อมีไขมันในเลือดสูงเป็นเวลานานและเส้นเลือดตีบแล้วประมาณร้อยละ 60

11.ผู้มีความดันโลหิตสูง ควรหมั่นปรึกษาแพทย์และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

12.เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกควรอยู่นิ่งและพักผ่อนทันทีหากมีอาการเจ็บหายไป ควรรีบปรึกษาแพทย์หากมีอาการแสบร้อนเช่นมีอาการหัวใจวายเฉียบพลันผู้ที่พบเห็นหรือผู้ที่ปฐมพยาบาลรีบตามแพทย์ทันทีระหว่างที่รอแพทย์ไม่ควรเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ควรจัดให้ผู้ป่วยนั่งพิงทำศีรษะสูงไม่ควรนอนราบและอาจห่มผ้าให้อบอุ่นได้ หากผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวายควรปลอบโยนให้หายกังวล

พฤติกรรมการป้องกันโรค

แฮริส และกูเต็น (Harris; & Guten. 1979 : 17-29) ให้ความหมายของพฤติกรรมอนามัย การป้องกันโรคว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเพื่อสุขภาพ(Health Protective Behavior) หมายถึง การกระทำใด ๆ ของบุคคลที่กระทำเป็นประจำ และ สม่ำเสมอโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีสุขภาพดี เช่น การนอนหลับ การพักผ่อนการออกกำลังกาย สุขวิทยาส่วนบุคคล ซึ่งเป็นการกระทำที่มีความสำคัญในการป้องกันโรคเป็นต้น จะเห็นว่าพฤติกรรมอนามัยดังกล่าวมีความหมายหลายแง่มุมทั้งในด้านป้องกันไม่ให้เกิดเป็นโรคและการรักษาหรือดูแลสุขภาพบุคคลให้ดีตลอดไป

คาสล์ และ คอบบ์ (Kasl; & Cobb. 1996 : 246) ให้ความหมาย พฤติกรรมการป้องกันโรคว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดีและไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อนโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

สตีล และ แมคบูม (Stell; & Mc Boom. 1972 : 382 - 392) ให้ความหมาย พฤติกรรมการป้องกันโรคไว้ว่า เป็นพฤติกรรมอนามัยที่เกี่ยวข้องกับการดำรงรักษาสุขภาพด้วยจุดประสงค์เพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 97) ให้ความหมาย พฤติกรรมอนามัย หรือ พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่วไปแต่เน้นเฉพาะเรื่องสุขภาพเท่านั้น เช่น การปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกาย ได้แก่ การอาบน้ำ แปรงฟัน เป็นต้น การที่จะศึกษาหรือให้ความหมายของพฤติกรรมอนามัยให้สมบูรณ์นั้นจะเกี่ยวข้องกับ แนวคิดเกี่ยวกับโรคและการเกิดโรคหรือภาวะที่ร่างกายไม่สมบูรณ์ ซึ่งกระบวนการของการเกิดโรคของร่างกายนั้น จะมีสาเหตุจากตัวบุคคล สิ่งแวดล้อมที่อานวย ตัวเชื้อโรค สาเหตุจากตัวบุคคล คือ พฤติกรรมของบุคคลนั่นเอง เมื่อกล่าวถึง พฤติกรรมอนามัยมักรวมถึง พฤติกรรมป้องกันโรค และ พฤติกรรมการเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามความเชื่อ ประสบการณ์ ความรู้ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ อีกมาก

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2534 : 86) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรค คือ การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้แก่การออกกำลังกายการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัย เมื่อขับขี่ยานยนต์ เป็นต้น

มัลลิกา มัตติโก (2534 : 11 - 12) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นการดูแลตนเองในภาวะปกติ เป็นการ ดูแลตนเองเพื่อให้สุขภาพของตนเองและครอบครัวมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงโดยเป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่สุขภาพแข็งแรงมี 2 ลักษณะด้วยกันคือ

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะช่วยรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงอันตรายต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่สูบบุหรี่ การกินวิตามินต่างๆ การตรวจสุขภาพฟันทุก 6 เดือนซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นพฤติกรรมของประชาชนกระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

2. การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย หรือโรคต่างโดยแบ่งการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ ดังนี้ การป้องกันการเกิดโรค (Primary prevention) การป้องกันการดำเนินของโรค(Secondary prevention) และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค (Tertiary prevention)

สุภาณดา หนูรักษ์ (2546 : 25) ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคว่า เป็นการกระทำใดๆของบุคคลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ป้องกันการเกิดโรค ป้องกันการดำเนินโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง

ดังนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นการกระทำใดๆในการดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพอนามัยของบุคคลเพื่อป้องกันการเกิดโรค ในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง และ กระทำเพื่อป้องกันการดำเนินโรคมิให้เกิดการดำเนินเร็วขึ้น พร้อมทั้งป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคในผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคจะแตกต่างกันไปตามความเชื่อส่วนบุคคล ประสบการณ์ ความรู้และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีปัจจัยต่างหลาย

ประการประกอบกัน และ เบคเกอร์ (Becker. 1974 : 88) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคจะเกิดขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการด้วยกัน ดังนี้

1. การรับรู้ของบุคคล ถือว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานจะมีผลโดยตรงต่อความพร้อมที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และ ภาวะแทรกซ้อน รับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน
2. ปัจจัยร่วม จะมีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร และ ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ฐานะทางสังคม
3. ปัจจัยที่มีผลต่อความน่าจะเป็นที่จะกระทำหรือสิ่งชักนำให้ปฏิบัติซึ่งจะมีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ความรู้ที่ได้จากสื่อสารมวลชน แรงสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง

เพนเดอร์(Pender. 1987 : 58) กล่าวว่าไว้ว่าบุคคลจะมีสุขภาพอนามัยดีต้องมีความสมบูรณ์ ความแข็งแรงของร่างกายและจิตใจซึ่งจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเอง และการปกป้องตนเองจากการเกิดโรครูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ และ ป้องกันโรคของเพนเดอร์จะมีปัจจัยที่มีผลกระทบในการปฏิบัติพฤติกรรม คือ ปัจจัยด้านการนึกคิดและการรับรู้ (Cognitive - perceptual factors) แบ่งเป็นการรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมตน การรับรู้ความสามารถของตนเอง รับรู้ความหมายของสุขภาพ รับรู้ภาวะของร่างกาย ประโยชน์ในการปฏิบัติ พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ในอุปสรรคต่างๆ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยร่วม(Modifying factors) ซึ่งประกอบด้วยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา รายได้ ขนบธรรมเนียมประเพณีและด้านชีววิทยา

ดังนั้นปัจจัยที่มีอิทธิพลพฤติกรรมการป้องกันโรคมีหลายปัจจัยประกอบกันซึ่งได้แก่ การรับรู้ และการนึกคิดของบุคคลร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อนฝูง และปัจจัยด้านประชากรหรือลักษณะส่วนบุคคล

พฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ

เนื่องจากสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของแต่ละบุคคล มีความแตกต่างกันกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงกับสาเหตุของการเกิดโรค แม้จะได้รับการรักษาแก้ไขหลอดเลือดหัวใจที่ตีบไปแล้ว แต่โอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำก็ยังคงอยู่ โดยมีปัจจัยเสี่ยงเช่นเดียวกันกับการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัว และ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย บุคลิกภาพแบบเอและความเครียด อุบัติการณ์และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบขึ้นอยู่กับจำนวนปัจจัยเสี่ยง และ ระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงกับอายุ เช่น ในคนที่สูบบุหรี่และไม่เป็นความดันโลหิตสูงร่วมด้วย มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนที่สูบบุหรี่แต่ไม่เป็นความดันโลหิตสูงถึง 2 เท่าในระดับอายุเดียวกัน และ คนที่สูงอายุและมีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ร่วมด้วยจะมีโอกาสเกิดโรคนี้เพิ่มขึ้น แต่โรคนี้อาจเกิดกับบุคคลทั่วไปที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคเลยก็ได้ จากการศึกษาของ คาร์ลสัน, บอร์น, และเมอร์ฟี (Carlson; Braun; & Murphy. 1996 : 258) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบส่วนมากจะเกิดในผู้สูงอายุ เพศชายมีอุบัติการณ์ของโรคนี้สูงกว่าเพศหญิง ในกลุ่มอายุ 65 - 80 ปีเพศชายจะมีอัตราการตายมากกว่าเพศหญิง แต่ในกลุ่มที่อายุมากกว่า 80 ปีเพศหญิงจะมีอัตราการตายสูงกว่าเพศชาย อีกทั้งยังพบว่าเพศชายมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง ในเพศหญิงที่อายุ 55 ปีมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้นเป็น 10 เท่าของคนปกติแต่จะมีความเสี่ยงน้อยกว่าเพศชาย และ บุคคลที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จะมีปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนปกติ ความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นถ้ามีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การสูบบุหรี่ ความอ้วน ไขมันในเลือดสูง (Woods; et al. 1995 : 208) พบว่าคนที่มียระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรจะมีอุบัติการณ์และอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มมากขึ้น และในผู้ชายวัยกลางคนที่มียระดับโคเลสเตอรอลสูงในระยะแรกจะพบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสูง การลดระดับ Total cholesterol และ LDL - Cholesterol จะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้สูงอายุ และ คนที่มีโคเลสเตอรอลสูงในระดับปานกลาง (Carlson; Braun; & Murphy. 1996 : 260 - 261) ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและพบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าคนที่มีความดันโลหิตปกติ 3 - 4

เท่า (Woods; et al. 1995 : 203) และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอีกปัจจัยหนึ่งคือการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นโดยความรุนแรงจะเพิ่มตามจำนวนที่สูบ ระยะเวลาที่สูบ และ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่พบว่าเพศชายที่อายุ 60 ปีขึ้นไปและสูบบุหรี่ จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าเพศหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ 4 เท่า การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีคนสูบบุหรี่จะช่วยเพิ่มปัจจัยเสี่ยงของโรคมากขึ้น และ เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยทั้งชายและหญิงมีอัตราการตายเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 30 (Woods; et al. 1995 : 184) ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงให้หลอดเลือดหัวใจตีบสูงเนื่องจาก เบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทั้งในเพศหญิงและเพศชาย ในผู้ชายที่เป็นเบาหวานจะมีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสูงกว่าผู้หญิงที่เป็นเบาหวาน 2 เท่า และในคนที่เป็นโรคเบาหวานมีอุบัติการณ์ของโรคหัวใจตีบมากกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวาน 5 - 7 เท่า และ ผู้ชายที่เป็นเบาหวานมีอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าผู้หญิงที่เป็นเบาหวาน 2 เท่า ในส่วนของผู้ที่น้ำหนักมากกว่าปกติหรือที่เป็นโรคอ้วนหัวใจจะทำงานมากขึ้น และ พบว่าคนอ้วนจะมีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนที่ไม่อ้วนประมาณ ร้อยละ 8 - 36 (ไพบูลย์ ไล่สุนทร. 2538 : 268) ปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือดหัวใจตีบมีความสัมพันธ์ทางตรงกับความอ้วนอีกทั้งยังพบว่าผู้ชายที่มีอายุต่ำกว่า 50 ปีที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 30 จะมีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และ กล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าคนที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 10 ถึง 2 เท่า และมักจะพบว่าคนอ้วนมักจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย บุคคลที่ขาดการออกกำลังกายเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มมากขึ้นและคนที่ขาดการออกกำลังกายมักมีความดันโลหิตสูง และมีไขมันในเลือดสูงขึ้นเป็น 2 เท่าของคนที่ยออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความดันโลหิต ลดน้ำหนัก และ ลดระดับไขมันในเลือดได้ การเพิ่มการออกกำลังกายในทุกวัยรวมทั้งผู้สูงอายุ จะทำให้มีความทนต่อการออกกำลังกายมากขึ้น และ เชื่อว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยเพิ่มระดับ HDL - Cholesterol ให้สูงขึ้น และ ช่วยลดระดับ LDL - Cholesterol ลดความดันโลหิต ลดระดับน้ำตาลในเลือด และ ลดการเกาะกันของเกร็ดเลือดซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งต้น(Woods; et al. 1995 : 205 - 216) และปัจจัยที่สำคัญ และ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คือ ความเครียดและการมีบุคลิกภาพแบบเอ ซึ่งบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอจะมีลักษณะเป็นคนเอาใจจริงเอาจัง มีความเคร่งเครียดและฉุนเฉียวง่าย ทะเยอทะยาน ชอบแข่งขันเอาชนะ ชอบมกมุ่นอยู่กับการทำงานที่เร่งรีบ ดังนั้นบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอจึงเป็นบุคคลที่มีภาวะเครียดเรื้อรังที่มีอันตรายต่อสุขภาพ ทำให้ร่างกายหลั่งแคทีโคลามีน (Catecholamine) กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและแรงขึ้น หลอดเลือดหดตัว หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นมีการเกาะของเกร็ดเลือดมากขึ้น ความดัน

โลหิตสูงขึ้น ระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญในการเร่งกระบวนการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบ (Friedman; & Rosenman. 1984 : 237 - 248) ในปี 1976 เจนกินส์ได้รวบรวมผลการศึกษเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของรูปแบบของพฤติกรรมและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จากการศึกษาทั้งหมด 24 รายงาน พบว่า 21 รายงาน มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพแบบเอกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (ไพบูลย์ โล่สุนทร. 2538 : 270) และ จากการศึกษาใน เฮลซิงกิ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่รอดชีวิตหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย 279 คน และที่ตายไป 226 คน พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตก่อนเกิดโรคหรือก่อนตาย ซึ่งแสดงว่า ผลของความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและในทำนองเดียวกัน ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีบุคลิกภาพแบบเอที่รอดชีวิตเมื่อได้รับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดความเอาใจจริง เอาใจ การแข่งขัน การเร่งรีบลง พบอัตราการเกิดโรคหัวใจตายช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ปรับพฤติกรรม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537: 102)

จากสาเหตุของการเกิดโรคของผู้ป่วยแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ซึ่งเกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ดังที่กล่าวข้างต้น สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ทำการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแล้ว แม้จะได้รับการรักษาด้วยการรักษาที่ดีมีประสิทธิภาพสูงหากแต่ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจอยู่ และ หลอดเลือดหัวใจสามารถตีบซ้ำได้รวมทั้งการดำเนินของโรคอาจเลวร้ายเพิ่มมากขึ้น การมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จึงมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ซึ่งพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมใดๆของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการตรวจสุขภาพ สำหรับการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษา พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือด แต่จากการรวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีเพียงการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งเป็นการปฏิบัติกิจกรรมในด้านต่างๆดังนี้

การบริโภคอาหาร อาหารและโภชนาการมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล ดังนั้นอาหารที่รับประทานต้องปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการเพื่อป้องกันโรคขาดสารอาหารและโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับอาหารการกินที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายหลักทางโภชนาการนี้ ทุกคนต้องแสวงหาความรู้ทางโภชนาการที่ถูกต้องและสามารถนำความรู้ที่ได้นำมาปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบจัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับอาหาร เพราะปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบถึง 4 ชนิด ที่มีสาเหตุจากการรับประทานอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการทำให้เกิดภาวะความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง และ โรคเบาหวาน ดังนั้นการรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการจึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการป้องกันและบำบัดปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ซึ่งย่อมมีผลต่อการลดอัตราการตาย และ อัตราความพิการจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในปัจจุบันการซื้ออาหารสำเร็จรูปหรือบริโภคอาหารนอกบ้านพบเห็นได้บ่อยขึ้น นอกจากนั้นพบว่าคนส่วนใหญ่นิยมการซื้ออาหารสำเร็จรูปและอาหารจานด่วนมากขึ้น (Fast food) อาหารเหล่านี้ประกอบด้วยไขมัน โคเลสเตอรอล และ โซเดียมสูง กากใยน้อย (วิชัย ตันไพจิตร. 2540 : 38) การรับประทานอาหารที่มีไขมันและโปรตีนมากแต่มีใยอาหารน้อย จะทำให้ร่างกายได้รับประมาณ โลโปโปรตีน (LDL) มากเกินไปทำให้เกิดการจับเกาะของไขมันที่หลอดเลือดมากขึ้น นั่นคือหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังคงติดอยู่กับการบริโภคอาหารที่ติดรส ติดอ้อย หวาน มัน เค็ม หรือปรุงและจัดอาหารที่มุ่งตอบสนองความต้องการของตนเองมากกว่าสุขภาพ โดยเฉพาะการรับประทานอาหารมื้อเย็น ซึ่งเป็นอาหารมื้อใหญ่ของคนไทย ทำให้ผู้บริโภคเกิดภาวะอ้วนได้ง่าย จึงกล่าวได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ไม่มีความรู้ ความเข้าใจ ความตั้งใจจริง หรือการช่วยเหลือและเข้าใจจากสมาชิกในครอบครัวแล้ว จะไม่สามารถปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคให้มีความเหมาะสมได้

ปริมาณอาหารที่จะได้รับในแต่ละวันถ้ามากกว่าความต้องการของร่างกาย ก็จะไปสะสมส่วนต่างๆของร่างกายทำให้มีน้ำหนักเกิน และ ถ้าเป็นไขมันชนิดอิ่มตัว จะมีผลให้ระดับโคเลสเตอรอลสูงขึ้น โดยทั่วไปร่างกายต้องการพลังงานวันละ 2,000 - 2,800 แคลอรีต่อวัน (สมทรง สวัสดิ์จุ่น; และคนอื่นๆ. 2534 : 34 - 35) จากการศึกษาของ วินัส ลิฟท์กุล (วินัส ลิฟท์กุล. 2539 : 39 - 47)เกี่ยวกับอาหารไทยบางชนิดและอาหารจานด่วน (Fast food) ของชาวตะวันตกที่มีพลังงานและโคเลสเตอรอลสูง และปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารบางชนิด ซึ่งวินัส ลิฟท์กุล ได้นำเอารายการอาหารเหล่านี้ไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์และข้อมูลอ้างอิง เพื่อใช้ในการแปลผลการให้คะแนนของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร โดยมีข้อสรุปของการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร(วีรณัฐ ไตรรัตนโนภาส. 2545 : 37) ดังนี้

1. รับประทานอาหารแต่ละมื้อในปริมาณที่เหมาะสม
2. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารโดยการ ผัด ควรใช้การต้ม นึ่ง หรือ ย่าง
3. หลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันประเภทไขมันอิ่มตัวในการประกอบอาหาร
4. หลีกเลี่ยงการนำเนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ มันหมู มันกุ้ง มาใช้ในการประกอบอาหาร
5. ไข่เป็นอาหารที่มีประโยชน์ เนื่องจากมีโปรตีนสูงแต่มีโคเลสเตอรอลจำนวน 1,480 มก. / 100 กรัม จึงควรรับประทานไม่เกิน 3 ฟอง / สัปดาห์ (วิชัย ตันไพจิตร. 2540 : 98)

6. ควรรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (Complex carbohydrate) ได้แก่ ข้าวต่างๆ มากกว่ารับประทานน้ำตาล (ศุวรินทร์ หันกิตติกุล. 2539 : 27)

7. หลีกเลี่ยงการใช้เกลือในการประกอบอาหาร เพราะโดยทั่วไปปริมาณเกลือที่ร่างกายได้รับในแต่ละวัน 2 ใน 3 เป็นเกลือในอาหารธรรมชาติอยู่แล้วจึงอาจใช้ ผัก ผลไม้และเครื่องเทศใส่แทนเกลือ (สุดา วิไลเลิศ. 2536 : 13)

8. หลีกเลี่ยงการรับประทานของขบเคี้ยว ขนมหวาน หรือผลไม้ที่มีรสหวานมาก

การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย มีส่วนช่วยในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การเพิ่มการออกกำลังกายในทุกวัย จะทำให้มีความทนต่อการออกแรงมากขึ้น ลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ และเชื่อว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยเพิ่มระดับ HDL - Cholesterol ให้สูงขึ้น และช่วยลดระดับ LDL - Cholesterol ลดความดันโลหิต ลดระดับน้ำตาลในเลือดและลดการเกาะกันของเกร็ดเลือด จากการศึกษาระบาดวิทยาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าคนที่ออกกำลังกายเบาๆหรือมีการใช้พลังงาน 2,000 แคลอรีต่อวันกับผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายเลย โอกาสการเกิด Heart attack เท่ากันและเสี่ยงต่อการตีบของหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 65 ของคนที่ใช้พลังงานมากกว่าวันละ 2000 แคลอรี(กนกพร วิสุทธิกุล. 2539 : 20) และจากการศึกษาของ แพฟเฟินบาร์เกอร์ และคณะ(Paffenbarger; et al. 1987 : 108 -161) พบว่าผู้ที่ออกกำลังกายทุกวัน อัตราเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดตีบต่ำกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย และ ในกลุ่มคนที่เคยออกกำลังกายมาก่อนแต่ต่อมาหยุดการออกกำลังกาย พบว่า ไม่มีผลต่อการลดอุบัติการณ์การตีบของหลอดเลือดหัวใจได้ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ต้องใช้ออกซิเจนในการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายด้วยความเร็วในจังหวะที่สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นการกระตุ้นการทำงานของปอดและหัวใจอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจจะต้องเพิ่มขึ้นจนถึงอัตราที่เป็นเป้าหมาย คือ ร้อยละ 65 - 80 ของอัตราการเต้นของหัวใจจะต้องเพิ่มขึ้น จนถึงอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจโดยคำนวณได้จากสูตร

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

การออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะต้องออกกำลังกายที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลาประมาณ 20 - 40 นาที เป็นประจำทุกวัน หรือ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ถึง 4 ครั้งต่อสัปดาห์โดยปกติทั่วไปร่างกายต้องใช้เวลาในการทำการกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ซึ่งมีรายละเอียดของปริมาณพลังงาน ที่ถูกเผาผลาญในกิจกรรมต่างๆ ดังตาราง 1

ตาราง 1 ปริมาณพลังงาน ที่ถูกเผาผลาญในกิจกรรมต่างๆ

กิจกรรม	แคลอรีต่อกิโลกรัม ต่อชั่วโมง	กิจกรรม	แคลอรีต่อกิโลกรัม ต่อชั่วโมง
เดินขึ้น- ลงบันได 15 ขั้น	0.012	เดินรำจังหวะพอควร	3.8
นั่ง	0.4	เล่นปิงปอง	4.4
ยืนทำงาน ยืนตามสบาย	0.6	เล่นเทนนิส	5
ขับรถยนต์	0.9	เดินแอโรบิค	7.0
รีดผ้า ล้างชาม	1.0	วิ่ง	7.0
ล้างพื้นห้อง	1.2	ขี่จักรยานเร็วมาก	7.6
ซักผ้า	1.3	ว่ายน้ำ(ช้าละ 2 ไมล์)	7.9
กวาดพื้น	1.4	เดินเร็วมาก(ชั่วโมงละ 5.3 ไมล์)	8.3
เล่นกอล์ฟ	1.5	เล่นสกี	10.3
เดินช้าๆ (ชั่วโมงละ 3 ไมล์)	2.0	ต่อยมวย	11.4
ขี่จักรยาน (ความเร็วพอควร)	2.5	กระเชียงเรือแข่ง	16.0
เดินเร็ว (ชั่วโมงละ 4 ไมล์)	3.4		

ที่มา : เสาวณี จักรพิทักษ์. (2532). ความต้องการและการใช้จ่ายพลังงานในร่างกาย. 125 - 126

การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอนำไปสู่การตีบของหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้น ในการป้องกันและลดอัตราการเกิดการตีบของหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจึงควรมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์แต่ไม่ควรหักโหมจนเกินกำลัง และ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย(ตริณาช โกวิทเจริญตระกูล. 2542 : 20) หลักของการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (บรรลุ ศิริพานิช. 2531: 130) ซึ่งมีหลักสำคัญดังนี้

1. ผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน ควรจะเริ่มการออกกำลังกายด้วยท่าที่ง่ายและเบาๆก่อน ในวันถัดไปค่อยเพิ่มความหนักของการออกกำลังกายนั้น ให้มากขึ้นทีละน้อยๆตามลำดับขั้นนี้เพื่อช่วยให้ร่างกายได้มีโอกาสปรับตัวได้

2. ถ้าหากว่าออกกำลังกายแล้ว ทำให้มีอาการผิดปกติอย่างหนึ่งอย่างใดเกิดขึ้นเช่น เวียนศีรษะ ใจสั่น เจ็บหน้าอก หอบมากผิดปกติ ควรหยุดการออกกำลังกายนั้นทันทีและควรปรึกษาแพทย์

3. ควรออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และเพื่อสนุกสนานเป็นสำคัญมากกว่าเพื่อแข่งขัน
4. เลือกกิจกรรมที่ตนเองรัก มีความถนัด ความชอบ และง่าย สามารถที่จะออกกำลังกายได้ทุกวัน โดยไม่เบื่อหน่ายและเสียเวลามาก เช่น กิจกรรมที่สามารถออกกำลังกายได้ในบริเวณบ้าน วันละ 20 - 30 นาที
5. การออกกำลังกายทุกครั้ง ควรปล่อยให้ใจมีความสนุกสนานในกิจกรรมนั้น ๆ ไปด้วย ควรหลีกเลี่ยงการเอาความเคร่งเครียดจากการทำงานเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย
6. การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรให้รู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ เช่น เหงื่อออก อัตราการเต้นของชีพจรเร็วกว่าปกติ อัตราการหายใจเร็วกว่าปกติ
7. ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และไม่ค่อยได้ออกกำลังกายมาก่อน ควรจะได้ปรึกษาแพทย์ก่อนการออกกำลังกายที่หนักๆ
8. การออกกำลังกายที่มีเครื่องผ่อนแรง ช่วย ดึง ดัน สัน บิด หรืออย่างหนึ่งอย่างใด อาจจะมีประโยชน์น้อยกว่า ทั้งนี้ก็เพราะความมุ่งหมายหลักของการออกกำลังกาย ก็คือ เพื่อให้ร่างกายได้มีโอกาสใช้แรงงาน มิฉะนั้น การออกกำลังกายนั้นก็เสียเวลาเปล่า
9. นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ รับประทานอาหารที่ได้สัดส่วนตลอดจนการหลีกเลี่ยงเครื่องดองของเมาต่างๆควรจะได้มีควบคู่กันไปกับการออกกำลังกายด้วย ผลที่มีต่อสุขภาพจึงจะเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์

การจัดการกับความเครียด ความเครียดเป็นคำที่ใช้กันอย่างกว้างในวงวิชาการทางจิตวิทยาสุขภาพ(Health Psychology) จิตวิทยาการแพทย์(Medical Psychology)และพฤติกรรมทางการแพทย์ (Behavioral Medicine) เพราะความเครียดเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเจ็บป่วยนักจิตวิทยาหลายท่านยอมรับว่าความเครียดถือเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญที่สุด ดังนั้นการจัดการกับความเครียด ถือเป็นการปฏิบัติที่ช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดช่วยให้พักผ่อนอย่างเพียงพอและมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้สมรรถภาพร่างกายที่เคยแข็งแรงลดลง และ การที่ต้องเข้าออกโรงพยาบาลอยู่บ่อยๆ เนื่องจากอาการของโรคไม่แน่นอนพร้อมกับมีกิจกรรมหลายอย่างที่ถูกจำกัดผลของปัญหาเหล่านี้จะกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยก่อให้เกิดความตึงเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางตรงคือความเครียดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้มีการหลั่งอิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไตส่วนในทำให้หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวแรงขึ้น หลอดเลือดหัวใจหดตัว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือผลทางอ้อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมที่อันตรายเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

คนทุกคนมีปัญหา และ ความเครียดด้วยกันทั้งนั้นขึ้นอยู่กับว่าคุณคิดจะจัดการกับปัญหานั้นอย่างไร หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่สามารถยอมรับกับปัญหา และความเครียดที่เกิดขึ้นหรือมีวิธีจัดการความเครียดไม่เหมาะสม เช่น การเก็บซ่อนความรู้สึกไว้ไม่แสดงอารมณ์ ความเกรงใจไม่กล้าแสดงออกสอบถามอาการป่วยของตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ไม่ทราบว่าตนมีความรุนแรงของโรคขั้นไหน รวมทั้งการแสดงอารมณ์รุนแรงโมโหหรือโกรธเคืองกับสภาพร่างกายของตนเองความเครียดนั้นก็สะสมอยู่ภายในทำให้เกิดผลเสีย ต่อภาวะสุขภาพได้ ดังนั้นการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม จึงเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยหลอดเลือดตีบ ผู้ป่วยที่เผชิญกับความเครียดได้ดีจะมีสุขภาพที่ดี โดยต้องรู้จักเลือกวิธีการจัดการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 109)

1. การมุ่งแก้ปัญหา(Problem focused coping) เป็นการเผชิญความเครียด โดยการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ให้สถานการณ์ดีขึ้นรู้จักจัดการกับแหล่งความเครียดหรือจัดการกับตนเองโดยมุ่งแก้ปัญหา

2. การจัดการกับอารมณ์ (Emotional focused coping) เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานกรรม นั่นคือต้องรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก เพื่อสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการจัดการกับความเครียดสามารถกระทำได้ 3 ด้านดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 113)

1. การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรู้จักบริหารเวลา รับประทานอาหารที่เหมาะสม รู้จักออกกำลังกาย รู้จักหาทางออกเมื่อเผชิญปัญหาต่างๆตราบใดที่ ดีมีสุรา รู้จักสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เพื่อพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

2. ปรับบุคลิกภาพและการรับรู้ของตนเอง เช่น การยืนยันความคิดที่ถูกต้อง รู้จักมองและประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง โดยไม่ทำให้เหตุการณ์ปกติกลายเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การเป็นผู้ที่เอาจริงเอาจังเกินไป

3. เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่างๆ เช่น วิธีการผ่อนคลาย (Relaxation) การทำสมาธิ (Meditation) การฝึกหายใจ การใช้จิตควบคุมการตอบสนองทางกาย (Biofeedback) และการควบคุมร่างกายตนเองให้ผ่อนคลาย (Autogenic training) ซึ่งเป็นวิธีการผ่อนคลายที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งสำหรับการการคลายเครียด

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ ได้เสนอเทคนิคการจัดการความเครียด (ไพโรจน์ พรหมพันธุ์. 2540 : 47 - 48 ; อ้างอิงจาก ชูศักดิ์ เวชแพศย์. 2532.) ดังนี้

1.การผ่อนคลาย (Relaxation) เป็นการทำให้ระดับความตึงของอารมณ์ลดต่ำลงที่สุดเท่าที่ทำได้ขณะทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง การผ่อนคลายเป็นการกำจัดความตึงของอารมณ์ ที่ไม่จำเป็นออกไปแต่ไม่ได้หมายความว่า การไม่มีการใช้พลังงานการไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆซึ่งแบ่งได้ดังนี้

1.1 การผ่อนคลาย ใช้พลังงานน้อย (Hypometabolic relaxation,HMR) เป็นสภาพของการผ่อนคลายทางจิตและร่างกายเป็นอย่างมาก อัตราชีพจรอยู่ในระดับปกติ ขณะพักการหายใจช้าลง การใช้พลังงานน้อยและสภาพจิตใจอยู่ระดับต่ำ ดังนั้นผลที่เกิดขึ้นจึงเป็นการพักจึงมากกว่าการนอนหลับ วิธีการผ่อนคลายแบบนี้เรียกว่า “การเข้าญาณ” (Meditation ,HMR) มีเทคนิคการปฏิบัติ 4 ประการดังนี้

1.1.1 ต้องให้ร่างกายสงบและไม่ถูกรบกวน

1.1.2 ให้ร่างกายมีการทรงท่าที่ผ่อนคลาย

1.1.3 มีท่าที่ที่อ่อนโยนในช่วงที่เข้าญาณ หรือผ่อนคลาย

1.1.4 ควรมีจุดสนใจที่ใดที่หนึ่ง เช่น กล่าวคำใดคำหนึ่งในการหายใจครั้งหนึ่งๆ

1.2 การผ่อนคลายดัยนามิกส์ (Dynamic relaxation) หรือบางแห่งเรียกว่า การเข้าญาณด้วยการเคลื่อนไหว การผ่อนคลายดัยนามิกส์ เป็นสภาพของกิจกรรมที่เหมาะสมซึ่งทั้งร่างกายและจิตใจมีความว่องไวและมีสภาพที่ตื่นตัว แต่ขณะเดียวกันไม่มีความตึงทางอารมณ์ สามารถกระทำโดยการมุ่งความสนใจไปสิ่งหนึ่ง รับรู้สถานการณ์นั้นๆมุ่งความคิดที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆให้สัมฤทธิ์ผล โดยไม่มีความกลัว ความกระวนกระวายใจ ความโกรธหรือทุกข์ใดๆ เนื่องจากการผ่อนคลาย ดัยนามิกส์ สามารถทำกิจกรรมใดๆก็ได้ ดังนั้นการผ่อนคลายดัยนามิกส์ จึงต้องการทักษะมากกว่าการผ่อนคลายใช้พลังงานน้อย ซึ่ง การผ่อนคลายใช้พลังงานน้อยต้องการการปฏิบัติเพียงชั่วระยะเวลาอันสั้นในวันหนึ่งแต่การผ่อนคลายดัยนามิกส์ ต้องฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอจนมีทักษะ จึงสามารถนำไปใช้ในกิจกรรมต่างๆของชีวิตประจำวันได้ ผลของการผ่อนคลายไดนามิกส์นี้ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานการเคลื่อนไหวคล่องแคล่วขึ้น เพิ่มความสามารถทางความคิดและการสร้างสรรค์ตลอดจนการเพิ่มความสมดุลทางอารมณ์ ทำให้อารมณ์ดีขึ้น ดังนั้นการผ่อนคลายดัยนามิกส์จึงถือได้ว่าเป็นเทคนิคที่จะทำให้ชีวิตยืนยาวในสังคมทุกวันนี้

2.การป้อนกลับจากสิ่งที่มีชีวิตของมนุษย์ (Biofeedback) เป็นวิธีการเรียนรู้เพื่อที่จะควบคุมการตอบสนองของร่างกายและจิตใจโดยอาศัยเครื่องมือ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการป้อนกลับจากสิ่งมีชีวิตนี้ ทำหน้าที่คล้ายกับสมอง ต่างกันก็แต่เครื่องมือนี้จะทำหน้าที่ตรวจรับข้อมูลจากระบบร่างกายและจิตใจ จากนั้นเครื่องจะขยายข้อมูลให้มากขึ้น แล้วจึงส่งกลับเข้าสู่ร่างกาย เช่น ถ้ามีความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เครื่องที่ใช้สำหรับการป้อนกลับจากสิ่งที่มีชีวิต เรียกว่า อิเล็กโตรมัยโอกราฟ (Electromyograph , EMG) จะทำหน้าที่ส่งข้อมูลเกี่ยวกับความตึงของกล้ามเนื้อกลับเข้าไปสู่ร่างกาย

ให้สมองรับรู้การเปลี่ยนแปลง โดยการเปลี่ยนแปลงเป็นแสงสว่างเพื่อป้อนเข้าไปยังระบบการเห็นหรือระบบการได้ยิน เช่น กล้ามเนื้อหดตัวมากจะทำให้มีเสียงสูงการป้อนกลับจากสิ่งมีชีวิต เป็นวิธีการเรียนรู้ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงสภาพของร่างกายและจิตใจซึ่งเป็นอันตรายมากให้เป็นสภาพที่มีอันตรายน้อย อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างความรู้สึของการควบคุมร่างกายและจิตใจได้ด้วยตนเอง การป้อนกลับจากสิ่งมีชีวิตนี้เป็นการเชื่อมโยง ทางเทคโนโลยีเข้ากับระบบของร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ร่างกายสร้างสภาพที่ดีกว่ามีสุขภาพดีจะเป็นการช่วยรักษาร่างกายด้วย

3. ความเครียดที่พอเหมาะความเครียดที่เป็นประโยชน์หรือผลทางด้านการรักษา เรียกว่า ความเครียดที่พอเหมาะ (Eustress) ซึ่งเป็นความเครียดที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพมนุษย์ทุกคนคงเคยมีประสบการณ์หลายครั้งว่ารู้สึกชอบแม้จะอยู่ในสภาพที่มีความเครียดมากในกิจกรรมต่างๆ เช่น การเต้นรำ การร้องเพลง การเล่นกีฬา ล้วนแต่เป็นภาวะที่ทำให้ร่างกายเครียดแต่เป็นกิจกรรม ที่ช่วยเสริมสร้างประสบการณ์และช่วยเพิ่มสุขภาพ ประสบการณ์ของความเครียดที่พอเหมาะนั้นจะทำให้ชีวิตมีคุณค่า ดังนั้นจึงมีความจำเป็นแก่ชีวิตมาก

4. การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมาในการลดความเครียดที่เป็นทุกข์แต่ มักจะถูกมองข้าม การสนับสนุนจากระบบทางสังคม ได้แก่ ญาติ เพื่อน และเพื่อนร่วมงาน ซึ่งบุคคลเหล่านี้สามารถช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหา ระบบการสนับสนุนทางสังคมจะทำหน้าที่เป็นกลไกป้องกันอันตรายที่เกิดจากความทุกข์ ดังนั้นจึงต้องมีความเกี่ยวข้องกับสังคมในการติดต่อกับเพื่อนหรือญาติ ติดต่อกับบุคคลที่รักใคร่ชอบพอ ระบบทางสังคมมีคุณค่ามากมาย ที่จะเสริมสร้างสุขภาพทางกายและจิตใจ

5. การออกกำลังกาย ในเทคนิคที่ใช้ผ่อนคลายความเครียด พบว่าการออกกำลังกาย เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดและเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิค การออกกำลังกายนอกจากจะช่วยลดระดับความเครียดแล้ว การออกกำลังกายบางรูปแบบจะช่วยทำหน้าที่ป้องกันโรคจากทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งการออกกำลังกายแบบแอโรบิคเป็นการออกกำลังกายที่ต้องการใช้ออกซิเจนมากชั่วขณะหนึ่ง คือ อย่างน้อย 20 นาที และเมื่อได้ทำกิจกรรมแอโรบิคนั้นควรจะให้เข้าไปสู่สภาพที่คงที่ ซึ่งหมายถึงระดับของกิจกรรมที่สามารถกระทำไปได้ชั่วพักหนึ่งโดยไม่เกิดความเมื่อยล้า หรือเหนื่อยหอบ การเดิน การวิ่ง การว่ายน้ำ การถีบจักรยานหรือการเต้นรำ ล้วนเป็นการออกกำลังกายที่ดี

การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดวิธีใดนั้น ขึ้นอยู่กับความพอใจ ความเคยชิน และความเหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคลเมื่อปฏิบัติจะสามารถลดความเครียดหรือบรรเทาลงได้ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ

การสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง ประกอบด้วยสารนิโคติน ทาร์ และ คาร์บอนมอนนอกไซด์(CO) เมื่อบุหรี่ถูกเผาไหม้จะได้

1. ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์(CO)ซึ่งจะไปแย่งออกซิเจนจับกับเม็ดเลือดแดงทำให้ร่างกายขาดออกซิเจนและอ่อนเพลีย

2. สารทาร์ ซึ่งส่วนใหญ่จะจับอยู่ที่ริมฝีปากและปอด

3. สารนิโคตินซึ่งส่วนใหญ่จะจับที่ริมฝีปากและปอดมีบางส่วนที่ถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด สารนิโคตินจะไปกระตุ้นให้เกิดสารที่มีผลต่อการทำงานของเยื่อผนังด้านในของหลอดเลือด ซึ่งจุดเริ่มต้นที่จะเกิดการตีบตันของหลอดเลือด เนื่องจากการเพิ่มปริมาณของเซลล์จากผนังส่วนกลางของหลอดเลือด บริเวณที่ถูกทำลายของเนื้อเยื่อ นอกจากนี้จะมีไขมัน เกล็ดเลือด และลิ้มเลือดมาเกาะติดบริเวณนี้ด้วยทำให้เกิดการตีบตันของหลอดเลือดบริเวณดังกล่าว และสารนิโคตินยังเป็นตัวกระตุ้นให้มีการหลั่งสารแคทechaโคลามีน (Catecholamine) ซึ่งจะทำให้เกิดการหดเกร็งของเส้นเลือดที่นำไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานานมีโอกาสจะทำให้เกิดหลอดเลือดตีบแคบลงในทุกส่วนของร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะที่สำคัญเช่น สมอง หัวใจ ไต แขน ขา นอกจากนี้สารนิโคตินยังมีผลต่อเกร็ดเลือด โดยเกร็ดเลือดจะจับตัวกันเป็นกลุ่มมีผลต่อการเกิดก้อนไฟบรินและเกร็ดเลือด(Fibrin - platelet thrombus) ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว(สุภชัย ไชยธีรพันธุ์. 2530 : 789) จากการศึกษาของ Pooling Research Group ได้ทำการศึกษาประชากร 7,000 คน เป็นเวลา 8 ปี พบว่า ประชาชนที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน (1 ซอง) เสี่ยงต่อการตายจากหลอดเลือดหัวใจตีบเป็น 3 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่ หรือไปป์ มีวิธีการสูบบุหรี่คือพ่นควันออกปาก ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการตีบของหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าผู้สูบบุหรี่ ซึ่งมีวิธีการสูบบุหรี่โดยสูดควันเข้าสู่ปอด และถึงแม้ว่าผู้สูบบุหรี่จะเปลี่ยนไปสูบบุหรี่หรือไปป์แทนแต่ยังไม่ได้เปลี่ยนวิธีการสูบบุหรี่ ซึ่งบุคคลที่สูดควันบุหรี่เข้าสู่ปอดยังคงเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบเท่ากับผู้สูบบุหรี่เช่นเดิม(Kaplan. 1993 : 370) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ จะต้องใช้ระยะเวลาในการงดสูบนานถึง 10 ปี จึงจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆเท่ากับคนปกติ(Larosa; & Alexander. 1994 : 123) ส่วนผู้ที่สูบบุหรี่ชนิดไม่มีก้นกรองหรือบุหรี่ก้นกรอง บุหรี่ที่มีสารนิโคตินต่ำ รวมทั้งยาสูบชนิดเคี้ยว ก็เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบเช่นเดียวกัน เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ ได้รับสารนิโคตินจากบุหรี่เช่นเดียวกัน(Siegel; et al. 1992 : 417 - 421) แต่สำหรับผู้ที่ต้องอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่เป็นประจำ หรือมากกว่า 60 นาทีต่อวัน บุคคลเหล่านี้ก็จะได้รับสารนิโคตินเท่ากับผู้สูบบุหรี่ ดังนั้น บุคคลกลุ่มนี้จึงเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบเช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ (Kaplan. 1993 : 370) ควันบุหรี่ประกอบด้วยควันบุหรี่แท้ (ควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่สูดเข้าสู่ปอด) และควันหลง (ควันที่ลอยลอยออกจากปลายมวนบุหรี่ที่ถูกเผาไหม้) ซึ่งในควันบุหรี่แท้จะมีก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ร้อยละ 5 โดยปริมาตรและในควันหลงจะมีก๊าซคาร์บอน

มอนนอกไซด้อยละ 10-15 โดยปริมาตร ซึ่งจะแพร่กระจายไปในห้องที่มีติด จะมีความเข้มข้นของก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ มากกว่าปริมาณมาตรฐาน (9 ส่วน ในล้านส่วน) ที่มีในที่โล่งแจ้ง และปริมาณของสารนิโคตินที่แพร่กระจายในที่ติดก็มีปริมาณมากกว่าปริมาณมาตรฐานที่ยอมรับกันในทางอุตสาหกรรม ซึ่งกำหนดไว้ไม่เกิน 500 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ในบุหรี่ 1 มวน มีสารนิโคตินและทาร์ 1.0-2.7 และ 25-34 มิลลิกรัมตามลำดับ แต่เมื่อถูกเผาไหม้แล้ว จะได้สารนิโคตินและทาร์ออกมาในควันบุหรี่ ประมาณ 0.6-1.6 และ 30 มิลลิกรัมต่อมวน ตามลำดับ และจากการวิจัยของโรงงานยาสูบ ปี 2533 แสดงปริมาณสารนิโคติน ทาร์ ในบุหรี่หนึ่งมวนตามชนิดของบุหรี่ ดังตาราง 2

ตาราง 2 ปริมาณสารนิโคติน ทาร์ ในบุหรี่หนึ่งมวนตามชนิดของบุหรี่

ชนิดของบุหรี่	ปริมาณมิลลิกรัมต่อหนึ่งมวน	
	นิโคติน	ทาร์
บุหรี่ยอเมริกา	1.0 - 1.4	10 - 23
บุหรี่ยอังกฤษ	1.0 - 1.8	15 - 23
บุหรี่ยไทย	2.4 - 2.7	25 - 34
ค่ามาตรฐานสากล	1.0	1 - 18

ที่มา: กนกพร วิสุทธิกุล. (2539). พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร. หน้า 13. (อ้างอิงจาก โรงงานยาสูบ. (2533).

รายงานผลการวิจัยปริมาณสารนิโคติน ทาร์ ในบุหรี่หนึ่งมวนตามชนิดของบุหรี่ . (เอกสารประกอบคำสอน). ไม่ปรากฏเลขหน้า).

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่า บุหรี่เกือบทุกชนิดมีค่าของสารนิโคติน และ ทาร์ สูงกว่ามาตรฐานของสากล ซึ่งจะทำให้เสี่ยงต่อการตีบของหลอดเลือดหัวใจสูงโดยขึ้นอยู่กับชนิดของบุหรี่ การสูดควันบุหรี่หรือจำนวนบุหรี่ที่สูดเข้าไปรวมทั้งวิธีการสูด แต่อย่างไรก็ตามการสูบบุหรี่สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจตีบนั้นส่งผลเสียกับร่างกายของผู้ป่วยเองทำให้การตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจสูง การเลิกสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีควันบุหรี่จะส่งผลดีสำหรับผู้ป่วย(ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล. 2541 : 41) นั่นคือ

1. หากเลิกสูบบุหรี่หรืออยู่ในที่ไม่มีควันบุหรี่ 1 ปี ความเสี่ยงที่หลอดเลือดหัวใจตีบลดลงประมาณ ร้อยละ 50 และต่อไปจะลดลงอย่างต่อเนื่อง

2. หากเลิกสูบบุหรี่หรืออยู่ในที่ไม่มีควันบุหรี่ 15 ปี ความเสี่ยงที่หลอดเลือดหัวใจตีบลดลง เหลือเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่

การดื่มสุรา สุราเป็นเครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ผสมอยู่ซึ่งเป็นแอลกอฮอล์ที่ได้จาก ธัญพืช เช่น ผลไม้ เมล็ดพืช ข้าว แป้ง หรือน้ำตาลจากพืชและผลไม้ เป็นต้น แอลกอฮอล์เป็นตัวกระตุ้น ให้หัวใจเต้นเร็ว และสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจปริมาณมากและมีความแรงสูง ทำให้ความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นไปกระทั่งหลอดเลือดทั่วร่างกายมีผลให้หลอดเลือดแข็งและตีบ นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยัง เป็น ตัวเพิ่มการสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ทำให้ปริมาณของ VLDL เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้ ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นจำนวนมากๆและดื่มเป็นประจำจะตรวจพบว่า มีไขมันในเลือดสูง (สุเอ็ด คชเสนี. 2531 : 339) แต่การดื่มแอลกอฮอล์เพียงเล็กน้อยหรือประมาณ 30 กรัมจะเป็นผลดีต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด(WHO. 1992 : 1-50) หรือจากคำแนะนำของ The American Heart Association ให้ ดื่มแอลกอฮอล์สูงสุดไม่เกิน 1.75 ออนซ์ต่อวัน ซึ่งมีจำนวนเท่ากับการดื่มเบียร์ 3 แก้วต่อวัน เครื่องดื่ม ผสมแอลกอฮอล์ 2 แก้วต่อวัน หรือไวน์ประมาณ 3 แก้วต่อวัน (Alexander; & Larosa. 1994 : 76-78) และสำหรับผู้ที่มีดื่มมากกว่า 30 กรัมต่อวัน ควรลดปริมาณลงเพราะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือด สมองแตก (Stroke) กว่าผู้ที่ไม่ดื่มมากกว่า 2 - 3 เท่า แม้แต่คนที่เลิกดื่มแล้วความดันโลหิตยังสูง กว่าผู้ที่ไม่ดื่ม และ คนที่ดื่มแอลกอฮอล์เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบได้สูง สำหรับผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจตีบการดื่มแอลกอฮอล์ควรดื่มเป็นครั้งคราวและไม่ควรดื่มหนักเพราะหากดื่มมากก็จะ ทำให้เกิดผลเสียกับตัวผู้ป่วยเอง (จรี วัชรสินธุ์. 2545 : 192 - 194)

การมีเพศสัมพันธ์ ความต้องการทางเพศเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่งของ มนุษย์สังคมไทยสร้างค่านิยมเรื่องเพศว่า หากเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบควรงดการมี เพศสัมพันธ์เนื่องจากจะมีอันตรายกับตัวผู้ป่วยจากความเครียดความเขิน ทำให้มีผลกระทบกับชีวิต ครอบครัวและคู่ชีวิต ผู้ป่วยต้องประเมินสุขภาพของตนด้วยว่ามีความพร้อมหรือไม่ ในกรณีที่มีอาการ เจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง บ่อยครั้งหรือออกจากโรงพยาบาลไม่ถึง 8 สัปดาห์ อาจจะยังมีเพศสัมพันธ์ ไม่ได้ แต่ในสภาพการณ์จริงหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีความต้องการจริงผู้ป่วยเหล่านี้จะ ปฏิเสธได้หรือไม่ บางรายอาจไม่กล้าปฏิเสธ เนื่องจากเกรงว่าคู่ชีวิตไม่พอใจ เบื่อหน่ายและไปมีคนอื่น ในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งอาจไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์แม้สภาพร่างกายจะสามารถกระทำได้ อาจจะเป็น เพราะคู่สมรสหรือตัวผู้ป่วยเองกลัวว่าจะเป็นอันตราย(Powell; et al. 1987 : 251 - 287) จากข้อมูล เหล่านี้ ทำให้ทราบว่าทั้งคู่สมรสและตัวผู้ป่วยยังมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง อาจเนื่องมาจากตัว ผู้ป่วยไม่กล้าซักถามจากแพทย์ พยาบาล เพราะเกรงว่าจะถูกมองในแง่ไม่ดี หรือเมื่อคิดจะถามก็ไม่ ทราบว่าใครจะเป็นผู้ตอบคำถามได้ ความไม่คุ้นเคย ขาดความไว้วางใจ จึงพยายามแก้ปัญหาด้วย ตนเอง(ศรีจิตรา บุญนาค. 2535 : 4) อีกทั้งขนบธรรมเนียมไทยเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องละเอียดอ่อน

และค่อนข้างส่วนตัว ในบางสถานการณ์ถูกมองว่าเป็นเรื่องอับอายผู้ป่วยจึงไม่กล้าซักถาม (ปริศนา วรรณท์. 2541 : 52) นอกจากนี้แพทย์และพยาบาลก็ได้ให้ความกระจ่างในเรื่องนี้กับผู้ป่วยมากนัก ทั้งนี้เพราะวัฒนธรรมประเพณีที่ถือว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนบุคคลเป็นเรื่องต้องห้าม(Sex is tabu) ให้เป็นเรื่องของสามี-ภรรยาเท่านั้น จึงพบว่าร้อยละ 50-60 ของผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์ลดลง เนื่องจากไม่ได้รับคำปรึกษาที่ถูกต้อง(สุชาติ จันทรเฒ. 2536 : 22) และจากการศึกษาของ ปริศนา วรรณท์ (2541 : 52 - 53)เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติไม่ถูกต้องและอาจเกิดอันตรายขึ้นได้โดยพบว่า การเลือกเวลาในการมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ใช้เวลาช่วงหลังอาหารเย็นและก่อนนอน ซึ่งเป็นเวลาไม่เหมาะสมเนื่องจากเป็นเวลาที่ร่างกายต้องการการพักผ่อน เพราะหัวใจต้องทำงานในการย่อยอาหารอีกทั้งการทำกิจกรรมต่างๆมาทั้งวันหัวใจต้องทำงานติดต่อกันตลอดเวลา ร่างกายไม่ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอจึงไม่เหมาะต่อการออกกำลังกายในช่วงเวลานี้ ดังนั้น บุคลากรทีมสุขภาพควรให้คำแนะนำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศที่ถูกต้อง และสามารถบอกเล่าถึงความต้องการ ความรู้สึก และ ภาวะของโรคที่แท้จริงของผู้ป่วยกับคู่สมรส เพื่อให้สามีภรรยามีความเข้าใจที่ถูกต้อง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและสามารถประเมินสุขภาพของตนได้ว่ามีความพร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ และ ต้องปฏิบัติอย่างไร รวมทั้งถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้ต้องกล้าที่จะปฏิเสธและอธิบายให้คู่สมรสเข้าใจ

สำหรับแนวทางปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช. 2533 : 98)

1. เริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่อสามารถเดินจ้ำๆ ด้วยความเร็ว 80-100 เมตรต่อนาที หรือขึ้นลงบันได 2 ชั้น หรือประมาณสัปดาห์ที่ 8 ภายหลังการรักษา
2. ควรรับประทานยาขยายหลอดเลือดก่อนการมีเพศสัมพันธ์
3. ควรมีเพศสัมพันธ์เมื่อได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ไม่ควรมีภาวะจิตใจที่ตึงเครียด
4. บรรยากาศแวดล้อมควรจัดให้สบาย ห้องไม่ควรร้อนจัด ขึ้นหรือหนาวจัดจนเกินไป
5. หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หลังการรับประทานอาหารใหม่ๆ เพราะว่าการย่อยอาหารทำให้หัวใจต้องเพิ่มการทำงานและหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ชา กาแฟ 3 ชั่วโมงก่อนมีเพศสัมพันธ์
6. หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ เช่น คู่สนทนคนใหม่ สถานที่ใหม่
7. ใช้ท่าการมีเพศสัมพันธ์ที่คุ้นเคย และ เป็นท่าที่สบายๆ ผ่อนคลายไม่ใช่ท่าที่ทำให้หายใจอึดอัด

8. สังเกตอาการผิดปกติดังต่อไปนี้ อาการเจ็บหน้าอกในระหว่างหรือหลังมีเพศสัมพันธ์ อาการหัวใจเต้นเร็ว ใจสั่นอยู่นาน 15 นาที หรือมากกว่า นอนไม่หลับหลังมีเพศสัมพันธ์ หรืออ่อนเพลียหลังมี

เพศสัมพันธ์ 1-2 วัน ซึ่งถ้ามีอาการดังกล่าวควรมีปรึกษาแพทย์ พยาบาล และวิธีการแก้ไขที่ดีวิธีหนึ่ง คือ ควรพาคู่สมรสมาด้วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และสามารถลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น ได้ถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสามารถปฏิบัติได้เช่นนี้ จะทำให้มีเพศสัมพันธ์ได้ตามความเหมาะสมของร่างกาย มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคขณะมีเพศสัมพันธ์ลดลง และ ช่วยให้ เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสามี - ภรรยาอีกด้วย

การตรวจสุขภาพ การมาพบแพทย์เพื่อการตรวจสุขภาพตามนัดอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจทำให้สามารถค้นหา และป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจได้อย่างทัน่วงทีเนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด การมาตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอตามนัดจึงถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างหนึ่งซึ่ง ประโยชน์ของการมาตรวจร่างกายทำให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยหลายประการเช่น

1.ผู้ป่วยมีโอกาสรับการตรวจร่างกาย จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้รับการตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ได้รับการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ตรวจหาความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและสามารถหาทางป้องกันและรักษาได้อย่างทัน่วงที

2.ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องผู้ป่วยจะได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ตลอดจนได้รับทราบถึงผลการควบคุมโรคได้รับการตรวจและรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้ทราบภาวะของโรคในปัจจุบันได้เร็ว

3.เมื่อผู้ป่วยมีปัญหา มีข้อซักถามเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยก็จะสามารถที่จะซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับแพทย์ พยาบาล ได้รับกำลังใจ ได้รับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง

4.สิ่งสำคัญในการมาตรวจตามนัดคือ การมารับยา การปรับเปลี่ยนยาตามสภาวะของโรค แพทย์มีโอกาสดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง

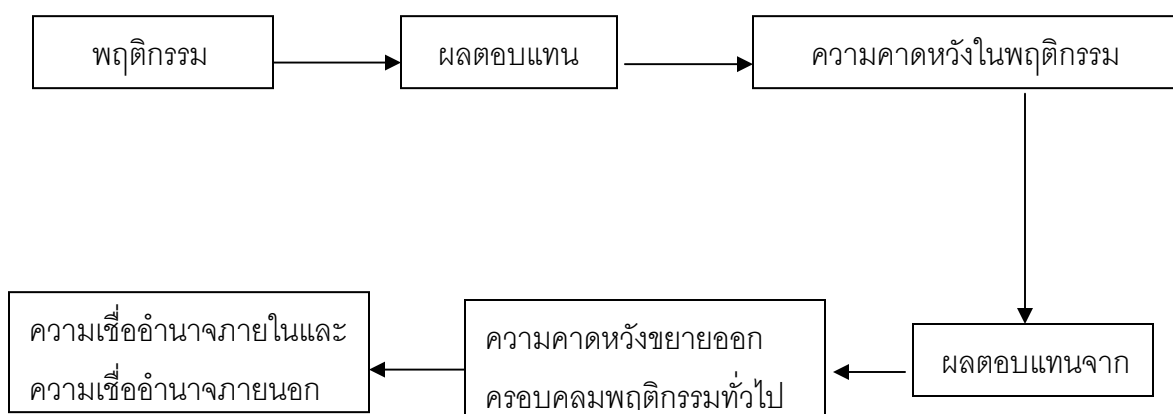
ดังนั้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะต้องมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาอย่างต่อเนื่องในด้านต่างๆดังนี้คือ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และ มีการตรวจสุขภาพ อยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะควบคุมควบคุมความรุนแรงของโรค และ การดำเนินของโรคมิให้ดำเนินได้เร็วขึ้น ซึ่งการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษา จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข

ความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพ

ความเชื่อมีอิทธิพลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล การที่บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกันออกไปนั้นเนื่องจากความคิด ประสบการณ์และความเชื่อของบุคคล มีอำนาจในการควบคุมตนเองให้ปฏิบัติในลักษณะต่างๆ กันออกไปโดยบุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกันในเรื่องของปริมาณ และความรุนแรงของความรู้สึกนึกคิดในด้านการทำนาย หรือควบคุมสภาพแวดล้อม บางคนจะรู้สึกว่าเขามีอำนาจ หรือ ความสามารถที่จะปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ดีขึ้น หรือสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนได้ และ เชื่อว่าความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่ตนได้รับเกิดจากการกระทำของตนเอง ส่วนบางคนจะรู้สึกตลอดเวลาว่าเขาไม่สามารถควบคุมสภาพการณ์ต่างๆ ได้ เพราะเชื่อว่าสิ่งต่างๆ นั้น เกิดจากอิทธิพลของปัจจัยภายนอก โดยเขาไม่อาจเข้าไปเกี่ยวข้องได้เลยซึ่งเรียกความเชื่อนี้ว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมภายใน-ภายนอกตน (Rotter. 1966 : 1) การศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อควบคุมอำนาจภายใน-ภายนอกตน ในระยะแรกๆ ผู้ศึกษา เช่น เวบเบลน (Veblen. 1899), เมอร์ตัน (Merton. 1946), แองเกิล (Angyal. 1941) และแฟร์ส (Fhars. 1957) มักจะศึกษาในเรื่องของโชคลาง, ความเชื่อในโชคหรือเคราะห์เป็นส่วนใหญ่ นอกจากนั้นยังศึกษาในเรื่องที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องของโชคเคราะห์อีกบ้างเช่นเรื่องความคาดหวัง (Expectancy) ในผลตอบแทน (Reinforcement) จากพฤติกรรมของบุคคล เป็นต้น รอตเตอร์นักจิตวิทยาชาวอเมริกันตั้งข้อสังเกตว่า พฤติกรรมของมนุษย์ได้จากการเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล รอตเตอร์ได้ประมวลผลงานและแนวความคิดของนักจิตวิทยาหลายคนเข้าด้วยกัน เพื่ออธิบายเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจควบคุมภายใน - ภายนอกตนให้ชัดเจน และ กว้างขวางขึ้น ผลงานและแนวความคิดดังกล่าว รอตเตอร์ ได้มาจาก เวบเบลน (Veblen. 1899) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับโชคลางของบุคคล และ สรุปว่าโชคเคราะห์นั้นมีขอบข่ายการคล้ายคลึงกัน เมอร์ตัน (Merton. 1946) พบว่าความเชื่อยชาที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเชื่อโชคลาง นอกจากนั้นก็ยังมีผลงานของคนอื่นๆ อีก เช่น แองเกิล (Angyal. 1941) แมคเคลแลนด์, แอทกินสัน, คลาร์ค และ โลเวลล์ (Mc Clelland; Atkinson; Clark; & Lowell. 1953) แครนดอลล์ (Crandall. 1963) และ แฟร์ส (Fhars. 1957) ซึ่งได้ศึกษาในเรื่องเดียวกันนี้ (Rotter. 1966 : 1)

รอตเตอร์ ศึกษาพฤติกรรมความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจควบคุมภายใน - ภายนอกตนในเชิงการรับรู้ ในผลตอบแทนจากการกระทำของบุคคลตามแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) จึงอธิบายลักษณะของความเชื่ออำนาจควบคุมภายใน - ภายนอกตน ว่าเป็นผลตอบแทนอย่างหนึ่ง ที่ได้จากพฤติกรรมของบุคคล ย่อมก่อให้เกิดความคาดหวังที่จะได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกัน จากสิ่งใหม่ในสถานการณ์ที่คล้ายสถานการณ์เดิม และ ถ้าเหตุการณ์เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังไว้จะทำให้ความคาดหวังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ถ้าผลตอบแทนไม่ได้เป็นไปตามที่

บุคคลคาดหวังก็จะทำให้ความคาดหวังของบุคคลลดลง การลดลงหรือการเพิ่มขึ้นของความคาดหวังนี้จะก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมอย่างหนึ่งก่อน แล้วจึงขยายครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่นๆ ที่คล้ายคลึง หรือ เกี่ยวข้องกับสถานการณ์เดิมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นความเชื่อหรือบุคลิกภาพที่สำคัญในตัวบุคคล นอกจากนั้นผลตอบแทนที่ได้รับแต่ละครั้งอาจทำให้ความคาดหวังต่อไปสูงขึ้นหรือต่ำลงได้อีกด้วยถ้าประสบการณ์ของบุคคลได้รับผลตอบแทนบ่อยๆ เมื่อแสดงพฤติกรรมเดิมจะทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีผลมาจากทักษะหรือความสามารถของตนเอง ความเชื่อเช่นนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน ในทางตรงข้ามหากพฤติกรรมนั้นไม่ได้รับผลตอบแทน จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าสิ่งที่ได้รับไม่ใช่ผลตอบแทนจากการกระทำของตนเองเป็นเพราะโชคชะตา และ ความบังเอิญหรือสิ่งแวดล้อมบันดาลให้เป็น ซึ่งความเชื่อเช่นนี้ เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน ความเชื่อดังกล่าวจะมีผลย้อนกลับไปสู่ความคาดหวังในผลแห่งพฤติกรรมใหม่ซ้ำอีก ดังแสดงในภาพประกอบ 2 (Rotter. 1966 : 2)



ภาพประกอบ 2 รูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจควบคุมภายในและภายนอกตน

ที่มา: Rotter, J.B. (1966, March). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs General and Applied*. 80(1): 2.

จากผลงานดังกล่าว รอตเตอร์ (Rotter. 1966 : 2) ได้สรุปลักษณะความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพเป็น 2 ลักษณะดังนี้

1. ความเชื่ออำนาจภายในตนเอง เป็นการรับรู้ว่าการกระทำต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเองที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นผู้มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีลักษณะดังนี้

1.1. เป็นบุคคลที่มีความเป็นตัวของตัวเองมีความกระตือรือร้นต่อการเปลี่ยนแปลง ของ
สิ่งแวดล้อม

1.2. เป็นผู้ที่มีแรงจูงใจในการกระทำสิ่งต่างๆสูง และ พยายามปรับปรุงแก้ไขสภาพแวดล้อมตามลำดับขั้น

1.3. เป็นบุคคลที่มองเห็นคุณค่าของทักษะ และ ความพยายามของตนเองสามารถปรับตัวควบคุมสถานการณ์ได้

1.4. เป็นบุคคลที่อยากจะถูกชักชวนให้เชื่อตามโดยไม่มีเหตุผล

2. ความเชื่ออำนาจภายนอกตน เป็นการรับรู้สาเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นผลมาจากอิทธิพลของอำนาจภายนอกตนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชคกลางเคราะห์กรรมอำนาจเหนือธรรมชาติและอำนาจของผู้อื่น เป็นต้น โดยที่ตนเองไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนจะมีลักษณะดังนี้

2.1 เป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพเฉื่อยชาและขาดความกระตือรือร้น

2.2 ไม่พยายามแสวงหาข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหของตน

2.3 เป็นบุคคลที่มีแรงจูงใจในการกระทำสิ่งต่างๆต่ำและมีความวิตกกังวลสูง

2.4 เป็นบุคคลที่แสวงหาสิ่งที่ดีคิดว่ามีอิทธิพลต่อตนเองสามารถรับคำแนะนำได้ง่าย

ความเชื่ออำนาจควบคุมตน เกิดจากการรับรู้ผลตอบแทนการกระทำของบุคคลการพัฒนาความเชื่ออำนาจควบคุมตนเป็นผลมาจากปัจจัยที่สำคัญได้แก่ สภาพแวดล้อมและประสบการณ์ตั้งแต่วัยเด็ก รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของบิดามารดาความเชื่ออำนาจควบคุมตนจะพัฒนาไปตามอายุ โดยความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนจะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และเมื่อเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่แล้วความเชื่ออำนาจควบคุมตน นั้นจะเปลี่ยนแปลงหรือคงที่จะขึ้นกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต (กรรณิการ์ กันธะรักษา. 2527 : 25 - 26) อาจกล่าวได้ว่าประสบการณ์มีอิทธิพลต่อความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตนแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ประสบการณ์ที่สะสมในอดีต และ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิตซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตในเวลาจำกัด เช่น การพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักหรือการเกิดอุบัติเหตุ (Lowery. 1981 : 294) จะเห็นว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนภายนอกตนเปลี่ยนแปลงได้ตามอายุและประสบการณ์ชีวิต โดยประสบการณ์ที่สำคัญอาจจะมีผลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตน และ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนได้ถ้าประสบการณ์นั้นส่งเสริมความเชื่อเดิมที่มีอยู่

การประเมินความเชื่ออำนาจควบคุมตน มีการพัฒนามาตามลำดับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1957 โดยฟาเรสและคณะ ต่อมาได้มีการแก้ไขดัดแปลงเครื่องมือมาตลอดแต่ยังไม่สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน ปี ค.ศ. 1966 รอตเตอร์ได้ดัดแปลงใหม่เป็น I - E Scale (Internal – External Locus of

Control Scale) เป็นการวัดแบบมิติเดียวแบ่งความเชื่อออกเป็น 2 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจควบคุมภายใน – ภายในนอกตน ต่อมา ปี ค.ศ. 1973 เลวินสัน ได้พัฒนาแบบวัดขึ้นใหม่โดยใช้ I - E Scale เป็นพื้นฐานและแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นและความเชื่ออำนาจบังเอิญ ซึ่งยังไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมของบุคคลได้ดีนัก ต่อมา วอลสตันและคณะ (Wallston; et al. 1976 : 580 - 585) ได้ดัดแปลงแบบวัดนี้ให้เหมาะสม และได้มีการปรับปรุงอีกในปี ค.ศ. 1978 เรียกว่า Multidimension Health Locus of Control Scale (MHLC) โดยแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (Internal Health Locus of control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่างๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง
2. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ (Powerful Other Health Locus of control) เป็นความเชื่อที่บุคคลที่บุคคลเชื่อว่า บุคลากรทางสาธารณสุขทำให้บุคคลมีสุขภาพดีหรือบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมสุขภาพและเชื่อว่าหากพบบุคลากรสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ ทำตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่ถือเป็นวิถีทางที่ดีที่สุดที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดี
3. ความเชื่ออำนาจโดยบังเอิญด้านสุขภาพ (Chance Health Locus of Control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่า สุขภาพหรือการเจ็บป่วยเกิดจากโอกาสหรือโชคชะตาที่ไม่อาจควบคุมได้

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรค

ความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพ สามารถนำมาทำนายและอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ทั้งในยามปกติและเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยได้ วอลสตันและวอลสตัน ค้นพบว่า สามารถใช้ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพมาทำนาย และ ค้นหาข้อมูลที่เป็นจริงได้คือการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ การใช้ยา การปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ การควบคุมอาหาร ตลอดจนการวางแผนครอบครัว บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมักจะมีพฤติกรรมเหล่านี้ในทางบวก (Wallton; & Wallston. 1978 : 107 - 117) นอกจากนั้นบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพจะเป็นผู้สนใจต่อสุขภาพ สามารถปฏิบัติตนให้เป็นบุคคลที่มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ มีการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขย่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งแตกต่างไปจากบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจนอกตนด้านสุขภาพที่เชื่อว่า การมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับโชคชะตาความบังเอิญและสิ่งแวดล้อมให้เป็นไป ลักษณะมักจะเป็นผู้ที่เฉื่อยชาไม่กระตือรือร้นที่จะแสวงหาความรู้หรือมีพฤติกรรมอนามัยที่ดี ทำให้สุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรมไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพ

ชีวิตได้ (Strickland. 1978. 1193) จากการศึกษาของ เคอร์ (Kerr. 1986 : 87-93) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน และ ภายนอกตนด้านสุขภาพ กับ การลดความดันโลหิตสูงจากกลุ่มตัวอย่าง 113 คน โดยการเข้าร่วมในโปรแกรมลดความดันโลหิต ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนเองสูง จะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการลดความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจความบังเอิญสูงซึ่งในงานวิจัยนี้พฤติกรรมเข้าร่วมในโปรแกรมลดความดันโลหิตแสดงถึงการดูแลตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เคนเนดี้ , โปรบาท และ เดอร์แมน (สุวารีวรรณ กิจสมักร. 2539 : 54 ; อ้างอิงจาก Kennedy; Probart; & Dorman. 1991. *The Relationship Between Knowledge concern and Behavior, and Health Value Health Locus of Control, and Preventive Behavior.* pp. 319 - 329) ได้ทำการศึกษาความรู้เรื่องกัมมันตภาพรังสี ความห่วงใยต่อสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน และ ภายนอกตน กับ พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีความห่วงใยต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน และ จากการศึกษาของกรรณิการ์ กัณธะรักษา (2527 : 136 - 137) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับ พฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวารีวรรณ กิจสมักร(2539 : 145)ซึ่งได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก

เป็นที่ยอมรับกันว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยด้านการนึกคิดและการรับรู้ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีพฤติกรรมอนามัยมักรวมความครอบคลุมไปถึงพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพอนามัยของบุคคลเพื่อป้องกันการเกิดโรค ในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง และ กระทำเพื่อป้องกันการดำเนินโรคมิให้เกิดการดำเนินเร็วขึ้นพร้อมทั้ง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคในผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคจะแตกต่างกันไปตาม ความเชื่อส่วนบุคคล ประสบการณ์ ความรู้ และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ดังนั้นทฤษฎีความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพ สามารถนำมาทำนายและค้นหาข้อมูลที่เป็นจริงได้ และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคิดว่าความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ น่าจะมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการ

รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

แรงสนับสนุนทางสังคม

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมีแนวความคิดว่าแรงสนับสนุนทางสังคม เกิดจากความสัมพันธ์ของมนุษย์ที่มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนใน ด้านสรีรวิทยาและจิตสังคม โดยเฉพาะในภาวะที่บุคคลมีการเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด แรงสนับสนุนทางสังคมเปรียบเสมือนขุมพลังที่มีอยู่ในสังคม ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางที่คอยช่วยเหลือมนุษย์ ให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตต่างๆในช่วงชีวิตได้ นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งประโยชน์ ที่บุคคลอื่นจัดให้บุคคลในเครือข่ายสังคมซึ่งมีผลต่อสุขภาพ และ สวัสดิภาพของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม กล่าวคือ ผลโดยตรง (Direct effect) แรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง รู้สึกว่าตนเองมีค่า ซึ่งจะส่งผลต่อการเจ็บป่วยทางกาย โดยผ่านระบบประสาทต่อมไร้ท่อ หรือ กลไกระบบภูมิคุ้มกันหรืออาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จะส่งเสริมสุขภาพ เช่น ลดการสูบบุหรี่ ลดการดื่มสุรา เพิ่มการออกกำลังกาย และปรับปรุงพฤติกรรมการกิน เป็นต้น ส่วนผลโดยอ้อม (Buffering effect) ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและแก้ปัญหาในภาวะวิกฤติ หรือภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพ และ การที่บุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ทั้งยังเพิ่มแรงจูงใจในการปรับตัว และ สนับสนุนให้บุคคลมีความพยายามที่จะเผชิญปัญหาทางด้านการรักษา และ การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง ได้มีการศึกษาพบว่า คนที่แยกตัวออกจากสังคมนั้น มีโอกาสเจ็บป่วยง่ายเนื่องจากได้แรงสนับสนุนทางสังคมน้อย และ มีโอกาสที่มีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพไม่ถูกต้องได้มาก นอกจากนี้ยังมีผลต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้ไวต่อการเกิดโรค และมีผลให้จิตใจเกิดความซึมเศร้าซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงและการฆ่าตัวตาย (Cohen; & Will. 1985 : 310 - 313)

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมมีผู้ให้ไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300 - 314) ได้กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการได้รับข้อมูลของบุคคลที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง รวมทั้งตัวเขาเองรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคมนั้นๆ

ทอยส์ (Thoits. 1982 : 145 - 159) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ วัตถุสิ่งของและข้อมูลข่าวสาร ซึ่งการช่วยเหลือนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถและตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือความเครียดด้วยในระยะที่รวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ พิลิสุก (Pilisuk. 1982 : 20 - 31) โดยกล่าวเพิ่มเติมว่าแรงสนับสนุนทางสังคมรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มด้วยและยังสามารถป้องกันบุคคล จากภาวะวิกฤติและคุกคามของความเจ็บป่วย ลดการใช้ยา และเพิ่มความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

แคปแลน (Caplan. 1984 : 690 - 695) ได้ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอาจเป็นทางด้านข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรืออารมณ์ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

อารีรัตน์ ตโนภาส(2539 : 48) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุน ได้รับจาก ผู้ให้การสนับสนุน ได้แก่ ข่าวสาร ข้อมูล วัตถุสิ่งของ รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหา ทำให้บุคคลนั้นๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคม อันมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ดังนั้นสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านการให้คำแนะนำปรึกษา ด้านวัตถุสิ่งของและด้านอารมณ์ จากผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งได้แก่ สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

กอตต์ลิบ (Gottlibe. 1985 : 5 - 22) แบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับคือ

1. ระดับมหภาค (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆด้วยความสมัครใจ และดำเนินชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างหรือเครือข่ายสังคม ด้วยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจง ถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัตถุ และการสนับสนุนทางอารมณ์

3. ระดับจุลภาคหรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่า คุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญ

มากกว่าปริมาณ กล่าวคือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือ โครงสร้างของเครือข่าย
แรงสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักและห่วงใย

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมดังที่กล่าวมาแล้ว เป็นผลสืบเนื่องมาจากการมี สัมพันธภาพของ
บุคคลในสังคม ที่มีการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน ลักษณะความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นสามารถ
นำมาใช้อธิบายพฤติกรรมต่างๆของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลนั้นๆ กลุ่มความสัมพันธ์เหล่านี้เรียกว่า
เครือข่ายสังคม (Social Network) ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นสายใยของความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและ
ทางอ้อม ระหว่างบุคคลหนึ่งกับบุคคลอื่นๆอีกหลายคนในสังคม(พิมพวลย์ ปรีดาสวัสดิ์. 2530 : 51)

เครือข่ายสังคมประกอบด้วยสังคมในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนบ้าน
ในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องอยู่กับ แหล่งสนับสนุน 5 ระบบ คือ
ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและ ญาติพี่น้อง ระบบสนับสนุนจาก
กลุ่มเพื่อน ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ ระบบให้การดูแลจากกลุ่มวิชาชีพด้าน
สุขภาพและระบบกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ บราวน์ (Brown. 1986 : 4 - 9) และแมคเอลวิน(Mc Elveen.
1978 : 319 - 337) มีความเห็นสอดคล้องกันว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มี
ความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มญาติพี่น้องและเพื่อน อย่างไรก็ตาม
ความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆจะมีมากน้อยต่างกัน ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและ
ความต้องการของบุคคล เช่นในระยะหลังคลอด คู่สมรสจะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด
โดยเฉพาะทางด้านอารมณ์ ในระยะเจ็บป่วยขั้นวิกฤตย่อมต้องการแพทย์และพยาบาล (พิมพวลย์
ปรีดาสวัสดิ์. 2530 : 51)

ชนิดหรือหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ศึกษาและจำแนกแรงสนับสนุนทางสังคมไว้หลายชนิดดังนี้

ทอยส์ (Thoits. 1982 : 151) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม ตามลักษณะของความจำเป็น
พื้นฐานทางสังคม ออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์และสังคม (Social - Emotion Aid) หมายถึง การได้รับการ
การตอบสนองทางด้านอารมณ์ การได้รับความรัก ความใกล้ชิด สนับสนุนผูกพัน ไว้วางใจซึ่งกันและ
กัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่า และ มีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่ง
ของสังคมตลอดจนมีความรู้สึกปลอดภัย

2. การช่วยเหลือทางการสื่อสาร และเครื่องมือ (Instrumental Aid) ได้แก่ การได้รับคำแนะนำด้านข่าวสาร ข้อมูล อันเป็นประโยชน์ ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือทางด้านสิ่งของเงินทอง

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396) แบ่งแรงสนับสนุนออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ด้านการสนับสนุน (Support) หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรม ซึ่งช่วยให้ผู้รับการสนับสนุน บรรลุวัตถุประสงค์และสามารถตอบสนองความต้องการได้ในสถานการณ์ต่างๆซึ่งมีทั้งสิ่งที่สัมผัสได้

2. ด้านการแนะนำ(Advice) เป็นการให้ข้อมูล หรือการแนะนำต่างๆซึ่งจะทำให้ผู้รับกลับมาพิจารณาว่า ตนจะอย่างไรจึงจะบรรลุผลสำเร็จตามจุดหมายที่ต้องการได้

เดรสเลอร์ (Dressler. 1985 : 42) ได้มีแนวคิดในการแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมที่คล้ายคลึงกันกล่าวคือ แบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ - สังคม (Socio - emotional) เป็นการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ การให้กำลังใจ การปลอบใจ หรือแสดงความเห็นใจ

2. แรงสนับสนุนทางการเงินและวัตถุ(Financial and Instrument aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน หรือเครื่องมือเครื่องใช้ ที่จำเป็นในชีวิตประจำวันในขณะที่บุคคลอื่นเผชิญปัญหาทางการเงิน

3. แรงสนับสนุนทางการให้คำปรึกษา (Information aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยการให้คำแนะนำ ปรึกษา แก้ไข ปัญหาในขณะที่บุคคลเผชิญกับเหตุการณ์

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า หน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และสังคม (Social - Emotional Support) เป็นพฤติกรรมต่างๆที่ทำให้ผู้รับแรงสนับสนุนเกิดความรู้สึกสบายใจ เป็นสุขและปลอดภัย ได้แก่

1.1 การได้รับการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ เช่น การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ มีความผูกพันใกล้ชิด ไว้วางใจซึ่งกันและกัน

1.2 การได้รับการยอมรับและมีผู้เห็นคุณค่า เช่น การได้รับความเคารพรัก ชื่นชมจากผู้อื่น ได้รับการยอมรับในการแสดงพฤติกรรมในด้านต่างๆ การได้รับการให้อภัยและให้โอกาสในการแก้ไขปรับปรุงตนเองเมื่อกระทำผิด

1.3 การได้รับการตอบสนองในการเป็นส่วนร่วมของสังคม เช่น การเข้าร่วมเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคม

2. แรงสนับสนุนทางด้านการให้คำแนะนำปรึกษาหรือการให้ข้อมูล ข่าวสาร (Information Support) ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสาร คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนความรู้ต่างๆ เพื่อให้ผู้รับแรงสนับสนุนเกิดความเข้าใจ สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆที่กำลังเผชิญอยู่ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีและผ่อนคลายความตึงเครียดที่กำลังประสบอยู่

3. แรงสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Material Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ อุปกรณ์ เครื่องใช้ เงินทอง หรือแรงงาน เพื่อช่วยตอบสนองในขณะที่บุคคลกำลังเผชิญปัญหาความขาดแคลน สิ่งเหล่านี้ในชีวิตประจำวัน

มีนักวิชาการหลายท่านที่ศึกษา และ เสนอแนวคิดในการศึกษาเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม สำหรับอิสราเอล (Isreal. 1985 : 65 – 80) และแมคเอลวิน(Mc Elveen. 1978 : 319 - 337) ได้เน้นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบสำคัญที่ต้องพิจารณา คือ ลักษณะทางโครงสร้างคือจำนวนสมาชิกที่แสดงถึงขนาดของเครือข่ายลักษณะทางปฏิสัมพันธ์ คือชนิดของความสัมพันธ์ในเครือข่าย ซึ่งแสดงถึงความเหนียวแน่นความมั่นคงระหว่างสมาชิก ระยะเวลาความถี่และทิศทางในการปฏิสัมพันธ์กันส่วนลักษณะหน้าที่คือชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของและด้านคำแนะนำปรึกษา

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การที่บุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายหรือสายใยครอบครัว จะทำบุคคลนั้นรู้จักและเข้าใจตนเอง ได้รับความรักความช่วยเหลือต่างๆ ตลอดจนได้รับความสำคัญจากบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหา และปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ตามความคาดหวังของสังคม การพิจารณาแรงสนับสนุนทางสังคม จึงจำเป็นต้องพิจารณาทั้งทางลักษณะโครงสร้างลักษณะทางการปฏิสัมพันธ์ และ หน้าที่ของเครือข่ายประกอบกัน แนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมมักกล่าวถึงลักษณะทางโครงสร้างของแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ความหนาแน่น ความถี่ และระดับความเกี่ยวพันของสมาชิกในเครือข่าย ส่วนหน้าที่ของบุคคลในเครือข่าย ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านวัตถุ และด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งบางครั้งบุคคลที่มีความสมบูรณ์ในด้านโครงสร้างของเครือข่ายก็อาจจะได้รับแรงสนับสนุนหรือความช่วยเหลือจากสมาชิกที่อยู่ในเครือข่ายนั้นด้วย

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย เนื่องจากมีส่วนช่วยความตั้งใจ ในการแสดงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไปสู่พฤติกรรมอันเหมาะสม โดยบุคคลในเครือข่ายสังคม เช่น สมาชิกในครอบครัว ผู้ใกล้ชิด จะเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ

ทั้งอำนวยความสะดวก สร้างความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ ทำให้บุคคลมีอารมณ์มั่นคงส่งผลให้ระบบประสาท ต่อมไร้ท่อ ระบบคุ้มกันโรคทำงานดีขึ้น และยังส่งเสริมให้ต่อสู้ปัญหาที่มีการปฏิบัติต่อสุขภาพที่ดี เช่น เป็นตัวลดความเครียดซึ่งเมื่อเกิดความเครียดคนเราจะมีความรู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกด้อยและไม่เห็นคุณค่าของตนเอง จึงเป็นสาเหตุให้คนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคลดลง นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมยังทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารเพื่อนำมาใช้ประโยชน์แก่สุขภาพตนเองอีกด้วย (Langlie. 1977 : 252) จากการศึกษาของ เดอร์ อาโรโจ (อรุณีไพ วิมลไชย. 2538 : 47 ; อ้างอิงจาก De Araujo. 1973. *Life change. Coping Ability and Chronic Intensive Asthma.* pp. 359 - 369) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบที่ทำการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลด้วยยาสเตียรอยด์ (Steroid) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอัตราการใช้สเตียรอยด์ (Steroid) ลดลงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แบลคแลนด์ และ ลอบเวล (Backland; & Lundwall. 1975 ; อ้างอิงจาก ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 154) ซึ่งพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพของบุคคล จากการศึกษาพบว่าอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจาก ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการจากแพทย์ พยาบาล อย่างสม่ำเสมอ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และหายจากโรคดังกล่าวมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและจากการศึกษาของ คอฟฟ์และ คาสส์ (Coff; & Kasl. 1977 : 179) ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบจากการสังเกตอาการรวมของข้อเท้าจากการสัมภาษณ์ พบว่าการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของการอักเสบของข้อได้

ดังนั้นนับได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัย จากการศึกษาวิจัยต่างๆที่นำแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยได้ส่วนด้านพฤติกรรมป้องกันการโรคนั้น แรงสนับสนุนมีความสำคัญยิ่งเพราะแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเอง เพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันโรคและการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันการโรค

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคมีหลายปัจจัยประกอบกันซึ่ง ได้แก่ การรับรู้และการนึกคิดของบุคคล ร่วมกับ ปัจจัยด้านประชากรและด้านจิตสังคมหรือลักษณะส่วนบุคคล ซึ่ง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค ฐานะทางสังคม และ ความรู้ที่ได้จากสื่อมวลชน แรงสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ ศึกษาถึง

พฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษา โดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การกระทำใดๆในการดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตีบที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจและ เป็นการกระทำเพื่อป้องกันการดำเนินโรคมะให้เกิดการดำเนินเร็วขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยทางลักษณะส่วนบุคคลซึ่งน่าจะมีผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ หลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคลดังนี้คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติโรคประจำตัว ระดับดัชนีมวลกาย ความรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. เพศ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยซึ่งโดยเฉลี่ย อายุขัยของเพศหญิงจะสูงกว่าเพศชายประมาณ 5 - 6 ปี ทั้งนี้เนื่องจากอัตราการตายด้วยโรคต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (พรทิพย์ สินประสงค์. 2532 :14) การที่ชายมีอัตราการตายที่สูงกว่าหญิง อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของฮอร์โมน สิ่งแวดล้อมในการทำงานและความแตกต่างของนิสัยในของผู้ชายและหญิง เพศเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม โดยเฉพาะ สังคมไทย เพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำของครอบครัวมีร่างกายที่แข็งแรง ส่วนเพศหญิงสังคม กำหนดให้เป็นแม่บ้านเป็นเพศที่อ่อนแอ จึงมีผลให้เพศหญิงมีความรู้สึกว่ามีความสามารถทางร่างกาย ต่ำกว่าเพศชาย มีระดับการพึ่งพาผู้อื่นและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันมากกว่าเพศชาย (Hanton; & Pickett. 1984 : 44) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทของเพศชาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันถูกจำกัดต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้รู้สึกว่ตนเองไม่มีคุณค่าเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในตนเอง ส่วนเพศหญิงการเจ็บป่วยมีผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง เช่นกันแต่น้อยกว่า (ทัศนีย์ จินางกูร. 2530 : 84) นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างจะเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศเช่นการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มักจะพบในเพศชาย มากกว่าเพศหญิงจึงทำให้พฤติกรรมป้องกันการโรคมีความแตกต่างกันจากการศึกษาของ ลักการีเนน และเฮ็นตินิน (Lakkarinen; & Hentinen. 1997 : 295 - 304) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์น้อยและจากการศึกษาของวีนุช ไตรรัตน์ภาส (2545 : 79) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี พบว่าเพศต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สมปอง ใจกล้า(2545 : 98)พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัด นครปฐมที่มีเพศต่างกันส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของตริณาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 73)

ได้ศึกษา การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระราชินีนาถ โรงพยาบาล ศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 117) ที่ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมืองจังหวัดนนทบุรี พบว่า ประชาชนเขตเมืองที่มีเพศต่างกันมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกาญดา หนูรักษ์ (2546 : 99) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีเพศต่างกัน พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน จะเห็นว่าจากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับตัวแปรเพศพบว่ามีความแตกต่างกันซึ่งผู้วิจัยคาดว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจมีเพศต่างกันน่าจะมี พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

2. อายุ เป็นข้อบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามระดับพัฒนาการของอายุหรืออาจกล่าวได้ว่า อายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่างๆของบุคคลโดยจะรวมถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคด้วยซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ สมปอง ใจกล้า (2545 : 98) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาล นครปฐม จังหวัด นครปฐมที่มีอายุต่างกันการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ตรีนานช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 75) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีอายุต่างกันจะมีการดูแลตนเองต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 118) พบว่าการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง จังหวัด นนทบุรี มีอายุต่างกันการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน และจากการศึกษาของสุกาญดา หนูรักษ์ (2546 : 105) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน จากการศึกษาทั้งทฤษฎี และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคซึ่งมีผู้ศึกษาไว้แตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจมีอายุต่างกัน น่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

3. ระดับการศึกษา ถือได้ว่าระดับการศึกษาเป็นตัวทำนายที่ดีตัวหนึ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีอิทธิพลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยการศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้และเข้าใจในเรื่องราวต่างๆโดยเฉพาะเรื่องพฤติกรรมอนามัย จากการศึกษาของ คาสส์และคอบบ์ (Kast; & Cobb. 1966 : 250 - 251) พบว่าระดับการศึกษามี

ความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการดูแลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ได้รับการศึกษาต่ำ และจากการศึกษาของ แลนเกีย (ตริณาส โกวิทเจริญตระกูล. 2542 : 32 ; อ้างอิงจาก. Langlie. 1977. *Interrelationships among preventive health behavior : A test of competing Hypothesis.* pp. 253) ศึกษาถึง โครงข่ายสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กล่าวคือ ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมี พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โภชนาการที่ดี รับการตรวจสุขภาพ รับภูมิคุ้มกันโรค ใช้เข็มขัดนิรภัย ขณะขับรถ มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ จากการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 118) พบว่า การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง จังหวัด นนทบุรี มีระดับการศึกษา ต่างกัน การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกันและจากการศึกษาของวีรณัฐ ไตรรัตน์ ภาส (2545 : 80) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วย นอก โรงพยาบาลราชบุรี พบว่าระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน จากการศึกษาทั้งทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รักษา โดยการขยายหลอดเลือดหัวใจมีระดับการศึกษาต่างกันน่าจะมี พฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำของ หลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน นั่นคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีพฤติกรรมการ ป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

4. อาชีพ ถือได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเพราะอาชีพบางอย่างต้องใช้ บุคคลที่มีความรู้ ความสามารถสูง เช่น อาชีพราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มักจะเป็นคนที่มี การศึกษาสูงและมีรายได้ ทำให้สามารถที่จะเรียนรู้ รับรู้ และเข้าใจต่อภาวะสุขภาพของตน รวมทั้ง สามารถหาแหล่งสนับสนุน เมื่อต้องการได้ดีกว่าบุคคลที่มีอาชีพด้อยกว่า จากการศึกษาของ ตริณาส โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 76) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีอาชีพต่างกันมีการดูแลตนเอง ต่างกัน โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจจะมีการ ดูแลตนเองดีกว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพค้าขาย รับจ้าง ธุรกิจ เกษตรกรรมและไม่ ประกอบอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมปอง ใจกล้า (2545 : 99) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจผู้มีอาชีพต่างกันการส่งเสริมสุขภาพต่างกันโดยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพ ราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี แตกต่างจาก อาชีพ รับจ้าง ค้าขายและ อาชีพอื่นๆ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอาชีพเกษตรกรรมมีการส่งเสริม สุขภาพในระดับดี แตกต่างจากอาชีพค้าขายและอาชีพอื่นๆ ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

หัวใจที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจต่างกันน่าจะมี พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

5. รายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และสำคัญต่อการมีศักยภาพของบุคคลในการดูแลหรือส่งเสริมสุขภาพตนเอง (Pender. 1982 : 163) จัดเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งที่มีผลทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลดีขึ้น ทั้งในด้านการศึกษาหาความรู้ การพัฒนาความสามารถในการป้องกันโรคของตนเอง รายได้จึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เพนเดอร์ (Pender. 1982 : 161 - 162) กล่าวว่ารายได้เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองโดยผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีโอกาสดีกว่าในการแสวงสิ่งมีประโยชน์ต่อตนเอง จากการศึกษาของเพนเดอร์ พบว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำมักจะมีการศึกษาน้อยทำให้มีข้อจำกัดใน การรับรู้ เรียนรู้ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และจากการศึกษาของ คาสล์ และ คอบบี้ (Kasl; & Cobb. 1966 : 250 - 251) พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจมีรายได้ต่างกันน่าจะมี พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

6. สถานภาพสมรส จากการศึกษาสถานภาพสมรส พบว่า มีส่วนเกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม คือ คนที่แต่งงานแล้วจะมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าคนโสด หรือ มีสถานภาพ หย่า แยก ซึ่งพบว่า บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมดีจะมีการปรับตัวแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดี มีวิธีการจัดการความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย (Hubbard; et al. 1983 : 155 - 163) พบว่าหญิงที่แต่งงานมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคได้ดีกว่าหญิงที่เป็นโสด แต่การศึกษาในด้านการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและการบาดเจ็บอื่นๆ (Health Protective Behavior) พบว่าสถานภาพสมรสไม่ได้มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวสอดคล้อง กับ การศึกษาของตรีนาท โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 77) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่จากการศึกษาของ นิรนาท วิทโยคกิตติกุล (2534: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง และ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองนั้นแสดงว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตโดยเฉพาะในด้านความรู้สึก ความคิด ความเชื่อและรวมไปถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รักษาโดยการขยาย

หลอดเลือดหัวใจมีสถานภาพต่างกันน่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

7. ระยะเวลาการเจ็บป่วย เนื่องจากระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัวเพราะธรรมชาติของมนุษย์จะต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Marino ; & Koose. 1981 : 56) และ คอทท์เคท (Kottket. 1982 : 60 - 62) กล่าวว่าระยะเวลานานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ มีความเชื่อมั่นในตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งตรงกับคำกล่าวของ เบล (Bell. 1977 : 137) ได้กล่าวไว้ว่า เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยจะค่อยๆเรียนรู้การเผชิญต่อปัญหาได้อย่างเหมาะสมและแก้ไขได้มากขึ้นตามลำดับ จากการศึกษาของ จีวรธรณ อินคัม (2541 : บทคัดย่อ) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ ซึ่งอธิบายได้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคนี้ระยะแรกจะมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจและพฤติกรรมการตอบสนอง ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว โกรธ ซึมเศร้า ปฏิเสธและถดถอย ไม่ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย เมื่อเวลาผ่านไประยะเวลานึงผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับและพยายามปรับตัวต่อรูปแบบการดำเนินชีวิต

8. ประวัติโรคประจำตัว ถือได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเองนำไปสู่ความต้องการที่จะมีสุขภาพดี สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคพบว่า นอกจากสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพแล้วปัจจัยภายในได้แก่องค์ประกอบทางปัญญา เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งเกิดจาก การได้รับความรู้จากทีมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง และประสบการณ์การเจ็บป่วยและประวัติโรคประจำตัวอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง(ปริศนา วรรณท์. 2541 : 53)ส่งผลให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลต่อสุขภาพของตัวผู้ป่วยเอง ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันโรคเพื่อมิให้ความเจ็บป่วยของตนรุนแรงมากขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเช่นเดียวกันแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดแล้วหากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่นๆร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ดังนั้นการระมัดระวังต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษา โดยการมีพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดจึงมีความจำเป็น ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีประวัติโรคประจำตัวต่างกันน่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

9. ความรู้เกี่ยวกับโรค ถือได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับพฤติกรรมป้องกันโรค การมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุ การดำเนินของโรค ซึ่งการมีความรู้และความเข้าใจในโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่อย่างดี ย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวว่า ตนเองจะมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นหรือกลับมาเป็นซ้ำอีกหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันโรคหรือดูแลตนเองไม่ดี จากการศึกษาของ ศศิธร เจริญบุญ (2544 : 106 - 107) เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาล รามาธิบดี พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตมีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการศึกษาของ กาญจนา คุ่มภัย (2544 : 136 - 137) เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสินกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง หากแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริรัตน์ วงษ์สำราญ (2547 : 80) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล กรุงเทพมหานคร พบว่า นักศึกษาที่มีความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบี ต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ไม่แตกต่างกัน และ จากการศึกษาของ สอนง เพชรคง (2541 : 92) เรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจมีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจตีบต่างกัน น่าจะมี พฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ หลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยดังนี้

งานวิจัยในต่างประเทศ

แลงลี (Langlie. 1977 : 244 - 260) ศึกษาถึงพฤติกรรมป้องกันโรคและรักษาสุขภาพของ ผู้ใหญ่ในเมือง จำนวน 400 คน พบว่าผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อกับเพื่อนบ้านมาก จะมีการปฏิบัติตน ในการป้องกันโรค ในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟันและอื่น ๆ ดีกว่าผู้ติดต่อกับบุคคลอื่นด้วย

บราวน์และคณะ (Brown; et al. 1983 : 155 - 163) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ค่านิยมด้านสุขภาพและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ที่เป็นชนชั้นกลาง มีสุขภาพดีจำนวน 63 คน แบบวัดในการส่งเสริมสุขภาพมี 24 ข้อ ประกอบด้วยด้าน โภชนาการ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความตึงเครียด ความปลอดภัยการใช้ยาและการป้องกัน ผลพบว่า ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค

ลีเวนทาล (Leventhal. 1983 : 332) ศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพในด้านการปฏิบัติตนต่อสุขภาพ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 396 คน แบ่งเป็นชาย 196 คน หญิง 200 คน พบว่า พฤติกรรมโรคของบุคคลเพิ่มขึ้นตามอายุยกเว้นพฤติกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น การออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิค

ฮับบาร์ดและคณะ (Hubbard; et al. 1984 : 266 - 269) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม กับ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านสุขภาพโดยศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพปกติ 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 มีอายุ 55 ปีขึ้นไปมีอายุเฉลี่ย 70 ปี จำนวน 97 ราย กลุ่มที่ 2 อายุระหว่าง 15 - 77 ปี มีอายุเฉลี่ย 44 ปี จำนวน 133 ราย ใช้แบบแผนการดำเนินชีวิต (The Lifestyle Questionnaire) ที่สร้างโดย บราวน์ และคณะ โดยวัดกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การป้องกันอันตราย การใช้ยาและการป้องกันโรค และใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลที่สร้างโดย แบรนต์และไวเนอร์ส วัดแรงสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ความใกล้ชิดผูกพัน, การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การได้รับข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์ และ ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของต่างๆ, การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน เช่น การมีโอกาสดูแลผู้อื่นหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น, การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และ การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ โดยคนที่แต่งงานจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าคนโสด และคนโสดจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด

มูเลนแคมป์และคณะ (Muhlenkamp; et al. 1985: 327 - 332) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ค่านิยมด้านสุขภาพและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 75 คน ที่มาสถานพยาบาล ติดตามประเมินสุขภาพของผู้ป่วยจำนวน 2 ปี ผลปรากฏว่า ความเชื่ออำนาจโดยบังเอิญมีความสัมพันธ์ในทางลบกับแบบแผนชีวิต ความเชื่ออำนาจผู้อื่นสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคและสัมพันธ์ในทางลบกับผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยต่างๆและอยู่ในภาวะวิกฤตต่างๆ

เคอร์ (Kerr. 1986 : 87 - 93) ทำวิจัยเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจ - ภายนอกตนด้านสุขภาพกับการลดค่าล่างของความดันโลหิต ใช้กลุ่มตัวอย่าง 113 ราย ซึ่งมีความดันโลหิตมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท เป็นเพศชาย 60 เพศหญิง 53 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความเชื่อความบังเอิญสูงจะลดความดันโลหิตของตนเองได้น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจความบังเอิญต่ำ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองสูง จะลดความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองต่ำ ซึ่งจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองสูงจะมีพฤติกรรมทางสุขภาพไปในทางบวก และจากการวิเคราะห์ด้วยทางสถิติ Multiple regression พบว่าความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมลดความดันโลหิตได้ร้อยละ 8.6

มูเลนแคมป์ และ เซเลส (Muhlenkamp; & Sayles. 1986 : 334 - 338) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม ความภาคภูมิใจในตนเอง และ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ใหญ่ที่พักในอพาร์เมนต์ จำนวน 98 ราย ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเอง และ ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้สูงขึ้น

เซฟเฟอร์ และ คณะ (Shacfer; et al. 1986 : 179 - 185) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับแรงสนับสนุน และ ไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว กับ การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่จำนวน 54 ราย และวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 19 ปี จำนวน 18 ราย ผลการศึกษาพบว่าในครอบครัววัยรุ่นที่มีมนุษย์สัมพันธ์ไม่ดีจะมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีและในผู้ใหญ่พบว่าแผนการรักษาไม่ได้เต็มที่ และ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี

เวอร์เนทและไวท์ (Wernet; & Weiss. 1987 : 160 - 165) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน กับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มพนักงานที่ทำงานในสถาบันสุขภาพ จำนวน 123 คน พบว่า บุคคลที่ประวัติเข้าร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค สนใจหาข่าวสารความรู้ในด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค มีความเชื่ออำนาจโดยบังเอิญน้อยกว่าอีกกลุ่มหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญและพบว่า มีความเชื่ออำนาจภายในตนค่อนข้างสูงแสดงให้เห็นว่า การมีพฤติกรรมป้องกันโรคสามารถทำนายได้ด้วยความเชื่ออำนาจภายใน และภายนอกตนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะความเชื่ออำนาจโดยบังเอิญ

ลักการีเนน และ เฮ็นติเนน (Lukkarinen; & Hentinen. 1997 : 295 - 304) ศึกษาถึงการดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 250 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการดูแลสุขภาพตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า การประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพ การตัดสินใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

หัวใจมีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ แรงจูงใจ และปัจจัยทางกายภาพ สิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพของตนเอง คือ ความพึงพอใจและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่ อายุ เพศ สภาพสังคม รายได้ ฐานะ พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การป่วยเป็นโรค เช่น เบาหวาน แต่การพึงพอใจในเพศสัมพันธ์มีส่วนสำคัญน้อย

โรซา (Rosa. 1997 : 452) ได้ศึกษาถึงการปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมใหม่ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดอุดตันที่มีผลมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต เพื่อส่งเสริมสุขภาพและความเครียดทางจิตของชาวเปอร์โตริกันกับโรคหลอดเลือดอุดตัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมใหม่ ความรู้ในเรื่องโรคหัวใจ พฤติกรรมการใช้ชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และความเครียดทางจิตในกลุ่มของชาวเปอร์โตริกันทั้งเพศชายและหญิง ที่จะส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดอุดตัน ในเมืองนิวยอร์ก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นผู้ป่วย โรคหลอดเลือดอุดตันชาวเปอร์โตริกันที่มีรายได้ต่ำจำนวนทั้งสิ้น 80 คน อายุระหว่าง 32 - 84 ปี โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มจะปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมใหม่ต่ำลง พฤติกรรมการใช้ชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพลดลง และมีแนวโน้มที่จะรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่ากลุ่มควบคุมความเครียดทางจิตสูงขึ้นไปเล็กน้อย การดูแลรับผิดชอบสุขภาพและด้านโภชนาการสูงขึ้น โดยพบว่าเพศหญิงมีโภชนาการดีกว่าเพศชาย

งานวิจัยภายในประเทศ

อัครา โประเสรีสวัสดิ์ (2531 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนในด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย วัดพฤติกรรมการปฏิบัติตนในด้านสุขภาพ และ วัดแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองผลการศึกษพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกพฤติกรรมการปฏิบัติตนในด้านสุขภาพ

จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับ ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และ พบว่าเพศหญิงมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าเพศชายและเมื่อนำปัจจัยบางประการและแรงสนับสนุนทางสังคมเข้าในสมการการทำนายทำนายถดถอย พบว่าทำนายความสามารถในการดูแลตนเองพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษารายได้ของครอบครัว สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ

จอนณะจิง เฟิงจาด (2533 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนด้านสุขภาพ ปัจจัยบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่น ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่พบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยบางประการ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองแต่พบว่า ระยะเวลาในการศึกษา มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนด้านสุขภาพ และ ปัจจัยบางประการเข้าในสมการทำนายถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า ระยะเวลาในการศึกษาเป็นเพียงตัวเดียว ที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 14.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัศมีแข วิโรจน์รัตน์ (2534 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดเพื่อป้องกันโรคเอดส์จำนวน 130 ราย ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเชื่ออำนาจโดยบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางลบกับ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ความเชื่ออำนาจภายในตน และ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์ กับ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความเชื่ออำนาจโดยบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางลบ กับ ความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับ ความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจำนวน 149 คน ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาในการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายในตน และความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณเพื่อทดสอบอำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐาน แรงสนับสนุนทางสังคมและความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนด้านสุขภาพ ต่อความสามารถในการดูแลตนเองพบว่า เชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่น แรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษาสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รวมพร คงกำเนิด (2536 : บทคัดย่อ) ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย

กำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่า แบบแผนแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองมี 3 รูปแบบคือ ผู้ป่วยที่มีสัมพันธใกล้ชิดกับครอบครัว มีความคิด ความเชื่อ ในทิศทางเดียวกันกับครอบครัว มีผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยมีการควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด และ ใช้ยาของโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียวคล้อยตามแรงสนับสนุนจากครอบครัว ส่วนผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว แต่มีความคิด ความเชื่อ และ มีพฤติกรรมดูแลตนเองในทิศทางตรงข้ามกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ควบคุมอาหารและมีทั้งการใช้ยาเองเพียงอย่างเดียว และ ใช้ร่วมกับยาสมุนไพร และ ผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี โดยบางส่วนมีลักษณะห่างเหิน บางส่วนมีลักษณะขัดแย้ง ผู้ป่วยจึงไม่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองตามความคิด ความเชื่อ และประสบการณ์ของตนเองซึ่งพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องควบคุมอาหารได้ไม่ดี และมีการใช้ยาของโรงพยาบาลร่วมกับยาสมุนไพรอย่างหลากหลาย และยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับความเครียดและความวิตกกังวลสูง

ทรรศนีย์ วงศ์บา (2537 : 63) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกลุ่ม ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนด้านสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับ พฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ ในกองทัพบกที่ 3 จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ ความเชื่ออำนาจโดยบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : บทคัดย่อ) ศึกษาถึงลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง : กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี จุดมุ่งหมายของการศึกษาเพื่อทราบถึงระดับการรับรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคของประชาชนเขตเมืองจังหวัดนนทบุรี ตามตัวแปร อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางครอบครัว แหล่งข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และสถานภาพทางครอบครัว ต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการดูแลสุขภาพของประชาชนเขตเมืองได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพของครอบครัว

ชมพู วิสุทธิเมธีกร (2540 : 109) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กรณีการ พัฒนาผดุงวิทยา (2542 : บทคัดย่อ) ศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร มีความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และ ความเชื่ออำนาจโดยบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ตริณาส โกวิทเจริญตระกูล (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชชนนาถ โรงพยาบาล ศิริราช วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และสถานภาพสมรส รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มี เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว ต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกันการดูแลตนเองต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน การดูแลตนเองไม่ต่างกัน ส่วนตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว มีความสามารถในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01

เพ็ญใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 104) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและการสนับสนุนทางสังคมส่วนย่อย คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ เงินหรือแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ศศิธร เจริญบุญ (2544 : บทคัดย่อ) ศึกษาเกี่ยวกับ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโต ที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะโรงพยาบาล รามาธิบดี ตาม ตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลากการเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในโตและการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจในโต มีการดูแลตนเองระดับพอใช้ และผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในโตต่างกัน มี

การดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้ป่วยโรคนี้ในโตที่มี เพศ ภูมิฐานะ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรค และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคนี้ในโตไม่แตกต่างกัน

มาลี จันทรเทพ (2545 : 67 - 68) ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ อายุ และ รายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ

วีรณัฐ ไตรรัตน์ภาส (2545 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จุดมุ่งหมายการศึกษาเพื่อ ศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนเอง กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรีที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส และความพอเพียงของรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุภาณดา หนูรักษ์ (2546 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิศญา บางศรี (2546 : บทคัดย่อ) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครจำนวน 370 ราย

พบว่า ตัวแปรความเชื่ออำนาจภายใน และ ภายนอกตนด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างของความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศพอจะสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแล้วจะมีชีวิตที่มีความสุขไม่ทุกข์ ธรรมดาจากการเจ็บหน้าอกหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ควรมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้น พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการบริการที่คลินิกโรคหัวใจเป็นอย่างไร และ มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม อีกทั้งปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติโรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมด้วย หรือไม่ อย่างไร

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1 การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง
- 2 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนของการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย
 - 2.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
- 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 4 การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล
- 5 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรกที่มารับบริการติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 413 คน (ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2546: ไม่ปรากฏเลขหน้า)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรกที่มารับบริการติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 200 คน โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ตารางของเครซีและมอร์แกน (ยุทธ ไกยวรรณ, 2545 : 104 - 105 ; อ้างอิงจาก Robert V.Krejcie; & Eayrle W.Morgan. (1970). *Educational & Psycholglcal Measurement.*) และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 5 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติโรคประจำตัว ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ลักษณะของแบบทดสอบเป็นแบบถูก ผิด (True - false item)

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีเพศสัมพันธ์ และการตรวจสุขภาพ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจควบคุมภายใน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองแบบสัมภาษณ์มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ จริงทั้งหมด จริงบางส่วน ไม่จริง ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ลักษณะคือ ข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนทางสังคมทางบวก และข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนทางสังคมทางลบ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมป้องกันการโรค ความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสม

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำรา การวัดผลการศึกษา การวัดและประเมินทางสุขภาพ

3. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเนื้อหาตามกรอบแนวคิด

4. สร้างแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 30 ข้อ พฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจจำนวน 72 ข้อ ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพจำนวน 17 ข้อและแรงสนับสนุนทางสังคมจำนวน 25 ข้อ

5. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนอประธานและ คณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ตรวจเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

6. นำแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ได้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 28 ข้อ พฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจจำนวน 63 ข้อ ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพจำนวน 16 ข้อ และ แรงสนับสนุนทางสังคมจำนวน 24 ข้อ

7. นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้(Try out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน แล้วนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ ได้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 10 ข้อ พฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจจำนวน 29 ข้อ ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพจำนวน 11 ข้อและแรงสนับสนุนทางสังคมจำนวน 15 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ลักษณะของแบบทดสอบเป็นแบบถูก - ผิด (True – false item) แบ่งออกเป็น ความรู้ระดับดี ความรู้ระดับพอใช้ และ ความรู้ระดับควรปรับปรุง มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก	ได้ 1 คะแนน
ตอบผิดหรือไม่ทราบ	ได้ 0 คะแนน

การแปลผลค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์ประเมินผลดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร .2528 : 77)

ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 75.00 - 100 หมายถึง มีความรู้ระดับดี

ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 50.00 - 74.99 หมายถึง มีความรู้ระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 00.00 - 49.99 หมายถึง มีความรู้ระดับควรปรับปรุง

2. แบบสัมภาษณ์วัดพฤติกรรมการป้องกันการติบซ้ำของ หลอดเลือดหัวใจหลังการขยาย หลอดเลือดหัวใจ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อความในแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อความด้านบวก และข้อความด้านลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	1
ไม่เคยปฏิบัติ	0	2

การแปลผลค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์ประเมินผลดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์.2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการติบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ระดับดี

ค่าเฉลี่ย 0.67 - 1.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการติบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ระดับ พอใช้

ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการติบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ระดับ ควรปรับปรุง

3. แบบสัมภาษณ์วัดความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบบสัมภาษณ์มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ประกอบด้วยข้อความทางบวกและลบ แบ่งเป็น 2 ด้าน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่เห็นด้วย	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

การแปลผลค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์ประเมินผลดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูง

ค่าเฉลี่ย 1.67 - 2.33 หมายถึง ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00 - 1.66 หมายถึง ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพต่ำ

4. แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ จริงทั้งหมด จริงบางส่วน ไม่จริง ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ลักษณะคือ ข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนทางสังคมทางบวก และข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนทางสังคมทางลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก(คะแนน)	ข้อความทางลบ(คะแนน)
จริงทั้งหมด	2	0
จริงบางส่วน	1	1
ไม่จริง	0	2

การแปลผลค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์ประเมินผลดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.00 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

ค่าเฉลี่ย 0.67 - 1.33 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.66 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเป็นรายข้อแล้วนำผลการพิจารณาและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม โดยใช้สูตร IC ถ้าได้ข้อคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.5 หรือมากกว่าแสดงว่าข้อความนั้นมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจะตัดข้อคำถามนั้นออกได้ข้อคำถาม 65 ข้อ

2. การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำแบบทดสอบและแบบสัมภาษณ์ที่ได้แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือด

หัวใจในโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน แล้วนำมาตรวจให้คะแนน และ นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าดังนี้

2.1 หาค่าความยากง่าย แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยคิดจากสัดส่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ตอบถูก ในข้อนั้นๆ กับ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ตอบแบบทดสอบทั้งหมด โดยเลือกข้อคำถามที่มีความยากง่ายระหว่าง 0.20 - 0.80 (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 129) ได้ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ พบว่าแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.42 - 0.66

2.2. หาค่าอำนาจจำแนก แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นรายข้อ โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) ซึ่งเป็นค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ และ เลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119) ได้ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ พบว่า แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.12 - 0.52 ข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำผู้วิจัยได้นำข้อคำถามมาปรับปรุงใช้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2.3. หาค่าอำนาจจำแนก แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์วัดความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตน ด้านสุขภาพ และ แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม โดยวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และ เลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117 - 118) ได้ข้อคำถาม พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจจำนวน 29 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.26 - 0.74 ข้อคำถามความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพจำนวน 11 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.28 - 0.78 และ ข้อคำถามแรงสนับสนุนทางสังคมจำนวน 15 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.28 - 0.49

3. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

3.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีค่าความยากง่าย และ มีค่าอำนาจจำแนกใช้ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 (Kuder - Richardson formular 20) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 124) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.65

3.2 นำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์วัดความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพและแบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีค่าอำนาจจำแนกใช้ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา(Alpha - coefficient) ของครอนบาค(Cronbach)(พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 125) โดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90 แบบสัมภาษณ์วัดความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80 และ แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมได้ค่าความเชื่อมั่น 0.66

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทดสอบเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการติดตามการรักษา ที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กรกฎาคม - พฤศจิกายน 2547 โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และ ตัดกระดาษสีติด OPD card เพื่อให้เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคหัวใจทราบว่าเป็นกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจจากแพทย์ เจ้าหน้าที่จะแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างมาพบผู้วิจัยที่บริเวณสถานที่ที่เตรียมไว้ ผู้วิจัยจะถามความสมัครใจในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างและใช้เวลาในการทำ แบบทดสอบ และ แบบสัมภาษณ์คนละประมาณ 15 - 30 นาที

3. เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จแล้วจึงนำแบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์ มาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูล และ ทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสัมภาษณ์ และ ตรวจให้คะแนนแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มีขั้นตอนดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

2.2 แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์วัดพฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจและแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกันโดยการทดสอบค่าที (t - test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1, 8

2.4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยที่มีตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe' method)

2.5 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 10 , 11

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 หาค่าร้อยละโดยใช้สูตร (ประกอบ กรรณสูตร. 2525 : 73)

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

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

F แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นค่าร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 คะแนนเฉลี่ย(Mean) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ; และ อังคณา สายยศ. 2540 :53)

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

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

1.3 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน (Standard deviation) โดยใช้สูตร
 (ล้วน สายยศ; และ อังคณา สายยศ. 2540 : 103)

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

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

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยอาศัยดุลพินิจของผู้เชี่ยวชาญ เรียกว่า Face validity ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลขดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117)

2.1.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหาแล้วแต่ละคนพิจารณาลงความเห็นและให้คะแนน ดังนี้

- +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้น เป็นตัวแทนลักษณะกลุ่มพฤติกรรมนั้น
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้น เป็นตัวแทนลักษณะกลุ่มพฤติกรรมนั้นหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่เป็นตัวแทนลักษณะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่า โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 :117)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะพฤติกรรม
 R แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

2.2 หาค่าความยากง่าย โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 129)

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ P แทน ค่าความยากง่าย
 R แทน จำนวนคนที่ทำข้อนั้นถูกต้อง
 N แทน จำนวนคนที่ทำข้อนั้นทั้งหมด

2.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปโดยวิธี สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

$$r_{pbi} = \frac{\overline{y_p} - \overline{y_q}}{S_y} * \sqrt{pq}$$

เมื่อ r_{pbi} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล
 คือ อำนาจจำแนกประจำข้อ

S_y แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
 $\overline{y_p}$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก
 $\overline{y_q}$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด

p แทน ค่าความยากของข้อสอบข้อนั้น
 q แทน สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นผิด หรือ คือ $(1 - p)$

2.4 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันการติบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ
 หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์วัดความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ และ
 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม โดยวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับ
 คะแนนรวมทั้งฉบับ(Corrected item to total correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 :
 117 – 118)

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

เมื่อ r_{xy} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x และตัวแปร y

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อ(Item) ของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum Y$ แทน ผลรวมของคะแนนรวม(Total)ของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum X^2$ แทน ผลรวมกำลังสองของคะแนน x

$\sum Y^2$ แทน ผลรวมกำลังสองของคะแนน y

$\sum XY$ แทน ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน x กับ y

N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.5 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดยใช้สูตร
 KR-20(Kuder - Richardson formular 20) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 123)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left\{ 1 - \frac{\sum pq}{S_t^2} \right\}$$

เมื่อ r_{tt} แทน ค่าความเชื่อมั่น

n แทน จำนวนข้อ

p แทน สัดส่วนของคนทำถูกในแต่ละข้อ

q แทน สัดส่วนของคนทำผิดในแต่ละข้อเท่ากับ $1-p$

S_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

2.6 หาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันการติบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ แบบสัมภาษณ์วัดความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนเอง สุขภาพ และ แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - coefficient) ของครอนบาค(Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 125)

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

เมื่อ α แทน สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
 n แทน จำนวนข้อ
 s_i^2 แทน คะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
 S_t^2 แทน คะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมุติฐาน

3.1 ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกันโดยการทดสอบค่าที (t - test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1, 8 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2544 : 166)

$$t = \frac{\overline{X_1} - \overline{X_2}}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left[\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{s_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{s_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

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

3.2 ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยที่มีตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7 และ 9 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2544 : 236)

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

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

ถ้าผลทดสอบค่าเอฟมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีเชฟเฟ้(Scheffe' method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2544 : 248 - 249)

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

เมื่อ K	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
F^*	แทน	ค่า F ที่เปิดจากตาราง (Critical Value)
MS_W	แทน	ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม
n	แทน	จำนวนหน่วยตัวอย่างในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

ถ้าจำนวนหน่วยตัวอย่างในแต่ละกลุ่มตัวอย่างไม่เท่ากันจะต้องใช้ $\left(\frac{1}{n_0} + \frac{1}{n_1}\right)$ แทน $(2/n)$

เมื่อ n_0 และ n_1 แทนจำนวนหน่วยตัวอย่างในกลุ่มที่ 1 และ 2 ที่นำมาเปรียบเทียบถ้าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย 2 ค่าใดๆจะมีนัยสำคัญทางสถิติก็ต่อเมื่อค่าความแตกต่างนี้มีค่าเท่ากับ หรือมากกว่า ค่า CVd

3.3 หาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กับ พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 10 และ 11 ดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2544 : 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	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
$\sum X$	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	จำนวนคน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t – distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F – distribution)
P	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
df	แทน	จำนวนค่าความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
SS	แทน	ผลรวมของค่าคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square)
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากข้อมูลที่รวบรวมโดยใช้แบบการสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และเสนอผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ และ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เพศสัมพันธ์ และการตรวจสุขภาพ โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจและนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่แตกต่างกันโดยการทดสอบค่าที (t - test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1, 8 และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7 และ 9 เมื่อพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe' method) และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 10, 11 และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตาราง 3 จำนวน และ ค่าร้อยละ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติโรค ประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ตัวแปรที่ศึกษา		n	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	140	70.00
	หญิง	60	30.00
	รวม	200	100.00
2. อายุ	น้อยกว่า 50 ปี	25	12.50
	50 - 60 ปี	77	38.50
	61 - 70 ปี	73	36.50
	มากกว่า 70 ปี	25	12.50
	รวม	200	100.00
3. ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	81	40.50
	มัธยมศึกษา	53	26.50
	อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	66	33.00
	รวม	200	100.00
4. อาชีพ	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	50	25.00
	ค้าขาย	22	11.00
	เกษตรกรรม	13	6.50
	รับจ้าง/เอกชน/ส่วนตัว	45	22.50
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	70	35.00
	รวม	200	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา		n	ร้อยละ
5. รายได้	ต่ำกว่า 3,001 บาท	22	11.00
	3,001 - 8,000 บาท	25	12.50
	8,001 - 13,000 บาท	27	13.50
	13,001 บาทขึ้นไป	126	63.00
	รวม	200	100.00
6. สถานภาพสมรส	คู่	162	81.00
	โสด	8	4.00
	หม้าย/หย่า/แยก	30	15.00
	รวม	200	100.00
7. ระยะเวลาการเจ็บป่วย	ต่ำกว่า 1 ปี	111	55.50
	1 - 2 ปี	40	20.00
	3 - 4 ปี	19	9.50
	มากกว่า 4 ปี	30	15.00
	รวม	200	100.00
8. ประวัติโรคประจำตัว	มี	134	67.00
	ไม่มี	66	33.00
	รวม	200	100.00
9. ความรู้เกี่ยวกับโรค หลอดเลือดหัวใจ	ดี	84	42.00
	พอใช้	103	51.50
	ควรปรับปรุง	13	6.50
	รวม	200	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70.00 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 30.00

อายุ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่อายุระหว่าง 50 - 60 ปี มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 38.50 รองลงมาคืออายุระหว่าง 61 - 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.50 ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปีและมากกว่า 70 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นกลุ่มละร้อยละ 12.50

ระดับการศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.50 ระดับอุดมศึกษาหรือสูงกว่ามีจำนวนรองลงมาคิดเป็นร้อยละ 33.00 และระดับมัธยมศึกษา มีจำนวนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 26.50

อาชีพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ไม่ได้ประกอบอาชีพมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.00 รองลงมาคือ อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 25.00 อาชีพรับจ้าง/เอกชน/ส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 22.50 อาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 11.00 และอาชีพเกษตรกรรมมีจำนวนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 6.50

รายได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ รายได้ 13,001 บาทขึ้นไปมีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 63.00 รองลงมาคือ รายได้ระหว่าง 8,001 - 13,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 13.50 รายได้ระหว่าง 3,001 - 8,000 บาทคิดเป็น ร้อยละ 12.50 และรายได้ต่ำกว่า 3,001 บาท มีจำนวนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 11.00

สถานภาพสมรส ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ สถานภาพสมรสคู่มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 81.00 รองลงมาคือสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยกคิดเป็นร้อยละ 15.00 และสถานภาพสมรสโสดมีจำนวนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 4.00

ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำกว่า 1 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.50 รองลงมาคือระยะเวลา 1 - 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.00 และมากกว่า 4 ปีคิดเป็นร้อยละ 15.00 ระยะเวลา 3 - 4 ปีมีจำนวนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 9.50

ประวัติโรคประจำตัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีประวัติโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คิดเป็นร้อยละ 67.00 และผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คิดเป็นร้อยละ 33.00

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจระดับพอใช้มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ

51.50 รองลงมาคือความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจระดับดี คิดเป็นร้อยละ 42.00 และน้อยที่สุดคือความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจระดับควรปรับปรุงคิดเป็นร้อยละ 6.50

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของโรคประจำตัวอื่นๆที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประวัติโรคประจำตัว (หนึ่งคนเป็นได้มากกว่าหนึ่งโรค)	n	ร้อยละ
เบาหวาน	70	33.81
ความดันโลหิตสูง	66	31.88
ไขมันในเลือดสูง	26	12.56
เก๊า	15	7.24
หอบหืด	6	2.89
ภูมิแพ้	4	1.93
ไตวายเรื้อรัง	3	1.41
รูมาตอยด์	1	0.48
กระเพาะอักเสบ	3	1.41
ไขข้ออักเสบ	1	0.48
ไทรอยด์	3	1.41
SLE	1	0.48
ต่อมลูกหมากโต	2	1.93
ไวรัสตับอักเสบ	2	1.93
พาร์กินสัน	1	0.48
ต่อกระเจก , ต้อหิน	3	1.41
รวม	207	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่าโรคประจำตัวอื่นๆที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 207 โรค ส่วนใหญ่เป็นโรคกลุ่มปัจจัยเสี่ยงคือโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 33.81 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.88 และไขมันในเลือดสูงคิดเป็นร้อยละ 12.56

ตอนที่2 วิเคราะห์ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยคิดเป็น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตาราง 5 จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกตาม ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ และ ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	n	ร้อยละ	$\bar{X}$	S	ระดับ
ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ					
สูง	184	92.00	2.81	0.28	
ปานกลาง	14	7.00	2.12	0.13	
ต่ำ	2	1.00	1.31	0.19	
รวม	200	100	2.75	0.28	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคม					
สูง	135	67.50	1.70	0.15	
ปานกลาง	52	26.00	1.03	0.20	
ต่ำ	13	6.50	0.48	0.14	
รวม	200	100.00	1.44	0.42	สูง

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และมีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีเพศสัมพันธ์ และ การตรวจสุขภาพ โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ตาราง 6 จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีเพศสัมพันธ์ และ การตรวจสุขภาพ

พฤติกรรมป้องกัน	n	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
1.การบริโภคอาหาร	200	1.39	0.35	ดี
2.การออกกำลังกาย	200	1.30	0.57	พอใช้
3.การจัดการกับความเครียด	200	1.33	0.36	พอใช้
4. การสูบบุหรี่	200	1.65	0.47	ดี
5.การดื่มสุรา	200	1.37	0.55	ดี
6. การมีเพศสัมพันธ์	200	1.14	0.53	พอใช้
7.การตรวจสุขภาพ	200	1.80	0.27	ดี
พฤติกรรมป้องกันรวมทั้ง 7 ด้าน	200	1.42	0.24	ดี

จากตาราง 6 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจรวมทั้ง 7 ด้านอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย = 1.42 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.24) และพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย = 1.39 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.35) พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย = 1.30 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.57) พฤติกรรมการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย = 1.33 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.36)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย = 1.65 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.47)

พฤติกรรมการดื่มสุร่าอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย = 1.37 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.55)

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย = 1.14 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.53)

พฤติกรรมการตรวจสุขภาพอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย = 1.80 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.27)

ตาราง 7 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจจำแนกตามระดับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือด

ระดับพฤติกรรมป้องกัน	จำนวน	ร้อยละ
ดี	140	70.00
พอใช้	60	30.00
ควรปรับปรุง	0	0
รวม	200	100

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 70.00 พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 30.00

ตอนที่ 4 วิเคราะห์พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจและนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตาราง 8 จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติโรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรมการป้องกัน
1. เพศ				
ชาย	140	1.43	0.24	ดี
หญิง	60	1.41	0.24	ดี
2. อายุ				
น้อยกว่า 50 ปี	25	1.41	0.25	ดี
50 – 60 ปี	27	1.42	0.24	ดี
61 – 70 ปี	73	1.46	0.23	ดี
มากกว่า 70 ปีขึ้นไป	25	1.37	0.22	ดี
3. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	81	1.35	0.26	ดี
มัธยมศึกษา	53	1.48	0.20	ดี
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	66	1.46	0.22	ดี

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรมกำบังกัน
4. อาชีพ				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	50	1.43	0.20	ดี
ค้าขาย	22	1.39	0.28	ดี
เกษตรกรรม	13	1.38	0.31	ดี
รับจ้าง/เอกชน/ส่วนตัว	45	1.47	0.24	ดี
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	70	1.41	0.23	ดี
5. รายได้				
ต่ำกว่า 3,001 บาท	22	1.28	0.26	พอใช้
3,001 – 8,000 บาท	25	1.40	0.20	ดี
8,001 – 13,000 บาท	27	1.42	0.25	ดี
13,001 บาทขึ้นไป	126	1.45	0.23	ดี
6. สถานภาพสมรส				
คู่	162	1.44	0.23	ดี
โสด	8	1.31	0.28	พอใช้
หม้าย/หย่า/แยก	30	1.36	0.26	ดี
7. ระยะเวลาเจ็บป่วย				
ต่ำกว่า 1 ปี	111	1.42	0.22	ดี
1 – 2 ปี	40	1.42	0.25	ดี
3 – 4 ปี	19	1.48	0.25	ดี
มากกว่า 4 ปี	30	1.42	0.27	ดี
8. ประวัติโรคประจำตัว				
มี	134	1.44	0.23	ดี
ไม่มี	66	1.39	0.25	ดี

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S	ระดับพฤติกรรมป้องกัน
9. ความรู้เกี่ยวกับโรค				
ระดับดี	84	1.49	0.22	ดี
ระดับพอใช้	103	1.38	0.23	ดี
ระดับควรปรับปรุง	13	1.36	0.32	ดี
รวม	200	1.42	0.24	ดี

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจจำแนกตามตัวแปรดังนี้

เพศ พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับดี เพศชายคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.43 เพศหญิงคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.41

อายุ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอายุ 61 - 70 ปีมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจมากที่สุดเท่ากับ 1.46 รองลงมาคือ อายุ 50 - 60 ปี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.42 อายุต่ำกว่า 50 ปี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.41 และอายุมากกว่า 70 ปีมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 1.37

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจมากที่สุดเท่ากับ 1.48 คะแนนเฉลี่ยรองลงมา คือการศึกษาระดับอุดมศึกษาหรือสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.46 และการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1.35

อาชีพ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้าง/เอกชน/ส่วนตัว มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจมากที่สุดเท่ากับ 1.47 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมาเท่ากับ 1.43 อาชีพค้าขายคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.39 และอาชีพเกษตรกรมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 1.38

รายได้ พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ 13,001 บาทขึ้นไปรายได้ 8,001 - 13,000 บาท และรายได้ 3,001 - 8,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.45 , 1.42 , 1.40 ตามลำดับ พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับดี ส่วนกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,001 บาทมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.28 พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับพอใช้

สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส คู่ และ หม้าย/หย่า/แยก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.44 , 1.36 ตามลำดับ พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับดีและกลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส โสด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.31 พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับพอใช้

ระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง 3 - 4 ปี มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจมากที่สุดเท่ากับ 1.48 และระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำกว่า 1 ปี , 1 - 2 ปี , มากกว่า 4 ปี มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมาเท่ากับ 1.42

ประวัติโรคประจำตัว พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจมากที่สุดเท่ากับ 1.44 และผู้ป่วยไม่มีประวัติโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.39

ความรู้เกี่ยวกับโรค พบว่า ผู้ป่วยความรู้เกี่ยวกับโรคระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด เท่ากับ 1.49 ความรู้ระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยรองลงมาเท่ากับ 1.38 และ ความรู้ระดับควรปรับปรุงมีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุดเท่ากับ 1.36

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ตาราง 9 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตาม เพศ และ ประวัติโรคประจำตัว

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S	t	p
เพศ					
ชาย	140	1.43	0.23	0.35	0.72
หญิง	60	1.41	0.24		
ประวัติโรคประจำตัว					
มี	134	1.44	0.23	1.41	0.15
ไม่มี	66	1.39	0.25		

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจเพศ ต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพศ ต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มีและไม่มีประวัติโรคประจำตัวอื่นๆนอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ประวัติโรคประจำตัว ต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตีซ้ำของ
 หลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ
 จำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย
 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
1. อายุ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.17	0.05	0.98	0.400
	ภายในกลุ่ม	196	11.46	0.05		
	รวม	199	11.64			
2. ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	2	0.70	0.35	6.31*	0.002
	ภายในกลุ่ม	197	10.94	0.05		
	รวม	199	1.64			
3. อาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	4	0.18	0.04	0.76	0.540
	ภายในกลุ่ม	195	11.46	0.05		
	รวม	199	11.64			
4. รายได้	ระหว่างกลุ่ม	3	0.61	0.20	3.61*	0.014
	ภายในกลุ่ม	197	11.03	0.05		
	รวม	199	11.64			
5. สถานภาพสมรส	ระหว่างกลุ่ม	2	0.26	0.13	2.26	0.106
	ภายในกลุ่ม	197	11.38	0.01		
	รวม	199	11.64			
6. ระยะเวลาการ เจ็บป่วย	ระหว่างกลุ่ม	3	0.05	0.01	0.32	0.809
	ภายในกลุ่ม	196	11.58	0.05		
	รวม	199	11.64			

ตาราง 10 (ต่อ)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
7. ความรู้เกี่ยวกับโรค	ระหว่างกลุ่ม	2	0.57	0.28	5.07*	0.007
	ภายในกลุ่ม	197	11.07	0.05		
	รวม	199	11.64			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อายุต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2

ระดับการศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 3 จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีเชฟเฟ (Scheffe' method) ดังปรากฏตามตาราง 11

อาชีพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 4

รายได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ รายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 5 จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีเชฟเฟ (Scheffe' method) ดังปรากฏตามตาราง 11

สถานภาพสมรส ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ สถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 6

ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 7

ความรู้เกี่ยวกับโรค ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ระดับความรู้เกี่ยวกับโรค ต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 9 จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธี เชฟเฟ (Scheffe' method) ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมป้องกันการติบซ้ำของ
 หลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ
 จำแนกตาม ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรค

ตัวแปรที่ศึกษา	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า		มัธยมศึกษา	อุดมศึกษาหรือสูงกว่า		
	n	$\bar{X}$	1.35	1.48	1.46	
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า						
กว่า	81	1.35	-	0.13*	0.11*	
มัธยมศึกษา	53	1.48	-	-	0.01	
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	66	1.46	-	-	-	
รายได้			ต่ำกว่า 3,001 บาท / เดือน	3,001 – 8,000 บาท / เดือน	8,001 – 13,000 บาท / เดือน	มากกว่า13,001 บาท / เดือน
	n	$\bar{X}$	1.28	1.40	1.42	1.45
ต่ำกว่า3,001 บ / ด	22	1.28	-	0.12	0.14	0.17*
3,001 – 8,000 บ / ด	25	1.40	-	-	0.02	0.05
8,001 – 13,001 บ /ด	27	1.42	-	-	-	0.03
มากกว่า13,001 บ / ด	126	1.45	-	-	-	-
ความรู้เกี่ยวกับโรค			ระดับควรปรับปรุง	ระดับพอใช้	ระดับดี	
	n	$\bar{X}$	1.36	1.38	1.49	
ระดับควรปรับปรุง	13	1.36	-	0.01	0.12	
ระดับพอใช้	103	1.38	-	-	0.10*	
ระดับดี	84	1.49	-	-	-	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา และ อุดมศึกษาหรือสูงกว่า มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจดีกว่าการศึกษาระดับการศึกษาประถมหรือต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รายได้ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจรายได้มากกว่า 13,001 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ดีกว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,001 บาทต่อเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความรู้เกี่ยวกับโรค พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคดีมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ดีกว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคระดับพอใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพและ แรงสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมป้องกันการการติบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ตาราง 12 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ และ แรงสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมป้องกันการการติบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 200 ราย

พฤติกรรมป้องกันการติบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ	n	r	p
ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	200	0.147*	0.03
แรงสนับสนุนทางสังคม	200	0.237*	0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 12 แสดงว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($r = 0.147$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($r = 0.237$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติโรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ และ แรงสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า

- 1.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน
- 2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน
- 3.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน
- 4.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน
- 5.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน
- 6.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจต่างกัน

7.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

8.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีประวัติโรคประจำตัวต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

9.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

10.ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

11.แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรกที่มารับบริการติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 413 คน(ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 2546 : ไม่ปรากฏเลขหน้า)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจครั้งแรกที่มารับบริการการรักษที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 200 คน โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ตารางของเครซีและมอร์แกน(ยูทธ ไทยวรรณ . 2545 : 104 - 105 ; อ้างอิงจาก Robert V.Krejcie; & Eayrle W.Morgan. (1970). Educational & Psychological Measurement) และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 5 ตอนดังนี้

ตอนที่1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติโรคประจำตัว ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ลักษณะของแบบทดสอบเป็นแบบถูก ผิด (True - false item)

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีเพศสัมพันธ์ และการตรวจสุขภาพ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจควบคุมภายใน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองแบบสัมภาษณ์มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ จริงทั้งหมด จริงบางส่วน ไม่จริง ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ลักษณะคือ ข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนทางสังคมทางบวก และข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนทางสังคมทางลบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากข้อมูลที่รวบรวมโดยใช้แบบการสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และเสนอแนะผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในในด้านสุขภาพ และ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีเพศสัมพันธ์ และการตรวจสุขภาพ โดยหา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจและนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่แตกต่างกันโดยการทดสอบค่าที (t - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 8 และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7 และ 9 เมื่อพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe' method) และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพและ แรงสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 10, 11 และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาค้นคว้า

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70.00 อายุระหว่าง 50 - 60 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.50 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพมีจำนวนมากที่สุด รายคิดเป็นร้อยละ 35.00 รายได้ 13,001 บาทขึ้นไปมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.00 สถานภาพสมรสคู่มิมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.00 ระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำกว่า 1 ปีมี

จำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55.50 มีประวัติโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบคิดเป็นร้อยละ 67.00 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคปัจจัยเสี่ยงคือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจระดับพอใช้มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.50

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้ง 7 ด้านอยู่ในระดับดี พิจารณาในแต่ละด้านพบว่า

4.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี

4.2 พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้

4.3 พฤติกรรมการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับพอใช้

4.4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี

4.5 พฤติกรรมการดื่มสุร่าอยู่ในระดับดี

4.6 พฤติกรรมการใช้เพศสัมพันธ์อยู่ในระดับพอใช้

4.7 พฤติกรรม การตรวจสุขภาพอยู่ในระดับดี

5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า

5.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มี เพศต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน

5.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มี อายุต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน

5.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มี ระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า ผู้ป่วยระดับการศึกษามัธยมศึกษา และอุดมศึกษาหรือสูงกว่า มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ดีกว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาประถมหรือต่ำกว่าตามลำดับ

5.4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มี อาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน

5.5 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มี รายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจรายได้มากกว่า13,001 บาทต่อเดือนมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจรายได้ต่ำกว่า3,001บาทต่อเดือน

5.6 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรส ต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน

5.7 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มี ระยะเวลาการเจ็บป่วย ต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน

5.8 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มีและไม่มีประวัติโรคประจำตัวอื่น ๆนอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน

5.9 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรค ต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคระดับดี มี พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษา โดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ดีกว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคระดับพอใช้

6. ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

7. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย = 1.42 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.24) ทั้งนี้ อาจมีสาเหตุเนื่องจาก การได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนผ่านสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ วารสาร แผ่นพับ ข่าวสารผ่านทาง โทรทัศน์ วิฤตซึ่งแพร่หลายมากเนื่องจาก สถานการณ์ในปัจจุบัน โรคหัวใจเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญนโยบายการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคและการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษา เป็นเป้าหมายที่สำคัญของทีมสุขภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคตลอดเวลา และ จากประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีตผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมักประสบกับอาการเจ็บหน้าอกและแน่นอึดอัด และบางรายมีอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจรุนแรงมาก่อน เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจวายน้ำคั่ง ถือว่าเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี หลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นไม่มีภาวะเจ็บหน้าอกและแน่นอึดอัดเหนื่อยง่าย จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจอย่างมาก จากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมาทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวกับอาการที่ผู้ป่วยเคยประสบมา ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง (Pender, 1987 : 67)อยากรักษาความรู้สึกสบายที่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกและแน่นอึดอัดเหนื่อยง่ายนี้ให้คงไว้ ส่งผลให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับดีซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ สกุนตลา รอดไม้ (2548 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพรรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547 : บทคัดย่อ) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรณัฐ ไตรรัตน์ (2545 : 78) ศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีและสอดคล้องกับการศึกษาของ สมปอง ใจกล้า (2545 : 97) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพอยู่ในระดับดีและสอดคล้องกับการศึกษาของ ตรีนานท์ โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 74) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาล ศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของ พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติโรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้ผลดังนี้

2.1 เพศ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศ ต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคนี้เป็นเวลานาน ทำให้ไม่ว่าเพศชายและเพศหญิงต่างก็ต้องมีการปรับตัว เพื่อให้คงไว้ซึ่งความสมดุลของตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นคงและปลอดภัยจากภาวะคุกคามของชีวิตเหล่านี้ จึงชวนขยายหาทางที่จะทำให้ชีวิตอยู่รอด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกันลักษณะการปฏิบัติพฤติกรรมจึงคล้ายคลึงกัน ไม่ว่าจะเป็นการ บริโภคอาหาร การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมต่างๆที่ทำให้ร่างกายเจ็บป่วยมากขึ้น ดังนั้นไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งถือได้ว่าเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ย่อมเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงต่างๆคล้ายกัน จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยเพศต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิศา อนุกุลวุฒิมงคล (2540 : 60) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพฯ พบว่า เพศต่างกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพรรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547 : 80 - 81) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐมพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพศต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สกุนตลา รอดไม้ (2548 : 88 - 89) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรณัฐ ไตรรัตน์ภาส (2545 : 79) ศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด

หัวใจตีบที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันและสอดคล้องกับการศึกษาของ สมปอง ใจกล้า (2545 : 97 - 98) ศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีเพศต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่แตกต่างกันและสอดคล้องกับการศึกษาของ จีรวรรณ อินคัม (2541 : 72) ได้ ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรเพศไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้

2.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่าง ซึ่ง ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมอง เพชรคง (2541 : บทคัดย่อ) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกัน โรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขพบว่าที่มี อายุ ต่างกันการปฏิบัติในการ ป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษา วีรณัฐ ไตรรัตน์ (2545 : 79 - 80) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มี อายุ ต่างกันพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่ว่าจะอายุเท่าใดเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรค หลอดเลือดหัวใจตีบแล้วจะมีการเจ็บแน่นหน้าอก อึดอัดหายใจไม่ออก ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานถือได้ ว่าเป็นประสบการณ์ที่เลวร้าย เมื่อได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแล้วทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุข สบาย จากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้เผชิญมาก่อนการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจทำให้ผู้ป่วยรับรู้ ได้ว่าเป็นภัยคุกคามกับชีวิตและเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติในการแสวงหาหนทางที่ จะจัดและป้องกันความผิดปกติต่าง ๆ นั้น ดังคำกล่าวของ เพนเดอร์ (Pender, 1985 : 385) ที่ว่าบุคคลเมื่อ รับรู้ถึงความไม่สุขสบายของตนเอง จะเกิดการแสวงหาการปฏิบัติเพื่อให้ตนเองรู้สึกสุขสบายจากภาวะ สุขภาพ ดังนั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจ อีก ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีระดับอายุเท่าใดก็ตาม ฉะนั้นไม่ว่าผู้ป่วยมีระดับอายุแตกต่างกัน พฤติกรรมป้องกันการ ตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจจึงไม่แตกต่างกัน

2.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มี ระดับ การศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือด หัวใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเกิดจากการศึกษา จะเป็นตัวช่วย ส่งเสริมให้บุคคล มีความสามารถในการเรียนรู้และเข้าใจในเรื่องราวต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้นโดยเฉพาะเรื่อง พฤติกรรมอนามัย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาและอุดมศึกษาหรือสูงกว่ามี

พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาประถมหรือต่ำกว่าตามลำดับ ซึ่งประภาเพ็ญ สุวรรณ(2526 : 182) กล่าวว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงกว่าย่อมมีโอกาสแสวงหาความรู้การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ และ จากการศึกษาของคาสส์และคอบบี้ (Kast; & Cobb. 1966 : 250 - 251) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการดูแลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ได้รับการศึกษาต่ำ จากการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ จันท (2543 : 126) ศึกษาเกี่ยวกับ ลักษณะประชากร ลักษณะการทำงาน ความเครียด การกำกับตนเอง และความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานครพบว่า ระดับการศึกษาของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ต่างกันมีความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษา วีรณัฐ ไตรรัตน์ (2545 : 79 - 80) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มี การศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ตรีนานท์ โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 75 - 76) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาล ศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการศึกษาต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 119) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมืองพบว่าประชาชนเขตเมืองที่มีการศึกษาต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจจึงแตกต่างกัน

2.4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มี อาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ สมมุติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มี อาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ เจียมพุก (2544 : 102) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่มารับบริการ ณ คลินิกโรค โรงพยาบาลนครปฐมพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจอาชีพต่างกัน พฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของพรณทิพา เหมแหวน (2543 : 132) ได้ศึกษาตัวแปรบางประการจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกันแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าผู้

ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาชีพต่างกันพฤติกรรม การดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 119) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมืองพบว่าประชาชนเขตเมืองที่มี อาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ในปัจจุบันถือได้ว่าโลกเป็นโลกไร้พรมแดนการสื่อสารต่างๆได้ขยายออกสู่นอกเขตเมืองมากยิ่งขึ้น บุคคลไม่ว่าจะมีอาชีพอะไรทำงานอยู่ที่ใดก็ตามย่อมมีโอกาสแสวงหาความรู้และแนวการปฏิบัติตนเพิ่มเติมเพื่อป้องกันโรคหรือ ความเจ็บป่วยของตน จากสื่อต่างๆได้อย่างกว้างขวางไม่ว่าจะได้จากโทรทัศน์ วิทยุ และสิ่งพิมพ์ต่างๆดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจจึงแตกต่างกัน การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจจึงไม่แตกต่างกัน

2.5 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มี รายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 5 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจรายได้ต่างกันมี พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจต่างกัน และ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้มากกว่า13,001 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน , 3,001 - 8,000 บาทต่อเดือน และ ต่ำกว่า3,001บาทต่อเดือน ดังนั้นจึงกล่าวรายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลและสำคัญต่อการมีศักยภาพของบุคคลในการดูแลหรือส่งเสริมสุขภาพตนเอง รายได้จัดเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งที่มีผลทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลดีขึ้น ทั้งในด้านการศึกษาคหาความรู้ การพัฒนาความสามารถในการป้องกันโรคของตนเอง รายได้จึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรค เพนเดอร์ (Pender. 1982 : 161 - 162) กล่าวว่ารายได้เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีโอกาสดีกว่าในการแสวงสิ่งมีประโยชน์ต่อตนเอง และเพนเดอร์พบว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำมักจะมีศึกษาน้อยทำให้มีข้อจำกัดในเรื่อง การรับรู้ การเรียนรู้ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และจากการศึกษาของ คาสล์ และ คอบบ์ (Kasl; & Cobb. 1966 : 250 - 251) พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมรักษาสุขภาพให้แข็งแรงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ตรีนานา โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 76 - 77) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาล ศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ต่างกันมีการดูแล

ตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 120) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง พบว่าประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมปอง ใจกล้า (2545 :100) ศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีรายได้ต่างกันพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

2.6 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มี สถานภาพสมรส ต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มี สถานภาพสมรสต่างกัน พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจต่างกัน ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรบุษ ไตรรัตน์ภาส (2545 : 81) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มี สถานภาพสมรสต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ตรีนานา โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 77 - 78) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการ ในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาล ศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มี สถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมปอง ใจกล้า (2545 : 101 - 102) ศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มี สถานภาพสมรสต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร เจริญบุญ (2544 : 106 – 107) เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโต ที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาล รามาริบัติ พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มี สถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้งอาจเป็นเพราะสังคม และ วัฒนธรรมของไทยยังมีความใกล้ชิดกันของเครือญาติมาก เมื่อบุคคลในครอบครัวของตนเองเจ็บป่วยแม้จะไม่ใช่คู่สมรสของตนเองเจ็บป่วย ก็มีความเอื้ออาทรต่อกัน อีกทั้งในปัจจุบันโลกเป็นโลกไร้พรมแดน สื่อและข่าวสารต่างๆทางด้านสุขภาพสามารถเผยแพร่ได้อย่างกว้างขวาง ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับข่าวสารด้านสุขภาพได้มากขึ้นเท่าเทียมกัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงให้ความสนใจในปัญหาด้านสุขภาพของตนเองมากขึ้นการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไม่ว่าผู้ป่วยจะมีสถานภาพสมรสอย่างไรก็ตามจึงไม่แตกต่าง

2.7 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มี ระยะเวลาการเจ็บป่วย ต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการ

รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มี ระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มีระยะเวลาที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่า 1 ปี, 1 - 2 ปี, มากกว่า 4 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.42 และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ 3 - 4 ปีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.48 ซึ่งเป็นระดับพฤติกรรมป้องกันที่ดี จากการศึกษาครั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะแรกของการเจ็บป่วยผู้ป่วยอาจไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองแต่เมื่อเวลาผ่านไปโดยระยะเวลาที่เหมาะสมประมาณ 3 - 6 เดือน (ประภา รัตนเมธานนท์. 2532 : 93) ทำให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพและปรับตัว เพื่อเผชิญกับปัญหาโดยปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการดำเนินของโรคไม่ให้ดำเนินได้เร็วยิ่งขึ้น ซึ่งแนวทางการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีลักษณะเดียวกันไม่ว่าจะเป็น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด การสูบบุหรี่-ดื่มสุรา การจัดการกับความเครียด และการมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจจึงไม่แตกต่างกันการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สมปอง ใจกล้า (2545 : 102 - 103) ศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มี ระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ แจ่มสร้อย (2548 : 90) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่างกัน คุณภาพชีวิตหลังการได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรบุษ ไตรรัตน์ภาส(2545 : 81) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ตรีนานา โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 77 - 78) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาใช้บริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

2.8 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มีและไม่มีประวัติโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 8 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจประวัติโรคประจำตัวต่างกันมี

พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจต่างกัน ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีประวัติโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เป็น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจึงเหมือนกัน อีกทั้งโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคเรื้อรังจาก ประสพการณ์การเจ็บป่วย และปัญหาอาการของโรคหัวใจ นั่นคือการเจ็บหน้าอก แน่นอึดอัดหายใจไม่ออก ทำให้ผู้ป่วยเกิดประสพการณ์ที่ไม่ดี แม้ว่าผู้ป่วยจะมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย แต่ผู้ป่วยเมื่อมีโรคหัวใจร่วม ด้วยแล้วผู้ป่วยย่อมประสพกับอาการของโรคหัวใจ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเมื่อมีอาการของโรคหัวใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเอง ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ (ปริศนา วรนนท์. 2541 : 53) ซึ่งการตระหนักและรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองจะนำไปสู่ความต้องการที่จะมีสุขภาพดี ดังนั้นไม่ว่าผู้ป่วยจะมีหรือไม่มีประวัติโรคประจำตัวอื่น ๆ รวมนอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจก็ตาม การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำหลังการรักษาจึงไม่แตกต่างกัน

2.9 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ความรู้เกี่ยวกับโรค ต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคระดับดี มี พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษา โดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ดีกว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคระดับพอใช้ ทั้งนี้จึงกล่าวได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับพฤติกรรมป้องกันโรค การมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุ การดำเนินของโรค ซึ่งการมีความรู้และความเข้าใจในโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่อย่างดีย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวว่า ตนเองจะมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นหรือกลับมาเป็นซ้ำอีกหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันโรค หรือดูแลตนเองไม่ดีหรือถูกต้องสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร เจริญบุรณ์ (2544 : 106 - 107) เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจในโตมีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันและสอดคล้องกับการศึกษาของ สมอง เพชรคง (2541 : 92) เรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวก

3. ความสัมพันธ์ ระหว่าง ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ และ แรงสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

3.1 ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 10 ที่ว่าความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก กับ พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนอยู่ในระดับสูง จะมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ดีและ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนในระดับต่ำ จะมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่ดีเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาญดา หนูรักษ์ (2546 : บทคัดย่อ) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527 : 136 - 137) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับ พฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีในหญิงตั้งครรภ์ และ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวารีวรรณ กิจสมัค (2539 : 145) ซึ่งได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก แสดงว่าความเชื่ออำนาจควบคุมตนด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยด้านการนึกคิดและการรับรู้ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี พฤติกรรมอนามัยซึ่งมักรวมความครอบคลุมไปถึงพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งเป็นพฤติกรรมดูแลตนเอง และส่งเสริมสุขภาพอนามัยของบุคคล เพื่อป้องกันการเกิดโรค ในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง และ กระทำเพื่อป้องกันการดำเนินโรคมิให้เกิดการดำเนินเร็วขึ้น พร้อมทั้งป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคในผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคจะแตกต่างกันไปตาม ความเชื่อส่วนบุคคล ประสบการณ์ ความรู้และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ

3.2 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 11 ที่ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ หลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ดี และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ จะมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่ดีด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 46) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535 : 68) ที่ศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายในตน - ภายนอกตนด้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และ การปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ สังคมไทยมีความผูกพันกันภายในเครือญาติค่อนข้างเหนียวแน่น มีการไปมาหาสู่กัน ซึ่งทำให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยบุคคลที่เกี่ยวข้องจะให้ความสนใจและดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อบุคคลในครอบครัวมีภาวะเจ็บป่วยและช่วยเหลือตนเองได้ลดลง แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาความเครียด และสามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อดัมยี่ที่ดี ดังที่คำกล่าวของ บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 594) กล่าวไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้บรรลุถึงจุดหมายที่ต้องการ นั่นคือ การมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์เป็นอย่างยิ่ง และ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพของมนุษย์

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

โดยรวมอยู่ในระดับดี แต่มีพฤติกรรมรายด้านได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับพอใช้ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาการจัดโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย และจัดให้มีหน่วยงานสำหรับรับผิดชอบให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยเฉพาะ

2. ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคแตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ต่างๆเกี่ยวกับเรื่องโรค การปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจโดยเน้นการให้ความรู้แบบรายบุคคลกับกลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

3. จากผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ควรเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทาง และประโยชน์ของการปฏิบัติตนในหลายๆ รูปแบบ เช่น มีการให้คำปรึกษาทั้งในแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม เอกสารแผ่นพับ วิดีทัศน์หรือบอร์ดให้ความรู้ตามจุดต่างๆของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์และคุณค่า ทำให้เกิดการยอมรับ และสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

4. จากผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ICCU) คลินิกโรคหัวใจและหน่วยสุศึกษาของโรงพยาบาลควรจัดให้มีการสอนสุศึกษาเป็นกลุ่มย่อยสำหรับญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจเพื่อถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุศึกษาในการจัดโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ และ ติดตามผลในระยะยาว

2. ควรศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจในตนและ/หรือ แรงสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคติดเชื้อต่างๆ เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกพร วิสุทธิกุล. (2539). พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กรรณิการ์ กันธะรักษา. (2527). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. (2542). ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กอบกุล บุญปราศภัย. (2546). พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลีฟวิ้ง จำกัด
- กาญจนา คุ่มภัย. (2544). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมแผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จอนณะจ พึ่งจาด. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกตนด้านสุขภาพปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิรวรรณ อินคุ่ม. (2540). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- จรี วัชรสินธุ์. (2545). *หัวใจของคุณ*. กรุงเทพฯ : หน้าต่างสู่โลกกว้างจำกัด.
- ชมพู่ วิสุทธิเมธีกร. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้และปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์ พย.ม.(การบริหารพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ชัชชาล นฤพนธ์จิรกุล. (2541). *แบบแผนชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อของผู้บริหารจังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2544). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่8. กรุงเทพฯ: เทพเนรมิตรการพิมพ์.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2532). *การปฏิบัติของผู้สูงอายุให้มาอายุยืน*. กรุงเทพฯ : สุภาวนิชการพิมพ์.
- เดือนฉาย ชยานนท์, ฉลาด โสมบุตรและถาวร สุทธิไชยากุล. (2537). *ตำราอายุรศาสตร์2*. กรุงเทพฯ: ญินดีพับลิเคชั่น.
- ตรีนาช โกวิทเจริญตระกูล. (2542). *การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถโรงพยาบาลศิริราช*. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ทรรศนีย์ วงศ์บา. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกลุ่มความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกด้านสุขภาพและการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์กองทัพบกที่ 3*. วิทยานิพนธ์พย.ม.(พยาบาลศาสตร์): บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ทัศนีย์ จินางกูร. (2530). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้อง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ธาดา ชากร. (2539). *กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด*. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2531). *พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวและแข็งแรง*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- ประคอง กรรณสูตร. (2525). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์เจริญผล.

- ประภา รัตนเมธานนท์. (2532). *การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). *พฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวีน สุวรรณ. (2534). *พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา*. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริศนา วรรณ. (2541). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พจน์ จันทรวีระกุล. (2515). *ความสัมพันธ์ระหว่างความอยากรู้ อยากเห็น ทักษะคิดแบบเชื่อมโยงอำนาจภายใน - ภายนอกตนและความสามารถในการอ่านของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และประถมศึกษาปีที่ 7*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พจนา ปิยะปกรรชย์. (2541). “การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด.” ในการ *พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2*. หน้า 38 - 39. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ประชุมช่างจำกัด.
- พรรณี ปานเทวัญ. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพอนามัยปัจจัยพื้นฐานบางประการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนงานหญิงโรงงาน อุตสาหกรรมสิ่งทอในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พรรณี เสถียรโชค และ ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. (2536). “โรคหัวใจขาดเลือด”. ใน *ตำราโรคหัวใจขาดเลือด*. หน้า 429 - 467. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
- พรทิพย์ ลินประสงค์. (2532). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขภาพ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญผล.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. (2538?). *วิถีชีวิตไทยในโลกาภิวัตน์กับกระบวนการพัฒนาสุขภาพ*. (เอกสารประกอบคำสอน). กรุงเทพฯ : อัดสำเนา.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. (2530). *เครือข่ายสังคมกับการดูแลตนเอง*. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุขคณะสังคมและมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- เพ็ญศรี เกิดนาค. (2537). *ลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง : กรณีศึกษา จังหวัดนนทบุรี*. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เพียงใจ สุริยะไพศาล. (2542). *ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี*. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ไพบูลย์ โล่สุนทร. (2538). *ระบาดวิทยา*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์
- ไพโรจน์ พรหมพันธุ์. (2540). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลพฤติกรรมสุขภาพของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา*. วท.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มาลี จันทร์เทพ. (2545). *แบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร*. วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- มัลลิกา มติโก. (2534). *คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ประสานงานการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- ยุทธ ไกยวรรณ. (2545). *พื้นฐานการวิจัย*. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์นจำกัด.
- รวมพร คงกำเนิด. (2536). *แบบแผนแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน*. วท.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- รัศมีแข วิโรจน์รัตน์. (2534). *ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดเพื่อป้องกันโรคเอดส์*. วท.ม.(การพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ล้วน สายยศ และ อังคนา สายยศ. (2540). *สถิติวิทยาการวิจัย*. กรุงเทพฯ. สุวีริยาสาส์นจำกัด
- วิศญา บางศรี. (2546). *ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกคนด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร*. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วิชัย ตันไพจิตร. (2536). “โรคอ้วน”. ใน *ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด*. หน้า 684 - 689. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย.

- วิชัย ตันไพจิตร. (2537). “ไขมันกับโรคหัวใจตีบตัน”. ใน *หัวใจของเรา*. กมล สันธวานนท์และคณะ. หน้า104 - 113. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- วิชัย ตันไพจิตร. (2540). “ความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดกับโรคหัวใจขาดเลือด”. ใน *หัวใจ ของเราจากงานวิจัยสมัยใหม่*. พิมพ์ครั้งที่ 2 . หน้า 98. กรุงเทพฯ : มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทย.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). *สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- วีรณัฐ ไตรรัตน์โนภาส. (2540). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี*. ปรินิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วินัส ลิ้มกุล. (2539). *โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ : ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน*. *สารสาธิตการพยาบาล*. 11(3) : 39 - 47
- เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2546). *ฐานข้อมูลฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. ม.ป.พ.
- ศศิธร เจริญบุรณ์. (2544). *การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในไต่ที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบประสาทของโรงพยาบาล รามาธิบดี*. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ศรีจิตรา บุญนาค. (2535). *ปัญหาผู้สูงอายุในทศวรรษหน้าและการเตรียมรับสถานการณ์*. กรุงเทพฯ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศุภชัย ไชยธีรพันธุ์. (2530, 5 พฤศจิกายน). *โรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย*. *คลินิก*. 3(6): 786 - 795 .
- ศุภรินทร์ หันทิทธิกุล. (2539). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สนอง คงเพชร. (2541). *พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สมจิต หนูเจริญ. (2537). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด*. ใน *การพยาบาลอายุรศาสตร์* 2. หน้า69-82. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ : วีเจพริ้นติ้ง

- สมปอง ใจกล้า. (2545). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม*. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย. (2543). *ปฏิรูปแนวคิดคนไทย : สุขภาพมิใช่โรงพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: ดีไซน์จำกัด.
- สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2545). *สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. ในการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542 - 2543*. หน้า 224. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547, กุมภาพันธ์). *สถิติสาธารณสุข*. (Online). แหล่งที่มา : [http : www.moph.go.th](http://www.moph.go.th). วันที่สืบค้น 10 มิถุนายน 2547.
- สิริรัตน์ วงษ์สำราญ. (2547). *พฤติกรรมป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล กรุงเทพมหานคร*. ปรินิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุกาญดา หนูรักษ์. (2546). *พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. ปรินิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุชาดา จันทรเฒ. (2536). *จิตวิทยาทั่วไป*. พิมพ์ครั้งที่8. กรุงเทพฯ. ไทยวัฒนาพานิช.
- สุดา วิไลเลิศ. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ*. ปรินิพนธ์ วท.ม (การพยาบาล อายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์คอมพิวเตอร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2535). *แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2539). *โรคหัวใจขาดเลือด . ใน ตำราอายุรศาสตร์2*. หน้า 214 - 247. กรุงเทพฯ : ญินดี พับลิเคชั่น.
- สุวารีวรรณ กิจสมัค. (2539). *แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพกับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็ง*. ปรินิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- สุเอ็ด คชเสนี. (2531,พฤษภาคม). กรณีศึกษาโรคเรื้อรัง : โรคหัวใจขาดเลือด. *คลินิก*. 4(5): 337-340.
- อรุณีไพ วิริยะชัย. (2538). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคปอดโดยการจัดการกิจกรรมกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ณ ศูนย์โรค เขต 5 นครราชสีมา*.
วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. (2531). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อารีรัตน์ ตโนภาส. (2539). *การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อุไร ศรีแก้ว. (2543). *การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ : การดูแลอย่างต่อเนื่อง*. กรุงเทพฯ: ลิขสิทธิ์การพิมพ์.
- Bauter,C.; & Isner,J.M. (1997, September – October). “The biology of restenosis”. *Progress in Cardiovascular Disease*. 40(2) : 107 – 115
- Becker,M.H. (1974). *The Health Belief model and Personal Health Behavior*. New Jersey: Charless B. Slack.
- Bell,J.M. (1977,January). Stressful Life Even and Method in Mental illness and Wellness Behavior. *Nursing Research*. 26(273) : 136
- Benfante,R.D.;& FranK,J. (1991,December). Dose Cigars Smoking have Independent Effect on Coronary Heart Disease. Incident in the Ederly. *American Journal of Public Health*. 81(175) : 879 – 899
- Brown, M.A.;et al. (1983). The Relationship among Health Belife,Haelth Value and Health Promomtion activity. *Western Journal of Nursing Research*. 46 : 155 – 163
- Caplan,R.D.;et al. (1984,June). Adhering to medical Regimers: Pilot Experiment in Patient Education and Social Support. *Pediatric Clinic of North*. 31 : 689 -708
- Carlson, E.V.B.; Braun,L.T.;& Murphy,M.P. (1996). “Coronary Artery Disease”. In *Andreoli's Comprehensive Cardiac Care*, V.8. pp.256-275. St Louis : Mosby Year Book.

- Cobb,S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*: 300 – 314.
- Coff, S ; & Kasl, S. (1977). Termination : The Consequences of Job Loss. *Publication*. Washigton D.C. : DEHW (NIOSH).
- Cohen,S.;& Will.T.A. (1996). Stress ,Social Support and the buffering Hypothesis *Psychological Bulletin. Nursing Research*. 98 : 310 – 357
- Davise,M.J. (1994). “The Pathology of Coronary Aterosclerosis”. In *The Heart*. J.W. Schlant ,Ed. pp.1009-1020. New York : Mc Graw – Hill
- De Araujo; et al. (1973). Life change. Coping Ability and Chronic Intensive Asthma. *Journal of Psychosomatic Research*. 17 : 359 – 369.
- Dressler,W. (1985,March). Extended Family Relationship Social Support on Mental Health in a Southern Black Community. *Journal of Health and Social Behavior*. 26 : 40
- Ferguson,J.;& Wilson ,J.M. (1997). Early and Late Ischemic Complication of PTCA. *The Journal of Invasive Cadiology*. 6 : 3A – 9A.
- Friedman,M.;etat. (1984). Alteration of type A behavior and reduction in cardiac reccurrences in post myocardial infraction patients. *The American Heart Journal*; 108 : 237 – 248.
- Gochman,D.S. (1988). *Health Behavior : Emergency research perspective*. New York : Plenum
- Gossage,J.R. (1994). Acute myocardial infarction: Reperfusion Strategies. *Chest*. 106(6) : 851 – 1866
- Gottlieb,Benjamin H. (1985). Social network and Social Support and Overview of research Practic and Policy implications. *Health Education Quarterly*. 12(1) : 5 – 22.
- Haak,S.W.;& Huether,S.E. (1992). The person angina pectoris. *Cardiovascular Nursing: Holistic Care*. St. Louis : Mosby.
- Hanton,J.J.;& Pickett.G.E. (1989). *Pubic Health : Administration and Practice*. St.Louis:Time Miner / Mosby.
- Harris,D.M.;& Guten,S. (1979, March). Health Prospective Behavior : An exploratory study. *Journal of health and Social Behavior*. 20 :17 – 29.

- Hubbard,P. (1984, September – October). The Relationship between Social Support and Self – Care Practice. *Nursing Research*. 33 : 266 – 269.
- Ireal, B.A. (1985). Social network and Social Support : implication for natural helper and community level Intervention. *Health Education Quarterly* . 18 : 65 – 80.
- Jusmin,S.;& Trygstad,L.N. (1978). *Behavior Concept and The Nursing Process*. St. Louis : The C.V. Mosby.
- Kaplan,R.M.; Sailis,Jr.F.;& Pattenson,T.L. (1993). *Health and Human Behavior*. New York : Mc Graw Hill.
- Kasl,S.V.;& Cobb,S. (1966, February). Health Behavior illness behavior. *Archives Enviromenttal Health* . 12 : 246 – 261.
- Kenedy,C.D.;Probart,C.K.;& Dorman,S.T. (1991). The Relationship Between Knowlegde concern and Behavior,and Health Value Health Locus of Control,and Preventive Behavior. *Health Education Quarterly* . 18(3) : 319 – 329
- Kerr,Jean.A.C. (1986,January). Multidimentional Health Locus of Control,Adherence and Lowered Diabetic Blood Pressure. *Heart – Lung*. 15 : 87 – 92 .
- Kottket,F.J. (1982,April). Philosophic Consideration of Quality of Life for the Disable. *Arch Physical Medical Rehabilitation*. 63(22) : 60 – 62 .
- Langlie,F. (1979). Interrelationships among preventive health behavior : A test of competing Hypothesis. *Public Health Nursing*. 9 : 216 – 225.
- Leventhal,E.A. (1983). Age Related Changes in Preventive Health Behavior.*Paperpresented at the Annual Scientific Meeting of The Gerontological Society*. San Francisco : Alexana.
- Lowery,B,j. (1981,September – October). Misconceptions and limitation of locus of control and the I – E Scale. *Nursing Research*. 30(11) : 294 – 298.
- Lukkarinen,H.;et al. (1997). Self – Care Agency and Factor Related to This Agency Among patient with Coronary Heart Disease. *International Journal of Nursing studies*. 33(4): 295 – 304.
- Marino,L.B.;& Kooser,J.A. (1981). “The Psychosocail Care of Cancees Clients and their families : Periods of High risk”. In *Cancer Nursing*. L.B. Marino(Ed.). St. Louis : Mosby.

- Mc Elveen,P. (1978). "Social network". In *Clinical Pactice in Psychosocial nursing: Assessment and intervention* . C.I, Dianna; & A.W,Reg. (Eds) V.46. pp. 319 – 337.
- McKanna, K.T.; Mass,F.;& McGniery,P.T. (1995, May - June). Coronary Risk Factor Status After Percutaneous Trasluminal Coronary Angioplasty. *Heart – Lung* . 24: 207 – 211 .
- Mulenkamp,A.F.;& Sayles,J.A. (1986,June – July). Self – Esteem, Social and Positive Health Practice. *Nursing Research* . 35(6) : 334 – 338 .
- Nithi,M.; et al. (1997 , November). Trancatheter Coronary revascularization registry 1995. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 80(11) : 681 – 685
- Palang,C.L. (1991, June). Determinant of Health – Promotion Behavior. *Nursin Clinics of Noth America* . 30(21) : 815 – 832.
- Peffenbarger,R.S.; et al. (1970). Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni. *American Journal Epidermial* .18 : 108 – 161.
- Pender,N.J. (1982). *Health Promotion in Nursing Practice*. New York : Appleton Century Craft.
- (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. (2 nd ed). New York : Appleton Century Craft.
- (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. (2 rd ed). New York : Appleton Century Craft.
- Pilisuk,M. (1982). Delivery of Social Support . The Social Inoculation. *American Journal Orthopsychiatry* .37 : 29 – 34 .
- Powell,K.E.; et al. (1987,May). Physical Activity and Incident of Coronary Heart Disease. *Annual Review of Public Health*. 8(11) : 251-287
- Rokeach,M. (1970). *Belief Attitude and Value : A theory of Organization and Chang*. SanFrancisco: Jossy Bass.
- Rosa,D. (1997,July). Acculturation, Knowledge of Coronary Artery Disease Health Promotion Life Style Behavioral Psychological Distress Among Puerto Rican with Coronary Artery Disease. *America Journal of Nursing*. 58(1): 452.
- Ross,R. (1994). *The Heart* . New York : McGraw Hill.

- Rotter,J.B. (1966, March). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs General and Applied*. 80(1): 2.
- Schafer,L.C.;&Glasgow, R.E. (1986). Barriers to Regimen adherence among person with insulin dependent diabetic. *Journal Behavior*. 1(9) : 65 – 77
- Siegel,D.; et al. (1988). Risk Factor modification after Myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine*. 11(3) : 213 – 215.
- Stell, J.L.;& Mc Boom,W.H. (1972). Conceptual and Empirical dimation of Health Behavior *Journal of Health and Social Behavior*. 59 : 382 – 392.
- Stricland,B.R. (1978,December). Internal external expectancies and health-related behavior. *Journal of Consulling and Clinical Psychology*. 45(12) : 1192-1211
- Thoits.P.A. (1982,June). A Conceptal and Methadological and theoretical Problem in studying Social Support as Buffer Against Life Stress. *Journal of Health and social Behavior*. 23(6) : 145 – 159.
- Wallston; et al. (1976). Development and validation of the health locus of contron (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 44 : 580-585.
- Wallston,B.S.;& Wallston.K.A. (1978). Locus of control and Health : A review of the literature. *Health Education Monograhs*. 6(1) : 107 – 117.
- Wernet, P.Z.;& weiss,S.J. (1987). Locus Of Control and Preventive Health Behavior. *Western Journal of Nursing Research*. 9 : 160 – 179.
- Woods,S.T.; et al. (1995). *Cardiac Nursing*. Philadelphia : J.B.Lippicott.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย
รายนามผู้เชี่ยวชาญ



บันทึกข้อความ

รับที่	๒๕๕๕/๕๔/๕
วันที่	๓๑ ๕.๑.๕๖
เวลา	๑๑.๐๕ น.

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. ๕๗๓๑, ๕๖๑๘

ที่ ศธ ๐๕๑๙.๑๒/๑๒ ๖๓๕

วันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๔๗

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวสุตใจ บุรณาพุดกษา นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมป้องกันการติบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร และ อาจารย์ทรงพล ค่อนี่ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ และ อาจารย์บุปผา ปัทมสำราญ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบตอบพฤติกรรมป้องกันการติบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามให้ นางสาวสุตใจ บุรณาพุดกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จิระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ศธ 0519.12/๖๕๖



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุโขวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๗ กุมภาพันธ์ 2548

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุดใจ บุรณพฤกษา นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง "พฤติกรรมป้องกันการติบซ้ำของ หลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร และ อาจารย์ทรงพล ค่อยนี้ เป็นคณะกรรมการ ควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางสาวสุพล เกษรพิริยวัฒนา ผู้ตรวจการพยาบาลวิฤกฤดาชุกรกรรม และ นางสาวประภา รัตนมธานนท์ หัวหน้าหอผู้ป่วย จีจีญ

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุดใจ บุรณพฤกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2564343

ที่ ศธ 0519.12/12633



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๕ ธันวาคม 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสุดใจ บุรณาพฤกษา นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมป้องกันการติดยาเสพติด
ของบุคลากรทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์” โดยมี รองศาสตราจารย์นายแพทย์ นันทมากร และ อาจารย์ทรงพล คอณี เป็นคณะกรรมการ
ควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ปัญญามรณ ทองเดิม
เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดยาเสพติดของบุคลากรทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
ตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ
แบบสอบถามให้ นางสาวสุดใจ บุรณาพฤกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เทียนศิริ จีระเดชากุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2564373 มือถือ 09-2126109

ที่ ศธ 0519.12/9/38



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

12 มีนาคม 2548

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

โรงพยาบาลราชวิถี	
ที่	2648
รับ	วันที่ 23 มี.ค. 2548
	เวลา 13.30 น.

กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ	
ที่	606
รับ	วันที่ 23 มี.ค. 2548
	เวลา 15.00 น.

เนื่องด้วย นางสาวสุดใจ บุรณพุกษา นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” โดยมี รองศาสตราจารย์อัมพร มัธยมาถู และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่รับลดจนจำนวน 50 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างแบบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2548

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุดใจ บุรณพุกษา ได้เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

เรียน ผู้อำนวยการ

- เพื่อโปรดทราบ

- ให้แนบแบบฟอร์มขอข้อมูลจากฝ่ายต่างๆ และ

คณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลราชวิถี

ขอแสดงความนับถือ

ทราบ ดำเนินการ

๑ -

23 มี.ค. 2548

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จิระเชษฐกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ความจริง+สิ่งที่ส่งมาด้วย - อาจารย์ศรี

ก้าน - คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2564373

ที่ ศธ 0519.12/3643



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๗ มีนาคม 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางสาวสุดใจ บุรณพุกษา นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมป้องกันการติบซ้ำของ หลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์” โดยมี รองศาสตราจารย์นายแพทย์ มัชฌิมานันท์ และ อาจารย์ทรงพล ค่อณี เป็นคณะกรรมการ ควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจเข้ารับลดอุณหภูมิ จำนวน 200 คน ตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันการติบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการ รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสุดใจ บุรณพุกษา ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เท่ณศิริ จิระเชชากุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2564373



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร 4455, 4493 ต่อ 14

ที่ วจ 255/2548

วันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2548

เรื่อง แจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน นส.สุดใจ บุรณพุกชา

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ครั้งที่ 9/2548 ในวันศุกร์ ที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2548 ได้พิจารณาโครงการวิจัย และเอกสาร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

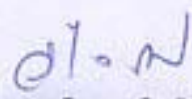
โครงการวิจัย (ฉบับแก้ไข)

เรื่อง พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

หัวหน้าโครงการวิจัย นส.สุดใจ บุรณพุกชา

คณะกรรมการมีมติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ


(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิไล ชินนเสน)

รองคณบดีฝ่ายวิจัย

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี คณะแพทยศาสตร์



No.232/2005

Study Protocol and Consent Form Approval

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand has approved the following study to be carried out according to the protocol and informed consent dated and/or amended as follows in compliance with the ICH/GCP.

Study Title : Preventive coronary artery restenosis behavior in the coronary heart disease patients after percutaneous transluminal coronary angioplasty at King Chulalongkorn Memorial Hospital

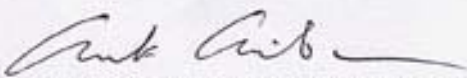
Study Code : -

Centre : Chulalongkorn University

Principle Investigator : Miss Sudjai Buranapruksa

Protocol Date : April 25, 2005

Document Reviewed :

: 
.....
(Professor Anek Aribarg, M.D.)
Chairman of Ethics Committee

: 
.....
(Associate Professor. Vilai Chentanez, M.D.)
Associate Dean for Research Affairs

Date of Approval : July 8, 2005

Approval Expire : July 8, 2007

* A list of the Ethics Committee members (names and positions) present at the Ethics Committee meeting on the date of approval of this study has been attached. This Study Protocol Approval Form will be forwarded to the Principal Investigator.



สภากาชาดไทย
The Thai Red Cross Society

ที่ จพ.ถ. ขอ. ๗๕๕ /2548

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
1873 ถนนพระรามที่ 4
แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๗ กันยายน 2548

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวิจัย
เรียน คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ 0519.12/3673 ลงวันที่ 29 มีนาคม 2548

ตามบันทึกที่อ้างถึง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ขอความอนุเคราะห์
ให้นางสาวสุจิต บวรพฤกษา นิสิตระดับปริญญาโท เข้าเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
หลังได้รับการรักษาโดยขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน จำนวน 200 คน โดยวิธีการตอบแบบสอบถาม
เพื่อประกอบการทำวิจัยนั้น

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พิจารณาแล้ว ไม่ขัดข้อง ยินดีให้ดำเนินการตามที่ขอมา กรุณา
ติดต่อกับหัวหน้าพยาบาล ดิถีจักรพงษ์ชั้น 2 โดยโทรศัพท์นัดหมายล่วงหน้า และก่อนเข้าเก็บข้อมูล ขอให้
นำบัตรนักศึกษาหรือบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมจดหมายฉบับนี้มาติดต่อกับบัตรประจำตัวผู้เก็บข้อมูล
ณ ดิถีอำนาจการชั้นล่าง ห้องหมายเลข 2

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศ.นพ. เกรียง ตั้งสง่า)

รองผู้อำนวยการฝ่ายยุทธศาสตร์และการจัดการสารสนเทศ
ปฏิบัติการแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ฝ่ายการพยาบาล โทรศัพท์ 0 2256 4360

ฝ่ายเลขานุการ โทรศัพท์ 0 2256 4999 โทรสาร 0 2256 4368

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือในการวิจัย

รองศาสตราจารย์ วีณัส ปัทมภาสพงษ์

อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษาและพลศึกษา
มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ

อาจารย์ บุญผา ปลื้มสำราญ

อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษาและพลศึกษา
มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ

นางสาว สุมล เกษรอนิวัฒนา

พยาบาลวิชาชีพ 8 ผู้ตรวจการพยาบาล
วิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย

คุณ ประภา รัตนเมธนนท์

พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผู้ป่วย ซีซียู
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

อาจารย์ ปฐมาภรณ์ ทองเดิม

อาจารย์ระดับ 5 ภาควิชาศัลยกรรมศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

**การวิจัยเรื่อง : พฤติกรรมป้องกันการติบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
ตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ. โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์**

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ. 2548

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในคำยินยอมในการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยว่า เพื่อศึกษาพฤติกรรมการติบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพในการวางแผนให้สูขศึกษาในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนที่มารับบริการตรวจตามนัด ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าจะพอใจ ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม พยาน
(.....)

ลงนาม ผู้วิจัย
(.....)

ข้อมูลสำหรับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

การศึกษา : พฤติกรรมป้องกันการติบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ. โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์

เรียน ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันการติบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ .โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าวขอเรียนให้ท่านทราบถึง เหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคเรื้อรัง ที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในประเทศไทย สาเหตุของการเกิดโรคเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาในราคาที่สูง ปัจจุบันการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน เป็นวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกที่ดีวิธีหนึ่งที่มีความนิยมมากขึ้น หากแต่โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจโอกาสเกิดการติบตันของหลอดเลือดหัวใจได้อีกทั้งในตำแหน่งเดิม และ/หรือตำแหน่งใหม่ ทำให้ผู้ป่วยทุกซ์ทรมานกับอาการเจ็บหน้าอกและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาตนเองในราคาที่สูงจากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงเป็นที่มาของงานวิจัยครั้งนี้ โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน ในการศึกษาทำให้ทราบ พฤติกรรมป้องกันการติบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพในการวางแผนให้สุขศึกษาในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์จากผู้วิจัย ซึ่งขอความกรุณาให้ท่านตอบข้อคำถามตามการปฏิบัติจริงและตามความคิดเห็นของท่าน คำตอบของท่านถือเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ในภาพสรุปรวม และการเข้าร่วมการศึกษาก็จะเป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจจะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการศึกษาในครั้งนี้ได้

การศึกษาในครั้งนี้จะประสบผลสำเร็จไม่ได้หากไม่ได้รับความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่าน จึงขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตอบตามความเป็นจริงเพียงข้อเดียวเท่านั้น

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
 - () ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
 - () ระดับมัธยมศึกษา
 - () ระดับอุดมศึกษา หรือ สูงกว่า
4. อาชีพที่ท่านประกอบอยู่ในปัจจุบัน
 - () รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - () ค้าขาย
 - () เกษตรกรรม
 - () รับจ้าง เอกชน / ส่วนตัว
 - () ไม่ได้ประกอบอาชีพ
5. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวท่าน
 - () ต่ำกว่า 3,000 บาท
 - () 3,001 - 8,000 บาท
 - () 8,001 - 13,000 บาท
 - () 13,001 บาทขึ้นไป
6. สถานภาพสมรสในปัจจุบันของท่าน
 - () คู่
 - () โสด
 - () หม้าย / หย่า / แยก
7. ระยะเวลาที่ท่านได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจจนถึงปัจจุบันเป็นเวลาปี.....เดือน.....วัน
8. ท่านมีโรคประจำตัวอื่นนอกเหนือจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือไม่
 - () ไม่มี () มี โปรดระบุ 1.....
 - 2.....

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบให้ตรงกับคำตอบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพียงช่องเดียวให้ครบทุกข้อคำถามซึ่งแต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกดังนี้

ถูก หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง

ผิด หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นผิด

ไม่ทราบ หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีความคิดเห็นว่าไม่ทราบในข้อความนั้น

ข้อคำถาม	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ	สำหรับผู้วิจัย
1. การรับประทานอาหาร ที่มีไขมันสูงเป็นประจำ เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจ				
2. การรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน เป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกเท่านั้น				
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบควรหลีกเลี่ยงการดื่ม น้ำชา กาแฟ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ น้ำอัดลม				
4. หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนควรงดการออกกำลังกายทุกชนิด				
5. ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีโอกาสดเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนที่ไม่มประวัติ				
6. ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานานมีโอกาสดเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบได้				
7. คนผอมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนอ้วน				
8. การดื่มสุราปริมาณมากช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้				
9. การรับประทานอาหารที่มีรสหวานมากๆเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะไขมันในเลือดสูง				
10. การงดสูบบุหรี่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ				

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบของทุกข้อให้ตรงกับคำตอบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพียงช่องเดียวซึ่งแต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ทำเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ทำไม่สม่ำเสมอ

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านไม่ได้ทำเลย

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	สำหรับผู้วิจัย
1. ใน 1 มื้ออาหาร ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ได้แก่ เนื้อสัตว์ แป้ง ผัก ผลไม้ ไขมัน				
2. ท่านดื่มเครื่องดื่ม น้ำหวาน หรือเครื่องดื่มชูกำลัง				
3. ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด				
4. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง				
5. ท่านออกกำลังกายแต่ละครั้งนาน 20 – 30 นาที				
6. ท่านเริ่มการออกกำลังกายด้วยท่าที่ง่ายและเบาๆ				
7. ท่านหยุดการออกกำลังกายทันทีเมื่อรู้สึก เวียนศีรษะ ใจสั่น เจ็บ หน้าอก หรือ หอบมากผิดปกติ				
8. ท่านออกกำลังกายจนกระทั่ง เหงื่อออก อัตราการเต้นของชีพจรและ อัตราการหายใจเร็วกว่าปกติ				
9. ท่านเหยียดยืดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการออกกำลังกาย				
10. ท่านออกกำลังกายหนักในครั้งเดียวแล้วหยุด				
11. ท่านฝึกสมาธิเพื่อทำให้จิตใจสงบ				

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	สำหรับผู้วิจัย
12. ท่านรับประทานยาคลายเครียดหรือยานอนหลับเมื่อรู้สึกเครียด				
13. หากเกิดความเครียดท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ				
14. ท่านพิจารณาเหตุการณ์ต่างๆ ด้วยจิตใจเป็นกลาง				
15. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน				
16. ท่านหลีกเลี่ยงที่จะอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่				
17. ท่านจะสูบบุหรี่เมื่อออกงานสังคมหรืองานสังสรรค์ต่างๆ เท่านั้น				
18. ท่านสูบบุหรี่เพื่อลดความกดดันและปัญหาของชีวิต				
19. ท่านดื่มสุรา และ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังการรักษาหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน				
20. ท่านดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นยาบำรุงกำลัง				
21. ท่านปฏิเสธเมื่อเพื่อนให้สุราและ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แก่ท่าน				
22. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในกลุ่มคนที่ดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
23. ท่านหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เมื่อรู้สึกไม่สบาย				
24. ท่านสังเกตอาการหลังการมีเพศสัมพันธ์ เช่น อาการ อ่อนเพลีย หลังมีเพศสัมพันธ์นาน 1 – 2 วัน				
25. ท่านมีเพศสัมพันธ์เมื่อได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอและมีภาวะจิตใจไม่ตึงเครียด				
26. ท่านปรึกษาแพทย์เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์				

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	สำหรับผู้วิจัย
27. ท่านสอบถามผลการตรวจสุขภาพจากแพทย์และพยาบาล				
28. ท่านให้บุคคลอื่นมารับยาจากแพทย์แทนท่าน				
29. ท่านรับประทานยาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์				

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจควบคุมภายใน

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบของทุกข้อให้ตรงกับคำตอบของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจตีบเพียงช่องเดียวซึ่งแต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง มีความคิดเห็น ความเชื่อหรือความรู้สึกตรงกับข้อความในประโยคนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง มีความคิดเห็น ความเชื่อหรือความรู้สึกไม่แน่ใจกับข้อความในประโยคนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง มีความคิดเห็น ความเชื่อหรือความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความในประโยคนั้น

ข้อคำถาม	เห็น ด้วย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	สำหรับผู้วิจัย
1. ท่านเชื่อว่าการปฏิบัติตัวของท่านเท่านั้นที่จะทำให้ท่านหายป่วยเร็วหรือช้า				
2. หากท่านดูแลสุขภาพของท่านดีท่านสามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยได้				
3. ท่านเชื่อว่าการที่ท่านเจ็บป่วยเป็นเพราะท่านปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง				
4. เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพท่านคิดว่าเกิดจากการกระทำของท่าน				
5. ท่านเชื่อว่ถึงแม้ท่านจะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจท่านก็มีชีวิตที่มีความสุขได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น				

ข้อความถาม	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	สำหรับผู้วิจัย
6. ท่านเชื่อว่าการดูแลสุขภาพและป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนเป็นหน้าที่ของท่านที่ต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของท่าน				
7. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนได้				
8. ท่านเชื่อว่าการปฏิบัติตนและดูแลสุขภาพของท่านดีท่านสามารถหลีกเลี่ยงการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำได้				
9. ท่านเชื่อว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยหลีกเลี่ยงการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจได้				
10. ท่านเชื่อว่าการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือการดื่มสุราจะลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้				
11. ท่านมั่นใจว่าการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือการดื่มสุราก็จะทำให้สุขภาพของท่านดีขึ้น				

ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมายทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบของทุกข้อให้ตรงกับคำตอบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพียงช่องเดียวเท่านั้นซึ่งแต่ละข้อความมีคำตอบให้เลือกดังนี้

จริงทั้งหมด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยทุกประการ

จริงบางส่วน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยบางประการ

ไม่จริง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย

ข้อคำถาม	จริง ทั้งหมด	จริง บางส่วน	ไม่จริง	สำหรับผู้วิจัย
1. เมื่อท่านได้รับความทุกข์ทางใจท่านจะได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและเพื่อน				
2. บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือท่านในการไปตรวจตามนัด				
3. บุคคลในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระงานของท่านในระหว่างท่านเจ็บป่วย				
4. บุคคลในครอบครัวซื้ออาหารที่มีประโยชน์สำหรับร่างกายมาให้ท่านรับประทานขณะที่ท่านเจ็บป่วย				
5. บุคคลในครอบครัวและเพื่อนหาเอกสารเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดมาให้ท่านศึกษา				
6. บุคคลในครอบครัวและเพื่อนให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนแก่ท่าน				
7. บุคคลในครอบครัวและเพื่อนชมเชยความสามารถในการดูแลตนเองของท่าน				
8. บุคคลในครอบครัวของท่านกระตุ้นให้ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์				
9. บุคคลในครอบครัวของท่านกระตุ้นให้ท่านออกกำลังกายและทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับร่างกาย				
10. บุคคลในครอบครัวกระตุ้นให้ท่านรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ				
11. บุคคลในครอบครัวกระตุ้นให้ท่านไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ				
12. บุคคลในครอบครัวกระตุ้นให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์				
13. บุคคลในครอบครัวสนใจรับฟังปัญหาและความต้องการในเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษา				
14. เมื่อท่านเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัวและเพื่อนของท่านไปมาหาสู่ท่านเหมือนเดิม				
15. บุคคลในครอบครัวท่านพอใจที่จะร่วมปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการรักษาของท่าน เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย				

ภาคผนวก ค
คุณภาพของเครื่องมือ

ตาราง 13 ค่าความยากง่าย และ ค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ข้อ	ค่าความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก
1	0.46	0.23
2	0.42	0.32
3	0.52	0.12
4	0.48	0.26
5	0.64	0.52
6	0.64	0.29
7	0.48	0.39
8	0.66	0.37
9	0.60	0.21
10	0.46	0.42

ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ เท่ากับ 0.65

ตาราง 14 ค่าอำนาจจำแนกของพฤติกรรมป้องกัน ความเชื่ออำนาจควบคุมภายใน และ แรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อ	พฤติกรรมป้องกัน	ความเชื่ออำนาจควบคุมภายใน	แรงสนับสนุนทางสังคม
1	0.55	0.36	0.28
2	0.37	0.28	0.35
3	0.34	0.36	0.28
4	0.51	0.54	0.47
5	0.50	0.28	0.30
6	0.61	0.52	0.46
7	0.74	0.52	0.43
8	0.32	0.53	0.45
9	0.44	0.78	0.40
10	0.55	0.67	0.45
11	0.62	0.65	0.32
12	0.35		0.47
13	0.36		0.31
14	0.42		0.43
15	0.34		0.49
16	0.32		
17	0.55		
18	0.36		
19	0.34		
20	0.37		
21	0.56		
22	0.44		
23	0.54		
24	0.53		
25	0.53		

ตาราง 14 (ต่อ)

ข้อ	พฤติกรรมป้องกัน	ความเชื่ออำนาจควบคุมภายใน	แรงสนับสนุนทางสังคม
26	0.66		
27	0.40		
28	0.26		
29	0.29		

ค่าความเชื่อมั่นของพฤติกรรมการป้องกัน เท่ากับ 0.90

ค่าความเชื่อมั่นของความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตน เท่ากับ 0.80

ค่าความเชื่อมั่นของแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.66

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาว สุดใจ บุรณพฤกษา
วัน เดือน ปีเกิด	1 มีนาคม 2518
สถานที่เกิด	จังหวัด บุรีรัมย์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	1873 ถนน พระราม 4 แขวงปทุมวัน กรุงเทพฯ
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพระดับ 6
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	หอผู้ป่วย ICU-MED2 ตึกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2530	ประถมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียน โอภาสประชานุกุล
พ.ศ. 2536	มัธยมศึกษาปีที่ 6 จาก โรงเรียน พุทไธสงพิทยาคม
พ.ศ. 2541	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จาก วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย
พ.ศ. 2549	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาสุขศึกษา) จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ