

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ
โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

ปริญาทิพนธ์
ของ
สมปอง ใจกล้า

25 ส.ย. 2545

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
พฤษภาคม 2545
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญาโทฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌมางกูร)

.....กรรมการ
(อาจารย์ สุปราณี จุลเดชะ)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌมางกูร)

.....กรรมการ
(อาจารย์ สุปราณี จุลเดชะ)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปริ้มเพรา ผลเจริญสุข)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรสุข หุ่นนิรันดร์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญาโทฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพรณ์ หะวานนท์)

วันที่..... 10 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2545

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพ โดยมุ่งศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่ในระดับดี

ปริญญานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิง นภาพร มัชฌิมยงกูร อาจารย์ สุปราณี จุลเดชะ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรสุข หุ่นรินทร์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิรมเพรา ผลเจริญสุข ที่ได้สละเวลาให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง จนปริญญานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์ จึงใคร่ขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบแบบสอบถาม และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง แบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งยังได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล ตลอดจนพยาบาล และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม และผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลจากห้องผู้ป่วยหนัก อายุรกรรมและกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครปฐม ที่ได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

สุดท้ายขอขอบคุณมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัย ขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ และน้อง ๆ รวมทั้งคุณแม่และน้องสาวที่สนับสนุนให้กำลังใจและให้ความเข้าใจตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ซึ่งเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งเป็นพลังใจทำให้ผู้วิจัย สามารถศึกษาจนสำเร็จการศึกษา

สมปอง ใจกล้า

2 พฤษภาคม 2545

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	5
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	5
ข้อตกลงเบื้องต้น	5
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	10
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	10
กายวิภาคศาสตร์ของหัวใจและหลอดเลือด	10
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	13
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	25
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	35
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	43
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	53
การวิจัยในต่างประเทศ	53
การวิจัยในประเทศไทย	57
กรอบแนวคิดในการวิจัย	66
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	66
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	68
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	68
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	68
วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	74
วิธีจัดกระทำข้อมูล	74
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	75

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	80
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	80
การวิเคราะห์ข้อมูล	80
ผลการศึกษาค้นคว้า	82
วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป	82
วิเคราะห์การรับรู้ความสามารถของตนเอง	84
วิเคราะห์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม	84
วิเคราะห์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	85
เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามตัวแปร เพศ	86
เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามตัวแปร อายุ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย	87
วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	92
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	93
บทย่อ	93
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	93
วิธีดำเนินการวิจัย	93
การวิเคราะห์ข้อมูล	94
สรุปผลการค้นคว้า	95
อภิปรายผล	96
ข้อเสนอแนะ	105
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	106
บรรณานุกรม	107
ภาคผนวก	115
ประวัติย่อผู้วิจัย	142

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน ของโรคระบบไหลเวียนโลหิต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 – 2543	2
2 แสดงปัจจัยที่ช่วยสร้างเสริมและพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง	41
3 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร	82
4 ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม	84
5 ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม	84
6 ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม	85
7 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม	86
8 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำแนกตามเพศ	86
9 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำแนกตามอายุ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย	87
10 ผลวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาล นครปฐม จังหวัดนครปฐม จำแนกตามตัวแปรอายุ รายได้ต่อเดือน สถานภาพ สมรส อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย	89
11 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำแนกตามตัวแปรอายุ	90

ตาราง	หน้า
12 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำแนกตามตัวแปรรายได้ต่อเดือน	91
13 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำแนกตามอาชีพ	91
14 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติกิจกรรม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม	92

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงตำแหน่งต่าง ๆ ของหลอดเลือดแดงโคโรนารี	12
2 แสดงการเชื่อมกันในระดับหลอดเลือดแดงขนาดเล็กถ้ามีการอุดตัน	12
3 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ที่ปรับปรุงใหม่ในปี 1996	30
4 แบบแผนแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล เจื้อนไขเชิงพฤติกรรม และเจื้อนไขเชิงสภาพแวดล้อม	35
5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวัง ผลที่จะเกิดขึ้น	37
6 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	66

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

การเปลี่ยนแปลงด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคมอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีสมัยใหม่ เครือข่ายทางคมนาคม อิทธิพลทางวัฒนธรรม กลยุทธ์การตลาดที่เร่งรัดอัตราการบริโภคสินค้าและบริการที่แปลกใหม่ การขยายตัวของอุตสาหกรรม การเติบโตของชุมชนเมือง การเคลื่อนย้ายของแรงงาน การเจริญเติบโตของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว เหล่านี้ทำให้มีการขยายอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจและกระจายความเจริญไปทั่วทุกภูมิภาค ในขณะที่เดียวกันก็ได้ส่งผลกระทบและเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ความคิดและพฤติกรรมของประชากรเช่นกัน ในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา กำลังประสบปัญหาเกี่ยวกับอุบัติการณ์และความชุกของโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases) สูงขึ้นเป็นลำดับ โดยรูปแบบปัญหาสาธารณสุขได้เปลี่ยนแปลงจากปัญหาโรคติดต่อ เป็นปัญหาโรคไม่ติดต่อเช่น อุบัติเหตุ โรคหัวใจ มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เบาหวานและโรคอ้วน เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับวงจรการเกิดโรคที่องค์การอนามัยโลกได้แบ่งการเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาสุขภาพของประชากรโลกออกเป็นระยะได้ 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นวงจรของโรคติดต่อ (Infectious disease cycle) ซึ่งเกิดในสังคมที่ยังไม่พัฒนา จะพบอัตราป่วยตายของมารดาและทารกมาก ปัญหาโรคติดต่อรุนแรง มีการระบาดอย่างกว้างขวาง ปัญหาจากปรสิตและแบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นแบบกสิกรรม โดยวัฒนธรรมจะมีอิทธิพลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างมากและความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขยังไม่ทันต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน ต่อมาภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 สังคมพัฒนาเข้าสู่ อุตสาหกรรมใหม่และการบริการ ประชาชนมีค่านิยมเปลี่ยนไปโดยมีเวลาว่างมากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและวิถีชีวิต ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงมีประชาชนวัยแรงงาน วัยสูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้ประชาชนวัยสูงอายุเกิดโรคเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเข้าสู่วงจรระยะที่ 2 ของโรคเรื้อรัง (Chronic disease cycle) ได้แก่โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และอุบัติเหตุ เป็นต้น ส่วนวงจรระยะที่ 3 เป็นการพัฒนาเข้าสู่ยุคข้อมูลข่าวสาร ได้มีการวิเคราะห์ว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมจะก่อให้เกิดรูปแบบการเกิดโรคใหม่ (Social transformation disease cycle) อันเกิดจากความผิดปกติทางสังคม (Social dysfunction) การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางประชากร เช่น การติดสารเสพติด ความผิดปกติทางพันธุกรรมปัญหาครอบครัวและการใช้ความรุนแรง เป็นต้น องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณว่าในทศวรรษนี้ ประเทศที่กำลังพัฒนาเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ (NICS – Newly industrialized countries) รวมถึงประเทศไทยด้วย จะต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพใน

ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 พร้อมๆกัน คือ โรคไม่ติดต่อจะมีอัตราอุบัติการณ์และความชุกมากขึ้น ขณะที่โรคติดต่อบางชนิดยังคงเป็นปัญหาอยู่

สำหรับประเทศไทย ผลของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม โดยใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 1 เป็นต้นมา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากสังคมกสิกรรมเข้าสู่สังคมกึ่งอุตสาหกรรม ทำให้วิถีการดำรงชีวิตของคนไทยโดยเฉพาะคนรุ่นใหม่คือคนหนุ่มสาวและวัยทำงาน ได้แปรเปลี่ยนสู่การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในลักษณะที่ต่างจากเดิมมากขึ้นเป็นลำดับ ผลกระทบทางสุขภาพที่ชัดเจนคือโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคหนึ่งที่เป็นปรากฏการณ์ที่สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจน แม้ปัจจุบันจะมีวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพียงใด แต่อัตราความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบก็ไม่มีแนวโน้มว่าจะลดลง

จากรายงานสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2543 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2543 : 79) พบว่าโรกระบบไหลเวียนโลหิต เป็นกลุ่มโรคที่มีจำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน อยู่ในอันดับที่ 3 สถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2542 โรกระบบไหลเวียนโลหิตจัดอยู่ในอันดับที่ 1 ของสาเหตุการตาย 10 กลุ่มแรก แม้ว่า ปี พ.ศ. 2543 จะอยู่ในอันดับที่ 3 ก็ตามแต่จำนวนและอัตราก็ไม่ได้อัตราลดลงมากแต่อย่างไร ดังจะเห็นได้จากตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ของโรกระบบไหลเวียนโลหิต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 - 2543

ปี พ.ศ.	รวม		ชาย		หญิง	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
2539	63,062	105.5	39,144	131.2	23,918	79.8
2540	58,531	96.8	36,112	119.8	22,419	73.9
2541	52,376	85.6	32,045	105.3	20,331	66.2
2542	42,288	68.7	25,177	82.2	17,111	55.3
2543	32,330	52.3	18,882	61.5	13,448	43.3

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2543 : 15

จากตาราง 1 แสดงให้เห็นว่าแม้ว่าจำนวนและอัตราตายจะลดลงจากเดิม แต่โรคในระบบไหลเวียนโลหิตก็ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอยู่ และโรคในระบบไหลเวียนโลหิตนี้ เฉพาะโรคหัวใจขาดเลือดมีจำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากปี

พ.ศ. 2539 มีจำนวน 2,784 ราย อัตรา 4.7 ปี พ.ศ. 2543 เพิ่มขึ้นเป็น 6,251 ราย อัตรา 10.1 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2543 : 92)

ในปัจจุบันเป็นที่ทราบดีแล้วว่า โรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีปัจจัยเสริมและปัจจัยเสี่ยงมาจากพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมหลายประการ โดยเฉพาะจากแบบแผนการดำเนินชีวิตของประชาชนเอง เช่นการรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีนเป็นประจำ จะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือมีภาวะแทรกซ้อนได้ จังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัดที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจมาก ประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีร้านอาหารแหล่งบันเทิงมาก รวมทั้งอยู่ใกล้กรุงเทพมหานคร ทำให้วิถีชีวิตของประชาชนใกล้เคียงกับประชาชนที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร คือมีชีวิตที่เร่งรีบ รับประทานอาหารนอกบ้าน รับประทานอาหารจานด่วน และเที่ยวตามแหล่งบันเทิงต่างๆมากขึ้น ดังนั้นจึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พบว่ามีสถิติการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ของประชาชนจังหวัดนครปฐมสูงกว่าหลายๆจังหวัดในภาคกลางและที่ติดกับกรุงเทพมหานคร จากสถิติของจำนวนผู้ป่วยโรกระบบไหลเวียนโลหิตในเขต 4 (มี 7 จังหวัด) จังหวัดนครปฐมมีผู้ป่วยถึง 82,646 ราย คิดเป็นอัตรา 72.58 ต่อประชากร 1,000 คน (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2540 : 51 – 52) ซึ่งมีผู้ป่วยด้วยโรกระบบนี้ เป็นอันดับ 1 ในเขต 4

จากสถิติดังกล่าว หากจะคำนวณความสูญเสียทั้งทรัพยากรบุคคลและเศรษฐกิจจะเป็นจำนวนไม่น้อยทีเดียว เพราะเนื่องจากเมื่อป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแล้ว ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมไม่ถูกต้องทำให้เกิดภาวะของโรคที่รุนแรงขึ้นมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆทำให้เสียชีวิตได้ง่ายขึ้น จากสมุดรายงานสถิติจังหวัดนครปฐม พบว่า ปี พ.ศ. 2544 มีผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคหัวใจ 171 ราย คิดเป็น อัตรา 22.2 ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักงานสถิติจังหวัดนครปฐม. 2544 : 71) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีพิเศษซับซ้อน เสียค่าใช้จ่ายในราคาที่แพงและใช้เวลามากขึ้นในการรักษาที่โรงพยาบาล

ดังนั้นการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยใช้รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เนื่องจากรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ได้เน้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลครอบคลุมทั้งด้านจิตสังคมของบุคคล และได้อธิบายถึงปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยเพนเดอร์ (Pender . 1996 : 134) เสนอว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ของชีวิตโดยส่วนรวม โดยแบ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็น 6 ด้าน ได้แก่

1. ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ (Health responsibility)
2. กิจกรรมด้านร่างกาย (Physical activity)

3. ด้านโภชนาการ (Nutrition)
4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations)
5. การพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth)
6. การจัดการกับความเครียด (Stress management)

ถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสามารถมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมดังกล่าวให้สอดคล้องและผสมผสานเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนในการดำเนินชีวิตแล้ว จะช่วยลดปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ มีผลทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น อันจะนำไปสู่ความสำเร็จในจุดมุ่งหมายที่สูงสุดในชีวิต (Self-actualization) และความสุขสมบูรณ์ของชีวิต (Well being) (Pender. 1996 : 34) แต่ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1996 : 66-73) ได้กล่าวถึงมโนทัศน์หลักด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีความสำคัญมากที่สุด ซึ่งนักศึกษาคควรนำมาใช้ปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมที่เคยมีมาก่อนโดยผ่านกระบวนการรับรู้ของเขาเองเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้น อีกทั้งผลทางตรงของพฤติกรรมดั้งเดิมจะทำหน้าที่สร้างความแข็งแกร่งให้เกิดตามเพิ่มขึ้นมาในแต่ละครั้ง ทุกครั้งที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เกิดขึ้น สำหรับความมุ่งมั่น จะเป็นส่วนช่วยเอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการได้ปฏิบัติซ้ำ ซึ่งแนวคิดนี้ได้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมที่มีมาก่อนจะเป็นตัวกำหนดอิทธิพลทางอ้อมแก่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลโดยผ่านกระบวนการรับรู้ความสามารถแห่งตน(Perceived self - efficacy) การรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการกระทำ (Perceived benefits of action) การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (Perceived barriers to action) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Activity - related affect) อิทธิพลด้านสัมพันธภาพ (Interpersonal influences) และอิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational influences) เพราะถ้ามีการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ มีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีอารมณ์ทางด้านบวกหรือความรู้สึกด้านดี สัมพันธภาพและสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์เอื้ออำนวยให้ในทางที่ดี รวมทั้งอุปสรรคต่อการกระทำมีน้อยก็จะเป็นการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้นการประเมินความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน เหล่านี้ว่าเป็นอย่างไร มีความสัมพันธ์หรือไม่ อย่างไร กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ นับว่ามีความสำคัญเพื่อจะนำไปสู่การให้ความรู้หรือคำแนะนำ และจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่เหมาะสม

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด โดยศึกษาถึงความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคล และมโนทัศน์หลักด้าน

ความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม 2 ด้าน คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า การรับรู้ความสามารถส่วนบุคคล และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและหากส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมั่นใจในความสามารถของตนเอง และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้วจะทำให้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ การวิจัยนี้จึงเป็นการศึกษาพื้นฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้พัฒนาศักยภาพการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยต่อไป

2. ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างตัวแปร อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วยกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

3. ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และวางแผนการให้สุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการดัดศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละรายมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม
2. ปรับเปลี่ยนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบให้เหมาะสมกับสภาพและปัจจัยที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละรายยิ่งขึ้นและผู้ป่วยสามารถยอมรับได้
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในประเด็นอื่นๆต่อไป
4. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถูกต้องมากขึ้น

ข้อตกลงเบื้องต้น

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้แก่ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษา ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม และแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจวินิจฉัยว่าเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจ

โคโรนารี (Coronary heart disease : CHD.) หรือ โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease : IHD.) หรือ โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (Atherosclerotic heart disease : ASHD.)

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำนวน 1500 คน (โรงพยาบาลนครปฐม. 2542 : 133)

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มารับการรักษา ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 316 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ตามกรอบแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender. 1996 : 134)

1.1 ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย การไปตรวจตามแพทย์นัด การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติ การพูดคุยกับบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพ ความสนใจหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ และการรับฟังความรู้จากแหล่งอื่นๆ

1.2 กิจกรรมด้านร่างกาย หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกาย เช่น การ

เดิน การวิ่งเหยาะ การฝึกกายบริหาร หรือการทำงานอดิเรก ที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย และการตรวจนับชีพจรก่อนและหลังออกกำลังกาย

1.3 ด้านโภชนาการ หมายถึง การปฏิบัติในการรับประทานอาหาร การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เช่น การงดอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับปกติ

1.4 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น การพบปะพูดคุย การช่วยเหลืองานต่างๆกับสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนฝูงหรือบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับประโยชน์ในแง่การได้รับการสนับสนุนต่างๆ เช่น ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด หรือช่วยแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ตลอดจนความรู้ และความภาคภูมิใจในตนเอง

1.5 การพัฒนาจิตวิญญาณ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงออกถึงภาวะดีหรือธรรมาในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่ก่อให้เกิดความรู้สึกที่มีความหวัง ความพึงพอใจในชีวิต การตระหนักถึงความสำคัญในชีวิต ความสุขสงบและการกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว อันได้แก่ กิจกรรมทางศาสนาที่ยึดเหนี่ยว การอุทิศตนให้เป็นประโยชน์ เป็นต้น

1.6 การจัดการกับความเครียด หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียด และการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม เช่น การเป็นคนที่ไม่โมโห หงุดหงิดง่าย รู้จักทำจิตใจให้สงบ เป็นคนใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาไม่หมกหมุ่นอยู่กับสิ่งที่ไร้สาระ เป็นต้น

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หมายถึง ผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาที่ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

3. อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนับตั้งแต่เกิดจนกระทั่งถึงวันที่ผู้วิจัยทำการวิจัย

3.1 ต่ำกว่า 45 ปี

3.2 45-55 ปี

3.3 56-65 ปี

3.4 สูงกว่า 65 ปีขึ้นไป

4. เพศ หมายถึง เพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้แก่ เพศชาย เพศหญิง

5. รายได้ หมายถึง รายรับหรือจำนวนเงินที่ได้รับต่อเดือน เป็นเงินที่ได้จากการประกอบอาชีพ หรือรายได้จากแหล่งอื่นๆของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แบ่งเป็น 4 ช่วง ได้แก่

- 5.1 น้อยกว่า 4000 บาท
- 5.2 4000 -10,000 บาท
- 5.3 10,001-16,000 บาท
- 5.4 มากกว่า 16,000 บาทขึ้นไป

6. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

- 6.1 โสด
- 6.2 คู่
- 6.3 หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่

7. อาชีพ หมายถึง การทำงาน หรือกิจกรรมหลักที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบปฏิบัติอยู่ ที่ทำให้เกิดรายได้เลี้ยงครอบครัว

- 7.1 รัฐวิสาหกิจ / ข้าราชการ
- 7.2 เกษตรกรรม
- 7.3 รับจ้าง
- 7.4 ค้าขาย
- 7.5 อื่น ๆ

8. ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลา ตั้งแต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จนถึงปัจจุบัน แบ่งออกได้ดังนี้

- 8.1 ต่ำกว่า 1 ปี
- 8.2 1-2 ปี
- 8.3 3-4 ปี
- 8.4 มากกว่า 4 ปี

9. การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมต่างๆได้สำเร็จ คือ จะปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ ปฏิบัติกิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ซึ่งต้องใช้ความพยายามและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติเพื่อให้ตนเองสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุขและมีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาล นครปฐม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ แบนดูรา

10. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีความเชื่อในประโยชน์ หรือมีประสบการณ์จากการกระทำว่ามีประโยชน์ต่อตัวเอง จึงปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ ปฏิบัติกิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

11. คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม หมายถึง หน่วยตรวจเฉพาะโรคหัวใจ ที่มีแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจตรวจรักษา ซึ่งเปิดทุกวันอังคาร เวลา 13.30 น. ถึง 15.30 น. ณ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาในการทำวิจัยดังต่อไปนี้ กายวิภาคศาสตร์ของหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ และในประเทศ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

กายวิภาคศาสตร์ของหัวใจและหลอดเลือด (อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์. 2540 : 1-8)

หัวใจเป็นอวัยวะกล้ามเนื้อตั้งอยู่ภายในกึ่งกลางของทรวงอก (Mediastinum) ถูกขนาบด้วยปอดทั้ง 2 ข้าง ด้านหน้าติดกับกระดูกสันอก (Sternum) และกระดูกซี่โครงอันที่ 3,4,5 ด้านหลังติดกับกระดูกสันหลัง (Vertebral colum) รูปร่างทรงกรวย ส่วนปลายเรียวเล็กลงเรียกว่า เอเพค (Apex) มีทิศชี้ลงก่อนไปทางซ้าย ส่วนบนเป็นฐานกว้างประกอบด้วยหลอดเลือดใหญ่ ๑ มาเปิดระหว่างหัวใจซีกขวา กับซีกซ้าย มีกล้ามเนื้อเป็นผนังกัน (Septum) ซีกขวาของหัวใจทำหน้าที่รับเลือดที่มาจากส่วนต่างๆของร่างกายส่งต่อไปฟอกที่ปอด ซีกซ้ายรับเลือดจากปอดส่งไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย และหัวใจเองก็มีหลอดเลือดแดงมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ

หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ

หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นสาขาที่แยกออกมาจากหลอดเลือดเอออร์ตา เรียกหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary arteries) แยกออกเป็น 2 สาขาใหญ่ คือ โคโรนารีซ้ายและขวา ขณะที่หัวใจบีบตัวเลือดจะสามารถผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้น้อยเนื่องจากหลอดเลือดถูกแรงบีบไว้ เมื่อหัวใจคลายตัวจะมีการขยายออกของผนังเอออร์ตาและส่วนของไซนัสออฟ วาลซาวา (Sinus of valsava) ทำให้เกิดกระแสไหลวนของเลือด เลือดจะผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้

หลอดเลือดแดงโคโรนารีซ้าย จุดเริ่มต้นอยู่ที่ ไซนัส ออฟ วาลซาวา (Sinus of valsava) ด้านซ้ายหลอดเลือดทอดไปตามด้านข้างตรงกลางระหว่างเอเทรียมซ้ายและพัลโมนารีทริก (Pulmonary trunk) แบ่งแขนงออกเป็น

1.แขนงหลอดเลือดแดงด้านหน้าข้างซ้าย (Left anterior descending brance (LAD)) หลอดเลือดจะทอดลงไปตามแนวยาวด้านหน้า (Anterior longitudinal sulcus) จนถึงปลายหัวใจ (Apex) แดกเป็นแขนงส่งไปเลี้ยงผนังกันเวนตริเคิลและกล้ามเนื้อของเวนตริเคิลซ้าย

แขนงเล็กตอนปลายจะส่งไปเลี้ยงบริเวณปลายหัวใจ และพื้นผิวด้านหน้าของเวนทริเคิลทั้งซ้ายและขวา

2.แขนงหลอดเลือดรอบหัวใจ (Circumflex branch) ทอดไปตามฐานของเอเตรียมซ้ายลงไปข้างๆและด้านหลังของ โคโรนารี ซัลคัส (Coronary sulcus) ทอดต่อไปข้างๆด้านหลังของปลายหัวใจส่งแขนงไปเลี้ยงพื้นผิวส่วนหลังและแตกเป็นแขนงพุ่งตรงไปยังปลายหัวใจ นอกจากนี้ยังมีแขนงเล็กๆส่งไปเลี้ยงเอเตรียมซ้าย โคนของเอออร์ตา และส่วนล่างของเวนทริเคิลซ้าย

หลอดเลือดแดงโคโรนารีขวา เริ่มจาก ไชนัส ออฟ วาลซาวา (Sinus of valsalva) ด้านขวา ทอดลงด้านข้างในช่องระหว่างเอเตรียมกับเวนทริเคิลขวา ไปยังด้านล่างของหัวใจ แตกแขนงออกเป็น

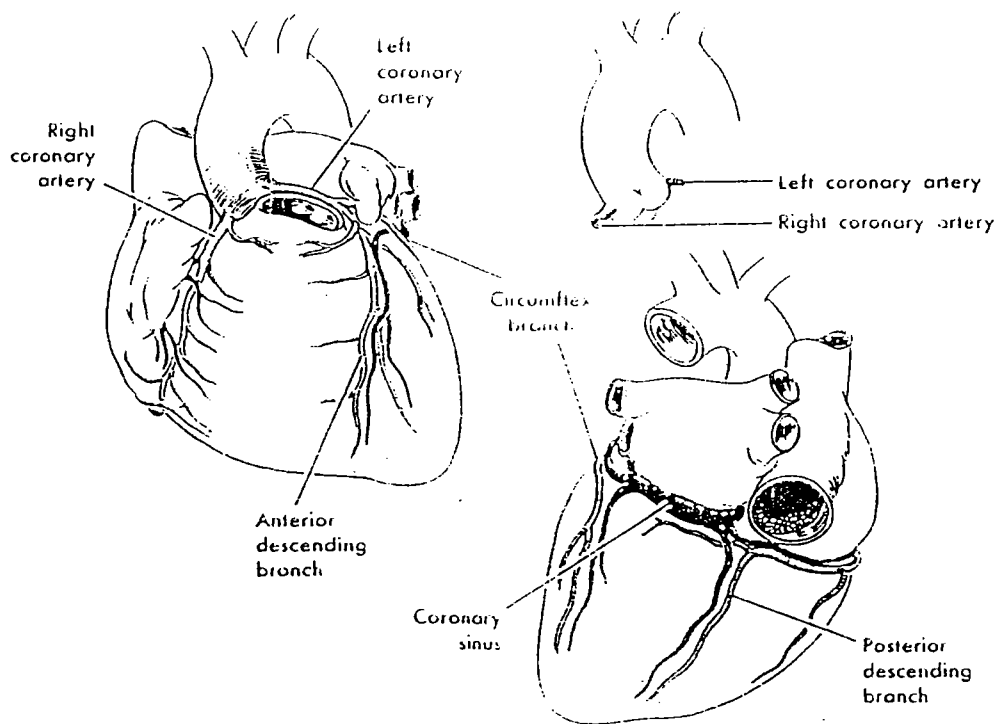
1.หลอดเลือดแดง เอส เอ โนด (SA node artery) ไปเลี้ยง เอส เอ โนด (SA node)

2.เส้นเลือดแขนงมาจินอล (Marginal branch) ทอดไปยังด้านล่างสู่ปลายหัวใจไปเชื่อมกับเส้นเลือด Circumflex branch ของหลอดเลือดแดงโคโรนารีซ้าย ส่งแขนงไปเลี้ยงเอเตรียมขวา และด้านหน้าของเวนทริเคิลขวา

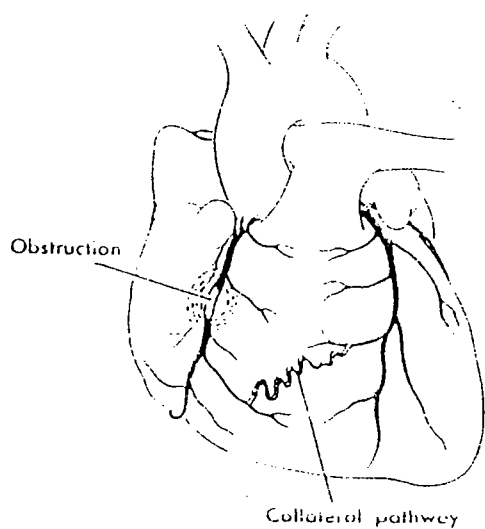
3.แขนงของเส้นเลือดทางด้านหลัง (Posterior descending branch)ทอดย้อนไปด้านหลัง ไปเชื่อมกับแขนงของเส้นเลือดทางด้านหน้า (anterior descending branch) ของหลอดเลือดโคโรนารีซ้ายที่ปลายหัวใจส่งแขนงไปเลี้ยง 1 ใน 3 ของผนังกันเวนทริเคิลที่เหลื่อและด้านหลังของเวนทริเคิลซ้ายแตกแขนงออกเป็น เส้นเลือดแดง เอวี โนด (AV node artery) ไปเลี้ยง AV node และแขนง (branch)

ข้อสังเกต พบว่าเอเตรียมแต่ละห้องมีแขนงของหลอดเลือดแดงโคโรนารีไปเลี้ยงเพียงแขนงเดียวในขณะที่เวนทริเคิลแต่ละห้องมีหลอดเลือดแดงโคโรนารีไปเลี้ยงถึงสามแขนง และการเชื่อมกันแต่ละแขนงจะเชื่อมกันในระดับหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (Arteriole) ดังนั้นถ้ามีการอุดตันของหลอดเลือดแดงแขนงใดแขนงหนึ่ง เลือดก็ยังคงสามารถผ่านไปเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณนั้นได้โดยทางเส้นเลือด Collateral arteriole circulation

หลอดเลือดแดงโคโรนารีมีผนังหลอดเลือด 3 ชั้น คือ ชั้นในสุด (tunica intima) เป็นชั้นของเยื่อบุผิว เนื้อเยื่อประสานเป็นพวกเนื้อเยื่อยืดหยุ่น (elastic tissue) หรือคอลลาเจนทิซซู (collagen tissue) ชั้นกลาง (tunica media) เป็นชั้นกล้ามเนื้อเรียบ เนื้อเยื่อประสานเป็นพวก elastic tissue หรือ collagen tissue และผนังชั้นนอกสุด (tunica adventitia) ซึ่งประกอบด้วย external elastic membrane และ collagen fiber (Braunwald. 1997 : 1105-1106 ; สุวรรณ ธีระวรพันธ์, วิสสุตา สุวิทยวัฒน์และเพ็ญโฉม พิ๊งวิศา. 2539 : 9-11)



ภาพประกอบ 1 แสดงตำแหน่งต่างๆของหลอดเลือดแดงโคโรนารี
ที่มา : อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์. 2540 : 7



ภาพประกอบ 2 แสดงการเชื่อมกันในระดับหลอดเลือดแดงขนาดเล็กถ้ามีการอุดตัน
ที่มา : อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์. 2540 : 8

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีชื่อเรียกกันหลายชื่อ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Coronary Heart Disease : CHD) โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease : IHD) หรือ โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (Atherosclerotic Heart Disease : ASHD) หมายถึง ภาวะที่หัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงหรือเลือดไหลเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจลดลง หรือเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอกับความต้องการ (พรหมณี เสถียรโชค. 2536 : 429)

สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยมีก้อนไขมันมาก่อตัวสะสมกันบริเวณผนังหลอดเลือดเป็นเวลานาน ซึ่งขั้นตอนการเกิดก้อนไขมันจะเป็นไปอย่างช้าๆและมีขนาดโตขึ้นเรื่อยๆ มีผลทำให้เกิดการตีบแคบหรือการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (สุรพันธ์ สิทธิสุข. 2539 : 214)

กลไกการก่อตัวของก้อนไขมันในหลอดเลือด มี 3 ระยะคือ (Braunwald. 1997 : 1112-1114 ; Schant and Alexander. 1994 : 989-991 ; Thelan, et al. 1994 : 279)

1. ระยะเกิดรอยไขมัน (Fatty steak) เป็นระยะที่มีพยาธิสภาพกว้าง เริ่มต้นตั้งแต่ในวัยเด็ก โดยเริ่มมีก้อนไขมันมาเกาะติดกับผนังหลอดเลือด และมีเซลล์เม็ดเลือดขาว ที-ลิมโฟไซท์ (T-lymphocyte) คอยจับกินไขมันส่วนที่มากเกาะติดผนังหลอดเลือดชั้นใน ต่อจากนั้นเซลล์ผนังหลอดเลือดชั้นในจะสร้างเซลล์กล้ามเนื้อเรียบมาหุ้มก้อนไขมันนี้ ซึ่งจะช่วยให้มองเห็นก้อนสีเหลืองเกาะติดผนังหลอดเลือด ในระยะนี้ไม่ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด แต่ถ้ามีปัจจัยส่งเสริมหลายอย่าง จะทำให้มีพัฒนาการของคราบไขมันมากขึ้น

2. ระยะพังผืดหนา (Fibrous plaque) เป็นระยะต่อจากระยะที่ 1 ซึ่งเป็นระยะที่มีก้อนไขมันขนาดโตขึ้น (atherosclerosis) ระยะนี้เริ่มต้นเมื่ออายุประมาณ 25 ปี โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 3 ลักษณะคือ มีการสร้างของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบเพิ่มมากขึ้น มีการสะสมของคอเลสเตอรอลและไขมันภายในผนังหลอดเลือด และส่งผลกระทบต่อการทำงานของหลอดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้

3. ระยะก่อให้เกิดโรค (Advanced lesion) เมื่อระยะ Fibrous plaque มีขนาดโตขึ้น มีการเกาะติดแน่นกับผนังหลอดเลือดและถ้าบริเวณผิวของก้อนไขมันมีรอยปริแตก จะทำให้มีเลือดออกและเกิดเป็นลิ่มเลือดอุดตันรูของหลอดเลือด ทำให้ทางไหลเวียนของเลือดมีขนาดเล็กลง ในระยะนี้อาจพบว่ามีอาการแสดงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ซึ่งระยะนี้พบมากในคนที่อายุมากขึ้น

ก้อนไขมันที่ก่อในหลอดเลือด (Atherosclerotic plaque) อาจก่อตัวโดยรอบภายในผนังหลอดเลือดในปริมาณเท่าๆกัน (Concentric lesion) หรือก่อตัวมากภายในด้านใดด้านหนึ่งของผนังหลอดเลือดก็ได้ (Eccentric lesion) (Hass. 1996 : 233 ; สรุพันธ์ สิทธิสุข. 2539 : 217)

พยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจตีบ อาจพบในเส้นเลือดเส้นเดียว (Single vessel disease) เส้นเลือดสองเส้น (Double vessel disease) หรือพบในเส้นเลือดทั้งสามเส้น (Triple vessel disease) ก็ได้ หรือพบว่าในเส้นเลือดเส้นเดียวกันอาจมีพยาธิสภาพหลายตำแหน่งก็ได้ เส้นเลือดที่พบพยาธิสภาพบ่อยเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อยคือ หลอดเลือดแดงด้านหน้าข้างซ้าย (Left anterior descending artery) 45% , หลอดเลือดแดงโคโรนารีด้านขวา (Right coronary artery) 25% , หลอดเลือดแดงรอบหัวใจด้านซ้าย (Left circumflex artery) 23% และที่พบน้อยแต่มีความสำคัญและมีอันตรายสูงคือ หลอดเลือดแดงใหญ่โคโรนารีด้านซ้าย (Left main coronary artery) 4.5% (สรุพันธ์ สิทธิสุข. 2539 : 217)

การตีบของหลอดเลือดหัวใจถ้ามีมากกว่าร้อยละ 50 ของเส้นผ่าศูนย์กลางด้านในของหลอดเลือด จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ และถ้าหลอดเลือดตีบมากกว่าร้อยละ 50-75 ขึ้นไป จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Carlson, Braun and Murphy. 1996 : 257 ; สรุพันธ์ สิทธิสุข. 2539 : 217) ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกแบบไม่คงที่ (Unstable angina) มักพบว่ามี การตีบของหลอดเลือดมากและเกิดอย่างรวดเร็ว เช่น มีการปริแตกของคราบไขมัน หรือมีเลือดออกจากชั้นใต้ไขมันเกิดขึ้น และในผู้ป่วยที่มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยถึงร้อยละ 90 มีการอุดตันของหลอดเลือดทั้งหมด (สรุพันธ์ สิทธิสุข. 2539 : 217 ; อ้างอิงมาจาก Dewood, et al. 1980 and Gan, et al. 1981 ; วิเชียร ทองแดง. 2537 : 463)

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่สำคัญต่อระบบทางเดินเลือดคือ ทำให้ขาดความสมดุลระหว่างความต้องการออกซิเจนและการส่งออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งเป็นผลมาจากหลอดเลือดมีความผิดปกติ 2 อย่างคือ

1. มีการตีบแคบของหลอดเลือดมากกว่า 75% ทำให้มีการไหลเวียนของเลือดจำกัดในขณะพัก

2. หลอดเลือดมีการแข็งตัว หรือสูญเสียความสามารถในการขยายตัว

เป็นผลทำให้มีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ จึงเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกได้ (Urden, Lough and Stacy. 1995 : 151) และทำให้มีอาการแสดงทางคลินิกได้หลายอย่าง เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Stable angina, Unstable angina, Variant or Prinzmetal's angina) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยไม่มีอาการแสดง (Silent ischemia) กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) หัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) และการตายกระทันหัน

(sudden death)(Braunwald. 1997 : 1290 –1345 ; Schant and Alexander.1994 : 1010 - 1017)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง พฤติกรรมส่วนบุคคลหรือวิถีชีวิต หรือสิ่งแวดล้อมที่บุคคลสัมผัส หรือเป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหรือมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคนั้น (Woods, et al. 1995 : 200 ; อ้างอิงมาจาก Last. 1988) มีการศึกษาทางระบาดวิทยามากมายที่บ่งชี้ว่า ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความสัมพันธ์ที่ทำให้อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากขึ้น การหลีกเลี่ยงและควบคุมปัจจัยเสี่ยง จะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคและลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ ลักแมนและซอเรนเซนแบ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเป็น 3 หมวด คือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 71 ; อ้างอิงมาจาก Luckmann and Sorensen. 1989)

1. ปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ กรรมพันธุ์ อายุ เพศ เชื้อชาติ
2. ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ เบาหวาน สิ่งแวดล้อม
3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ อ้วน ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียด

1. ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Personal risk factors that cannot be changed) คือ กรรมพันธุ์ อายุ เพศ เชื้อชาติ

1.1 กรรมพันธุ์ (Heredity)

พันธุกรรม มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยเฉพาะครอบครัวที่เคยมีประวัติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ บทบาทของพันธุกรรมที่มีต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ยังไม่ทราบแน่ชัดอาจเกี่ยวข้องกับยีนส์ (Genes) ที่ถ่ายทอดกันมาก็ได้ ปัจจัยทางพันธุกรรมเหล่านี้ย่นอายุ 4 ลักษณะซึ่งทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดคือ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือด โรคเบาหวาน และโรคอ้วน ในการศึกษาของ เฟรมิงแฮม เป็นการศึกษาโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะยาว ประวัติครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคหัวใจ พบว่าสามารถทำนายได้อย่างอิสระ ถึงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้ชายแต่ไม่พบในผู้หญิง

1.2 อายุ(Age)

อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ มักพบในคนอายุ 40 ปีขึ้นไป แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบโรคนี้ในคนอายุน้อยกว่า 40 ปีมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ในคนที่อายุ 30 ปี ขึ้นไป หรือ 20 ปี ขึ้นไปอาจมีอาการเจ็บหน้าอก เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง หรือกล้ามเนื้อหัวใจ

ตายได้ โดยเชื่อว่าภาวะหลอดเลือดแดง มักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลอายุมากขึ้น ซึ่งเชื่อว่าเป็นกระบวนการเสื่อมสลาย (Degenerative changed) ของหลอดเลือด (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. 2530 : 3)

1.3 เพศ (Gender)

พบว่า ผู้ชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้สูงกว่าผู้หญิง ถึง 4 เท่า แต่เมื่ออายุ 65 ปี ขึ้นไป ผู้ชายและผู้หญิง มีโอกาสเสี่ยงใกล้เคียงกัน ผู้หญิงที่รับประทานยาคุมกำเนิดและหมดประจำเดือนเร็ว มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสูงเป็น 3 เท่า ของผู้หญิงปกติหรือหมดประจำเดือนช้า ปัจจุบันวิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง อาจจะมีการเพิ่มการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้หญิง คือ การออกไปทำงานนอกบ้าน และยังคงต้องรับผิดชอบงานบ้านและลูกรวมทั้งการเริ่มสูบบุหรี่ของผู้หญิงในอายุน้อย

1.4 เชื้อชาติ (Race)

ผู้ชายผิวขาว มีโอกาสตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มากกว่าผู้ชายผิวอื่น ในขณะที่ผู้หญิงผิวขาว มีอัตราตายจากโรคนี้ต่ำกว่าชนผิวดำเล็กน้อย แต่เมื่อสูงอายุอัตราตายในทุกชนชาติเท่าๆกัน

2. ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Personal risk factors that can be changed) คือไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ เบาหวาน สิ่งแวดล้อม

2.1 ไขมันในเลือดสูง (Elevated serum cholesterol)

เป็นปัจจัยที่พบมากเป็นอันดับที่ 1 ในประเทศไทยประชากรในเมืองใหญ่มีโคเลสเตอรอลสูงกว่าชนบท เนื่องจากอาหารที่รับประทานต่างกัน การมีระดับไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะถ้ามีระดับโคเลสเตอรอลสูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และไตรกลีเซอไรด์ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้สูงเพราะไขมันไปจับเกาะติดกับผนังด้านในหลอดเลือดแดงทำให้เกิดการตีบแคบ การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก นอกจากนี้ฮอร์โมนเพศบางอย่าง เช่น เอสโตรเจนจะเพิ่มปริมาณของไขมันอิ่มตัว แต่โปรเจสเตอโรนและแอนโดรเจน จะลดปริมาณของไขมันอิ่มตัวลง การออกกำลังกาย ทำให้ปริมาณไขมันอิ่มตัวเพิ่มขึ้น (สุเอ็ด คชเสนี. 2531: 337) มีการศึกษาพบว่า การป้องกันมิให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำและลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีประสิทธิภาพคือ การขจัดปัจจัยเสี่ยงของโรค ซึ่งมีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสูง ในผู้ชายวัยกลางคนที่มีความดันโคเลสเตอรอลสูงในระยะแรก และการลดระดับ Total cholesterol และ LDL-Cholesterol จะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้สูงอายุและในคนที่โคเลสเตอรอลสูงในระดับปานกลางอีกด้วย (Carlson, Braun and Murphy. 1996 : 261)

2.2 ความดันโลหิตสูง(Hypertension)

เป็นปัจจัยที่พบมากเป็นอันดับที่ 2 จากการศึกษาของเฟรมิงแฮม (Lewis and collier. 1987 : 772 ; อ้างอิงมาจาก Framingham) พบว่า ในวัยกลางคนที่มึ่ระดับความดันโลหิตมากกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนที่มีความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำกว่าถึง 3 เท่า ด้วยเหตุว่าหลอดเลือดของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะเกิดพยาธิสภาพทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) ได้มากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ แม้ว่าความดันโลหิตสูงไม่สามารถป้องกันได้ แต่สามารถควบคุมได้โดยการรักษาและการดูแลตนเองที่เหมาะสม

2.3 การสูบบุหรี่ (Cigarette smoking)

เป็นปัจจัยที่พบมาก เป็นอันดับที่ 3 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ ที่สำคัญที่สุดและพิสูจน์ได้แน่นอนแล้วว่ามีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และสาเหตุของการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ยังสูบบุหรี่อยู่เกิน 25 มวนต่อวัน ผู้ชายที่สูบบุหรี่มีโอกาสตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสูงกว่าผู้ชายที่ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 70 และผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งหมด อาการหัวใจจู่โจม (Heart attack) สูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า นอกจากนั้น ผู้ที่สูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการตายอย่างกะทันหันหันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2-4 เท่า โดยที่อัตราตายเพิ่มขึ้น ตามจำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ในแต่ละวัน จำนวนปีที่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เข้าในปอด และอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ มีฤทธิ์เสริมกับการเกิดปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. 2530 : 2)

2.4 โรคเบาหวาน (Diabetic)

โรคเบาหวานมักพบบ่อย ในผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน อยู่ในวัยกลางคน โดยมีระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นประจำและพบน้ำตาลในปัสสาวะ เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนที่มึ่ระดับน้ำตาลปกติ เนื่องจากโรคเบาหวานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันของผนังชั้นในหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้น (Atheroma)หลอดเลือดแดงตีบแคบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

2.5 สิ่งแวดล้อม (Environment)

ความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบในประเทศแถบทวีปอเมริกาเหนือ ออสเตรเลีย ยุโรป และนิวซีแลนด์ มากกว่าประเทศญี่ปุ่น สวิสเซอร์แลนด์ และอิตาลี ถึง 7 เท่า นอกจากนี้ยังพบในประชากรที่อยู่ในชุมชนเมือง สูงกว่าในชนบท ลักษณะนิสัยการดำเนินชีวิตของคนในครอบครัว ก็มีผลเกี่ยวข้องด้วย เช่น นิสัยการกิน การออกกำลังกาย พ่อแม่ที่ไม่ชอบออกกำลังกายอาจมีผลทำให้ลูกไม่ชอบออกกำลังกายด้วย หรือพ่อแม่เป็นคนอ้วน ลูกมักจะเป็นคนอ้วนด้วย (พิชิต ภูตจันทร์. 2535 : 214)

3. ปัจจัยเสริมอื่นๆ (Contributing factors) คือ อ้วน ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียด

3.1 ความอ้วน (Obesity)

ความอ้วน คือการที่น้ำหนักตัวเกินปกติไป มากกว่า 30 เปอร์เซ็นต์ หรือดัชนีมวลกาย มากกว่า 30.0 กก. / เมตร² โดยความอ้วนจะเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆมากขึ้น ความอ้วนส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิต เช่น นั่ง-นอนอยู่กับที่ ไม่ใช้แรงงาน (Sedentary lifestyle) ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง การลดน้ำหนักเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาปัจจัยเสี่ยงนี้ ในการศึกษาของฟรามิงแฮม (Framingham Study) พบว่า ผู้ชายที่มีอายุต่ำกว่า 50 ปี และมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 30 จะมีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและกล้ามเนื้อหัวใจตาย มากกว่าคนที่น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 10 ถึง 2 เท่า (Woods, et al. 1995 : 205 -206 ; อ้างอิงมาจาก Hubert, et al. 1983)

3.2 การขาดการออกกำลังกาย (Lack of exercise)

การออกกำลังกาย จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง อัตราการเต้นของหัวใจน้อยครั้งลง การสูบฉีดเลือดแต่ละครั้งมีปริมาณมากขึ้น และไหลผ่านหลอดเลือดไปสู่เนื้อเยื่อได้ดีขึ้น ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จะไม่ค่อยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ในคนที่ขาดการออกกำลังกายจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มาก (พิชิต ภูตจันทร์. 2535 : 215) นอกจากนี้ ผู้ที่ขาดการออกกำลังกายจะมีปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น และมีไขมันในเลือดสูงขึ้นเป็น 2 เท่า ของคนที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความดันโลหิต และลดระดับไขมันในเลือดได้ จากการศึกษาของ ฟรามิงแฮม พบว่า การเพิ่มการออกกำลังกายในทุกวัยรวมทั้งผู้สูงอายุ จะทำให้หัวใจมีความทนต่อการออกกำลังกายมากขึ้น ลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ และเชื่อว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยเพิ่มระดับของไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นสูง(HDL-Cholesterol) ให้สูงขึ้นและช่วยลดระดับของไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำ(LDL-Cholesterol) ลดความดันโลหิต ลดระดับน้ำตาลในเลือด และลดการเกาะกันของเกร็ดเลือดซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคนี้ทั้งสิ้น

3.3 ความเครียด (Stress)

ความเครียด มีส่วนสัมพันธ์กับการเพิ่มความดันโลหิตแม้ว่าความเครียดในระดับพอเหมาะ จะมีบทบาทสำคัญในชีวิตของคนยุคใหม่ในประเทศอุตสาหกรรม แต่ความเครียดที่มากเกินไปอาจจะมีอันตรายต่อสุขภาพ บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอ (type A behavior) ซึ่งมีลักษณะเป็นคนเอาจริงเอาจัง มีความทะเยอทะยานชอบแข่งขันเอาชนะ และหมกมุ่นอยู่กับการทำงานให้เสร็จทันเวลา พบว่ามีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้สูง บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอเป็นบุคคลที่มีภาวะเครียดเรื้อรังที่มีอันตรายต่อสุขภาพ ทำให้ร่างกายหลั่งแคเทพิโคลามีน

(Catecholamine) กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและแรงขึ้นหลอดเลือดหัวใจหดตัว หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น มีการเกาะกันของเกร็ดเลือดมากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้นไปมีระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญในการเร่งขบวนการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในปี 1976 เจนกินส์ (Jenkins) ได้รวบรวมผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของรูปแบบพฤติกรรม (Behavior pattern) และโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จากการศึกษาทั้งหมด 24 รายงาน พบว่ามี 21 รายงานที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพแบบเอ็กซ์โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (ไพบูลย์ โสสุนทร. 2536 : 270) การศึกษาของ เฮลซิงกิ (Helsinki) โดยการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่รอดชีวิตหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย 279 คน และที่ตายไป 226 คน พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตก่อนเกิดโรคหรือก่อนตาย ภายใน 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 102 ; อ้างอิงมาจาก Slay. 1976) ซึ่งแสดงว่า ผลของความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และในทำนองเดียวกันผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีบุคลิกภาพแบบเอ็กซ์รอดชีวิตเมื่อได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดความเอาจริงเอาจัง การแข่งขัน การเร่งรีบลง พบอัตราการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ปรับพฤติกรรม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 102 ; อ้างอิงมาจาก Friedman. 1982)

ลักษณะอาการทางคลินิกและพยาธิสรีระ

อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี อาจแบ่งออกเป็นกลุ่มอาการได้ 2 กลุ่มอาการใหญ่ ๆ คือ

1. กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเรื้อรัง (Chronic ischemic heart disease) หรือมีชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า กลุ่มอาการเจ็บหน้าอกแบบคงที่ (Chronic stable angina) ในกลุ่มนี้รอยโรคในหลอดเลือดโคโรนารีจะค่อยๆ ทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดอย่างช้าๆ ใช้เวลาเป็นปี จนกระทั่งหลอดเลือดตีบลงจนถึงขั้นที่เลือดไม่สามารถไหลผ่านไปได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยก็จะมีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดขึ้น อันได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งมักเป็นที่บริเวณกลางหน้าอกอาจร้าวไปที่หัวไหล่ แขนด้านใน คอ หรือขากรรไกรได้ อาการเจ็บมักเป็นแบบแน่นๆ คล้ายถูกบีบรัดหรือกดทับมากกว่าจะเจ็บแปลบๆ หรือเหมือนถูกเข็มแทง อาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นในช่วงที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการเลือดมาเลี้ยงมากกว่าปกติ เช่น ขณะออกกำลังกายเดินเร็วๆ หรือเดินขึ้นที่สูง ขณะแบ่งถ่ายอุจจาระ โม่โห หรือบางครั้งเป็นหลังรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ อาการเจ็บหน้าอกนี้ มักจะเป็นอยู่นานประมาณ 5-10 นาที เมื่อหยุดพักอาการก็จะค่อยๆ หายไป ผู้ป่วยมักจะคาดเดาได้ว่า หากออกแรงเท่าเดิมอีกก็จะรู้สึกแน่นหน้าอกอีก การอมยาใต้ลิ้นจะบรรเทาอาการได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ค่อยรู้สึกเจ็บ หรือแน่นในหน้าอก แต่อาจรู้สึกเพียงแต่เหนื่อยเท่า

นั้น อาการเหล่านี้จะค่อนข้างคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงในแง่ของความรุนแรง ความถี่ และระยะเวลา การเจ็บ ทำให้ผู้ป่วยหลายรายไม่ตระหนักว่าตนเองเป็นโรคที่อาจรุนแรงได้ และส่งผลทำให้ไม่เข้ารับการรักษาดูแลอย่างเหมาะสม พบว่าความรุนแรงของอาการเจ็บแน่นหน้าอกนี้อาจไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคก็ได้ เช่น ผู้ป่วยที่ไม่ได้รู้สึกแน่นหน้าอกอย่างรุนแรง แต่อาจมีการตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารีได้อย่างมาก และหลายตำแหน่งซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

2. กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน (Acute coronary syndromes หรือ Acute ischemic syndromes) กลุ่มนี้รอยโรคภายในหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งเดิมอาจไม่ได้เป็นรอยโรคที่ส่งผลให้มีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงมากขึ้นนัก เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพอย่างกระทันหัน ผิวด้านในของรอยโรค (Artherosclerotic plaque) ภายในหลอดเลือดเกิดแตกออก (Disruption) ทำให้เกิดการกระตุ้นกลไกการแข็งตัวของเลือดที่ไหลผ่านบริเวณนั้น มีการก่อตัวของลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว ลิ่มเลือดที่เกาะอยู่บนรอยโรคเดิมที่แตกออกนั้น ทำให้เกิดการตีบแคบลงของหลอดเลือดอย่างเฉียบพลัน ก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงตามมากกลุ่มอาการนี้อาจแบ่งออกเป็น 2 ภาวะ ได้แก่

2.1 ภาวะเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน (Unstable angina) อันเป็นผลมาจากการตีบแคบของหลอดเลือดอย่างกระทันหันดังที่กล่าวข้างต้น ลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นอาจไม่ได้ทำให้หลอดเลือดอุดตันสนิท หรืออุดตันสนิทเพียงเวลาไม่นาน ยังไม่เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรง เป็นขณะพักหรืออยู่เฉยๆ อาจมีอาการเจ็บหน้าอกที่บ่อยขึ้นและนานกว่าปกติที่เคยเป็นภาวะนี้เป็นภาวะที่น่ากลัวและอันตรายมาก เนื่องจากลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นนั้นอาจโตขึ้น และอุดตันหลอดเลือดอย่างทันทีทันใดนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ผู้ป่วยเหล่านี้มักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและจำเป็นต้องได้รับการตรวจอย่างละเอียดจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ทราบถึงความรุนแรงของโรคอย่างแท้จริง

2.2 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) เป็นภาวะที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีอย่างกระทันหันจากการแตกตัวของรอยโรค และการก่อตัวของลิ่มเลือด ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจที่ถูกเลี้ยงด้วยหลอดเลือดนั้นตายอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกคล้ายกับกลุ่มอาการที่กล่าวมาแล้วทั้งสองกลุ่ม แต่จะรุนแรงกว่า มักจะเจ็บนานเกิน 30 นาที ขึ้นไปอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น เหงื่อแตก หน้ามืดเป็นลม คลื่นไส้ อาเจียน หน้าซีด หายใจลำบาก เป็นต้น หากการอุดตันเกิดขึ้นอย่างถาวรหรือไม่ได้แก้ไขทันท่วงที (ภายใน 6-12 ชั่วโมง) กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้นจะตายหมด หากเป็นเส้นเลือดที่ใหญ่ บริเวณที่ตายก็จะใหญ่ตามไปด้วย กล้ามเนื้อหัวใจที่เหลืออยู่ก็จะทำงานไม่ไหว เกิดภาวะหัวใจวายหรือภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนี้เป็นภาวะ

ที่อันตรายที่สุด มีอัตราการตายสูง พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล ในบรรดาผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลอัตราการเสียชีวิตก็จะสูงที่สุดในชั่วโมงแรกๆ ร้อยละ 50 ของผู้เสียชีวิต จะเสียชีวิตใน 1-2 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 70-80 จะเสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง การรักษาที่สำคัญที่สุดในกรณีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลได้รวดเร็ว ภายใน 6-12 ชั่วโมง หลังเกิดอาการเจ็บหน้าอก คือการพยายามแก้ไขการอุดตันของหลอดเลือด ทำให้เลือดสามารถไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ใหม่อย่างรวดเร็วที่สุด ซึ่งสามารถทำได้ 2 วิธี คือให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy) และการทำบอลลูนขยายหลอดเลือด (Primary PTCA) การให้ยาละลายลิ่มเลือดสามารถให้ได้ในโรงพยาบาลแทบทุกแห่ง แต่การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนทันที่นั้นทำได้เฉพาะในโรงพยาบาลบางแห่งที่มีเครื่องมือและบุคลากรพร้อมเท่านั้น กล้ามเนื้อหัวใจที่ตายไปนั้นไม่สามารถทำให้ฟื้นคืนมาใหม่ได้ และยังสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอีกหลายอย่าง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหยุดเต้น หัวใจทะลุ และลิ่มหัวใจรั่ว เป็นต้น

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อหัวใจและหลอดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอซึ่งหลักการรักษาส่วนใหญ่คือการทำให้มีเลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้เพียงพอ เพื่อป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงมีดังนี้

1. การรักษาโดยใช้ยา (Drug therapy)

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีดังนี้

1.1 ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilator) ได้แก่ไนเตรท ออกฤทธิ์ระยะสั้น (Shot action nitrates) เช่น ยาอมไนโตรกลีเซอรินที่ใช้อมใต้ลิ้นหรือฉีดทางหลอดเลือดดำ ยาไนเตรทที่ออกฤทธิ์ระยะยาว (Long acting nitrates) เช่น ไอโซซอร์ไบด์ ไดไนเตรท (Isosorbide dinitrate) ขี้ผึ้งไนโตรกลีเซอริน (Nitroglycerine ointment) เป็นยาอันดับแรกในการรักษาอาการเจ็บแน่นหน้าอก ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดโดยตรง มีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดทำให้เส้นเลือดทุกส่วนทั้งเส้นเลือดแดงและเส้นเลือดดำขยายตัว สามารถให้ได้โดยการอมใต้ลิ้น การรับประทาน และการหยดเข้าหลอดเลือดดำ ขนาดที่ใช้ขึ้นอยู่กับวิธีการใช้ยา ถ้าใช้อมใต้ลิ้น ใช้ครั้งละ 5 มิลลิกรัมได้ทุก 5 นาที จนกว่าอาการเจ็บหน้าอกจะหาย ให้ได้สูงสุด 4-5 เม็ด ไอโซซอร์ไบด์ ไดไนเตรท ที่ให้โดยการรับประทาน ให้ขนาด 15-120 มิลลิกรัมต่อครั้ง ให้ได้ 4 ครั้งต่อวัน ทางหลอดเลือดดำให้ 1.25-5 มิลลิกรัมต่อวัน (Thadani and Opie. 1995 : 34-37) อาการข้างเคียง ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการขยายหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำขณะ

เปลี่ยนนอริยาบท หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ วิงเวียน อ่อนเพลีย เป็นลม (นงลักษณ์ สุขวานิชย์ ศิลป์. 2539 : 79-80)

1.2 ยาปิดกั้นเบต้า (Beta blocking agents) ได้แก่ โพรพรานอลอล (Propranolol) อะทีโนลอล (Atenolol) พรินอลอล (Prenolol) เป็นต้น ออกฤทธิ์บรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอก โดยยาออกฤทธิ์ปิดกั้น เมตารีเซ็ปเตอร์ (Beta-receptor) ที่ระบบหลอดเลือดหัวใจ จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ แรงบีบตัว และความดันโลหิตลดลง ขนาดที่ใช้เริ่มจาก 10 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง และพิจารณาปรับขนาดตามผู้ป่วยแต่ละรายต้องระมัดระวังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคตับและไต อาการข้างเคียง อาจทำให้หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตต่ำ หลอดลมหดเกร็งในรายที่มีหอบหืด ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (นงลักษณ์ สุขวานิชย์ ศิลป์. 2539 : 82-84)

1.3 ยาด้านแคลเซียม (Calcium channel blockers) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ เวอราปามิล (Verapamil or Isoptin) นิฟิไดปีน (Nifedipine or Adalate) ดิวเทียเซียม (Diltiazem or Herbessor) ยานี้มีบทบาทสำคัญในการควบคุมการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ มีผลทางอ้อมต่อการไหลออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ควบคุมการหดตัวของหลอดเลือดโคโรนารีและเส้นเลือดแดงอื่นๆ ยานี้ออกฤทธิ์ขัดขวางแคลเซียมผ่านผนังเซลล์ทำให้หลอดเลือดแดงขยายตัว การไหลเวียนของเลือดไปสู่โคโรนารี และไตเพิ่มขึ้น แต่ความดันโลหิตลดลง ขนาดที่ให้คือเวอราปามิล 240-480 มิลลิกรัมต่อวัน แบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง ดิวเทียเซียม 120-360 มิลลิกรัมต่อวัน แบ่งให้วันละ 3-4 ครั้ง นิฟิไดปีน 5-10 มิลลิกรัมในระยะแรก จากนั้นให้ 10-20 มิลลิกรัม ทุก 4-8 ชั่วโมง อาการข้างเคียงที่พบได้คือ ปวดศีรษะ วิงเวียน หน้าและคอแดง (นงลักษณ์ สุขวานิชย์ ศิลป์. 2539 : 85-86)

1.4 ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Anti - coagulant agents) ได้แก่ เฮปาริน (heparin) แฟรกซิพาริน (Fraxiparin) เป็นต้น ออกฤทธิ์ป้องกันการแข็งตัวของเลือด โดยจับกับตัวยับยั้งตัวหนึ่งในพลาสมา คือ แอนตีทรอมบิน สาม (Anti thrombin III (AT III)) ยับยั้งการเกิดลิ่มเลือด และช่วยละลายลิ่มเลือด การใช้ร่วมกับแอสไพริน พบว่าได้ประโยชน์มาก ขนาดที่ใช้คือ 80 ยูนิต / กิโลกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำโดยตรงครั้งแรก และตามด้วยหยดเข้าหลอดเลือดดำ อัตรา 18 ยูนิต/กิโลกรัม/ชั่วโมง โดยมีการเจาะดูค่าระยะเวลาของการแข็งตัวของเลือด (PTT) ปรับขนาดให้ค่าระยะเวลาของการแข็งตัวของเลือดอยู่ระหว่าง 45-70 วินาที (นงลักษณ์ สุขวานิชย์ ศิลป์ . 2539 : 5)

1.5 ยาด้านเกร็ดเลือด (Anti - plateletes) ได้แก่ แอสไพริน (Aspirin) และทiclopidine (Ticlopidine) ใช้เพื่อลดการจับกันของเกร็ดเลือด ลดการอุดตันของลิ่มเลือด เป็นยาที่มีประโยชน์ในการลดอุบัติการณ์ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ประมาณร้อยละ 50 และป้องกันการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดหัวใจได้ (Gershlick. 1997 : 24-26) ขนาดที่ใช้คือ แอสไพริน 160-325 มิลลิกรัม/วัน และทiclopidine 250 มิลลิกรัมวันละ 2 ครั้ง อาการข้างเคียงที่พบได้แก่ อาการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารของแอสไพริน ส่วนทiclopidine มีผลต่อระบบทางเดินอาหารได้

ทำให้เกิด ท้องอืด ท้องเสีย อาการผื่นคันทางผิวหนัง และมีความผิดปกติของระบบเลือด เช่น เม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือดต่ำและมีเลือดออกง่ายผิดปกติ การใช้ยาแอสไพรินและทiclopidine ร่วมกันทำให้เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Leucopenia) มากถึงร้อยละ 2.5 (Perrins. 1997 : 22)

1.6 ยาที่ใช้รักษาโรคหัวใจวายได้แก่ ยาขับปัสสาวะยาที่ช่วยในการบีบตัวของหัวใจ ยาขับปัสสาวะ (Diuretic) ได้แก่ ฟลูโรซีไมด์ (Furosemide (Lasix)) ไดคลอไทรด์ (Diclofide) เป็นต้น ยาที่ช่วยขับโซเดียมและน้ำออกจากร่างกาย ซึ่งจะช่วยลด Preload ทำให้อาการคั่งของน้ำที่ปอดและอวัยวะภายใน และอาการบวมลดลง ทำให้เลือดที่ไหลเข้าหัวใจด้านซ้าย และความตึงตัวของผนังหัวใจลดลง ทำให้ความต้องการออกซิเจนของหัวใจลดลงด้วย อาการข้างเคียงอาจทำให้มีโปแตสเซียมต่ำ

ยาที่ช่วยในการบีบตัวของหัวใจ (Inotropic agents) ได้แก่ ดิจิทัลิส (Digitalis) ซึ่งเป็นยา กลุ่ม ไกลโคไซด์ (Glycoside) ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Na^+ , K^+ , ATPase ทำให้หัวใจมีแรงบีบตัวดีขึ้น เพิ่มปริมาณเลือดที่หัวใจบีบตัวออกในแต่ละครั้ง (Stroke volume) และเพิ่มปริมาณเลือดที่หัวใจบีบตัวออกใน 1 นาที (Cardiac output) ทำให้ปริมาณเลือดที่ค้างในหัวใจห้องล่างลดลง อาการบวมของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง อาการข้างเคียงอาจเกิดจากการใช้ยาเกินขนาดจนเกิดพิษ (Digitalis toxicity)

1.7 ยากลุ่มยับยั้งการเปลี่ยนแปลงเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin – converting enzyme inhibitors, ACEI, ACE inhibitors) ได้แก่ แคปโทพริล (Captopril) เอนาลาพริล (Enalapril) เป็นต้น ยากลุ่มนี้มีผลต่อการสร้าง Angiotensin II ในระดับเซลล์ของเนื้อเยื่อต่างๆ เช่น หัวใจหลอดเลือด กล้ามเนื้อเรียบและสมองด้วย การออกฤทธิ์ของยาจะช่วยลดทั้ง Preload และ Afterload จึงใช้มากในผู้ป่วยที่หัวใจวาย ช่วยป้องกันและแก้ไขภาวะหัวใจโตได้ ประโยชน์ทางการแพทย์ที่ใช้คือรักษาโรคความดันโลหิตสูง รักษาโรคหัวใจวายหรือหัวใจล้มเหลว ช่วยลดอาการแทรกซ้อนและอัตราการตายในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชะลอการเกิดพยาธิสภาพที่ไต เช่น Diabetic nephropathy และเมื่อใช้ติดต่อกันนานๆ จะช่วยลดการสูญเสียโปรตีนทางปัสสาวะได้ (Proteinuria) ขนาดที่ใช้แคปโทพริล 0.05-2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม แบ่งให้วันละ 3 ครั้ง เอนาลาพริล 0.04 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน ขนาดสูงสุด คือ 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง อาการข้างเคียงที่พบได้ คือ สูญเสียโปรตีนทางปัสสาวะ ความดันโลหิตต่ำ ไอ มักจะไอแห้งๆ และผื่นทางผิวหนัง (นงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์ . 2539 : 118-125)

1.8 ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agents) เช่น สเตรปโทส (Streptase) ยูโรไคเนส (Urokinase) ใช้ในการละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ออกฤทธิ์ขัดขวางการจับกันของไฟบริน ขนาดที่ใช้ขึ้นอยู่กับชนิดยา อาการข้างเคียงอาจทำให้มีเลือดออกในอวัยวะอื่นๆ ได้เช่น ในระบบทางเดินอาหารใต้ผิวหนัง

2. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft , CABG)

เป็นวิธีที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามเดิม การรักษาโดยการผ่าตัดได้ผลดีกว่าการใส่ยา เมื่อเปรียบเทียบอัตราป่วยและอัตราการตาย การผ่าตัดจะกระทำในผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้านซ้าย (Left main artery) มากกว่าร้อยละ 50 หรือในผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจมากกว่าทั้ง 3 เส้นมีการศึกษาพบว่าการผ่าตัดทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และช่วยลดอาการเจ็บแน่นหน้าอกได้ดีกว่าการใส่ยารักษา(Sjoland, et al. 1997 : 612-619)

3. การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty , PTCA)

การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (PTCA) แอนเดรีย กรันซิก (Andrea Gruntzig) เป็นบุคคลแรกที่ริเริ่มนำมาใช้ขยายหลอดเลือดหัวใจมนุษย์ครั้งแรก เมื่อเดือนกันยายน ค.ศ. 1977 โดยใช้สายสวนหลอดเลือดหัวใจที่มีลูกโป่งเล็กๆตรงปลาย ผ่านเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจที่ตีบ แล้วขยายหลอดเลือดหัวใจที่ตีบด้วยบอลลูน วิธีนี้เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง ในประเทศไทยมีรายงานพบว่า ประสบความสำเร็จอยู่ระหว่างร้อยละ 86-93 แต่การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนยังมีข้อจำกัดคืออาจทำให้เกิดการอุดตันเฉียบพลัน หรือเกิดการปิดของหลอดเลือดเฉียบพลัน ภายใน 24 ชั่วโมง ถึงร้อยละ 3-5 และมีอัตราการตีบตันซ้ำสูงถึงร้อยละ 20-40 ในระยะ 6 เดือนแรก (Hass. 1996 : 233 ; อ้างอิงมาจาก Tominaga ,et al.)

4. การขยายหลอดเลือดด้วยการตัดเอาก้อนไขมันออก (Coronary Atherectomy)

เป็นวิธีการขยายหลอดเลือดโดยการใส่สายเข้าไปตัดเอาก้อนไขมันออก โดยใช้หัวกรอหรือสว่าน ในการกรอก้อนไขมันด้วยความเร็วสูง ทำให้ก้อนไขมันถูกย่อยเป็นอนุภาคเล็กๆ ซึ่งไม่มีอันตรายสามารถผ่านเข้าไปในระบบไหลเวียนได้อย่างปลอดภัย เรียกว่า Rotational atherectomy มีการศึกษารายงานว่า วิธีนี้อาจทำให้เกิดการตีบตันซ้ำของหลอดเลือดได้ถึงร้อยละ 30 และเกิด Intimal hyperplasia หลังเอาก้อนไขมันออกได้เหมือนการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (Vitelloccicciu and Morrissey. 1993 : 537-539 ; Synder and Deelstra. 1995 : 512-514)

5. การขยายหลอดเลือดโดยใช้แสงเลเซอร์ (Coronary Laser Angioplasty)

วิธีนี้พัฒนาขึ้นเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน โดยมีหลักการคือ การทำลายสิ่งอุดตันในหลอดเลือดหัวใจโดยที่มีการทำลายเนื้อเยื่อให้ระเหิด ด้วยแสงเลเซอร์ มีการศึกษาการใช้แสงเลเซอร์ที่มีประสิทธิภาพดี และมีภาวะแทรกซ้อนน้อย คือ

Excimer Laser และ SMART Laser แต่ยังคงพบว่าการอุดตันของหลอดเลือดซ้ำภายใน 6 เดือนแรกสูงถึง ร้อยละ 25-50 (Gossage . 1994 : 1862 ; Lincoff and Topol . 1997 : 1382-1383)

6. การรักษาด้วยการใส่โครงตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจ (Coronary stents)

เป็นวิธีการรักษาวิธีหนึ่งที่กำลังนิยมในประเทศแถบตะวันตกและประเทศไทยในปัจจุบัน โครงตาข่ายที่ใส่ในหลอดเลือดหัวใจมีหลายชนิด และที่มีใช้อยู่ในปัจจุบัน มีทั้งชนิดที่ใช้บอลลูนช่วยขยายโครงตาข่าย และชนิดที่ขยายโครงตาข่ายด้วยตนเอง การเลือกใช้แบบใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของหลอดเลือด ความสมบูรณ์หรือโอกาสเกิดก้อนเลือดเล็กๆ (Thrombosis) ว่ามีมากน้อยเพียงใด การพิจารณาใส่โครงตาข่ายจะใส่ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางยา หรือผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดหลอดเลือดตีบซ้ำ ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและไม่ประสบผลสำเร็จ ในรายที่มีการตีบของ Vein graft และในกรณีหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพมีการคดเคี้ยวและมีแคลเซียมมาเกาะมาก

7. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ดังที่กล่าวแล้วว่าปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ เบาหวาน สิ่งแวดล้อม ถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้สำรวจตัวเองและตระหนักได้ว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้หลีกเลี่ยงปัจจัยเหล่านั้น และหันมาส่งเสริมสุขภาพของตนเองก็จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และอาการของโรคที่รุนแรงมากขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เป็นวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้ผลดีที่สุด

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม ความหมายตามพจนานุกรมหมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ราชบัณฑิตยสถาน. 2525 : 583 - 584)

ทวัตเติล (Twaddle. 1981 : 11) ให้ความหมายว่า คือ ปฏิบัติหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิตมีทั้งสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ เป็นปฏิปฏิบัติที่บุคคลแสดงออกมาทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม โดยได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลในครอบครัว สถานการณ์ในขณะนั้นและประสบการณ์ในอดีต

ประกาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 98) แบ่งพฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็น 2 ชนิด คือ พฤติกรรมภายใน หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิปฏิบัติภายในตัวบุคคลที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ มีทั้งที่เป็นรูปธรรม เช่น การบีบตัวของลำไส้ การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย และนามธรรม เช่น ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ความเชื่อ และค่านิยม พฤติกรรมภายในสามารถวัด

ได้ โดยใช้เครื่องมือบางอย่างวัดหรือสัมผัสได้ ส่วนพฤติกรรมภายนอก หมายถึง ปฏิกริยาหรือ กิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ เช่น การยืน นั่ง เดิน การขับรถ เป็นต้น

ดังนั้นพฤติกรรม หมายถึงการกระทำหรืออาการที่แสดงออกทั้งที่สังเกตเห็นได้และไม่ได้ของบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม

พฤติกรรมสุขภาพ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534 : 151-212) ให้ความหมายว่า เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ที่มุ่งเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่ง พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในบุคคลสังเกตโดยตรงไม่ได้ แต่สามารถจะวัดได้โดยใช้เครื่องมือพิเศษและสามารถบอกได้ว่า “มี” หรือ “ไม่มี” ได้ เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ

แฮริส และกลูเต็น ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดี

ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพหมายถึง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพดี

ความหมายและความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในระยะเวลาตั้งแต่ ค.ศ. 1974 เป็นต้นมา จนถึงปัจจุบัน คำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” (Health promotion) ได้ถูกนำมาใช้และเน้นในการจัดกิจกรรมด้านการแพทย์สาธารณสุขมากขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งองค์การอนามัยโลก ก็ได้ใช้คำนี้ตั้งแต่เริ่มแนวคิดทางด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อ “การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2000” เป็นต้นมา

นักวิชาการและกลุ่มบุคคลบางกลุ่ม ยังเข้าใจว่าการส่งเสริมสุขภาพนั้น เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมโดยตรงกับสุขภาพ (Health – directed behavior) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยลดปัญหาสุขภาพ เช่น การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โรคต่างๆตลอดทั้งปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ที่จริงแล้วการส่งเสริมสุขภาพนั้น จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่างๆหลายอย่างมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ (Health – related behavior) ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงาน/องค์กร ที่บุคคลนั้นทำงานอยู่หรือเกี่ยวข้อง พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ นี้จะเกี่ยวข้องกับรูปแบบและสภาพการณ์ของการดำรงชีวิต (Condition of living) ได้แก่ สภาพการณ์ด้านที่อยู่อาศัย การรับประทานอาหาร การเล่น การออกกำลังกาย การทำงาน ปัญหาในการเดินทาง ปัญหาสิ่งแวดล้อม รวมทั้งรูปแบบของการดำเนินชีวิต (Life style) (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2538 : 48)

การให้ความหมายของ “การส่งเสริมสุขภาพ” (เกษม นครเขตต์ . 2536 : 18-20) ในปัจจุบันยังมีความคลาดเคลื่อนอยู่ แม้ว่าจะได้มีการนำคำนี้มาใช้ในกลุ่มสถาบันที่มีหน้าที่ในการให้บริการทางสุขภาพทั้งภาครัฐ และเอกชน กันอย่างกว้างขวาง แต่ดูเหมือนว่าเป็นการนำคำนี้

ไปใช้ในความหมายที่คับแคบเฉพาะทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งมักจะมุ่งประเด็นไปที่การส่งเสริมสุขภาพของกายและบางครั้งได้มีการใช้คำว่า “Health promotion” ในความหมายเดียวกับ “Health protection” หรือใช้ในความหมายของ “Disease prevention” นักวิชาการกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพในต่างประเทศได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรค (Changing life style for disease prevention) ในความหมายนี้ทำให้มองเห็นได้ว่าเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพนั้น มุ่งไปที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้เกิดโรค โดยพื้นฐานของความคิดมาจาก ข้อมูลภาวะการเกิดโรคภัยไข้เจ็บของบุคคลว่า ปัจจุบันสาเหตุของความเจ็บป่วยของประชากรมิได้เกิดจากโรคติดเชื้อต่างๆ (Infectious disease) ทั้งนี้ เพราะความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ ที่สามารถแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อโรคต่างๆอย่างได้ผล (ยกเว้นโรคเอดส์ ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อชนิดใหม่ที่เพิ่งจะพบใน ทศวรรษที่ผ่านมา) แนวโน้มของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรในปัจจุบันได้เปลี่ยนมาเป็น ปัญหาอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้ความหมาย “การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรค” นั้นจัดได้ว่าเป็นการแก้ปัญหาเชิงรุก เพราะการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตหรือวิถีชีวิต หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลนั้น ถือว่าเป็นวิธีที่บุคคลจะสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ซึ่งมีอยู่มากมายในชีวิตประจำวันของสังคมปัจจุบัน

สำหรับความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ ที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นทั้งความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนบุคคลให้เป็นพฤติกรรมที่ปลอดภัย ไม่ต้องตกอยู่ในสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพยังมีบทบาทที่จะมุ่งยกระดับมาตรฐานการดำเนินชีวิตของบุคคลและสังคมโดยส่วนรวม ซึ่งเป็นการหวังผลในระยะยาวเพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนจะสามารถก้าวไปถึงสภาวะที่เรียกกันว่า “การมีคุณภาพชีวิต” ที่แท้จริง นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการอีกหลายท่านให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ดังนี้

กอกแมน (จินตนา ยูนิพันธ์. 2532 : 44-45 ; อ้างอิงมาจาก Gochman. 1982) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน (Overt behavior) เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ลักษณะบุคลิกภาพ การใช้ยา เป็นต้น และพฤติกรรมที่สังเกตเห็นไม่ได้ (Covert behavior) ต้องอาศัยการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้ และการรับรู้ เป็นต้น

องค์การอนามัยโลกเขตภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ (จินตนา ยูนิพันธ์. 2532 : 44 ; อ้างอิงมาจาก WHO / SEARO) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกของบุคคล

พฤติกรรมนี้ได้รับผลกระทบจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพในทางที่ดี และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต

วอล์คเกอร์ และคนอื่นๆ (Walker, et al. 1987 : 76) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำทางบวกของชีวิต มีผลโดยตรงต่อการคงไว้ หรือการเพิ่มระดับความผาสุกของบุคคล การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความสมปารถนาของบุคคล และใช้คำว่า "วิถีชีวิต" ในความหมายเดียวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พาลังก์ (Palank . 1991 : 816) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมต่างๆที่ ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความสมปารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่างๆในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่างๆที่ลดภาวะเครียดและการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

กรีน และ กลูเตอร์ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2538 : 48 ; อ้างอิงมาจาก Green and Kreuter . 1991 : 4) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษา และการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental supports) เพื่อให้เกิดผลทางการกระทำ/ปฏิบัติ (Action) และสภาพการณ์ (Condition) ของการดำรงชีวิตที่จะก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ การกระทำหรือปฏิบัตินั้นอาจจะเป็นของบุคคล ชุมชน ผู้กำหนดนโยบาย นายจ้าง ครู หรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ ซึ่งการกระทำหรือปฏิบัตินั้นมีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล ชุมชน และสังคมส่วนรวม

เมอร์เรย์ และเซนท์เนอร์ (Murray and Zentner. 1993 : 659) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่ช่วยยกระดับของสุขภาพและความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น และรวมถึงการที่แต่ละบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ได้ประจักษ์ในศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 4 ; Pender. 1996 : 34) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) ไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำ โดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

ดังนั้น ตามความหมายของแต่ละท่านที่ให้ความหมายไว้จึงพอสรุปได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันจะนำไปสู่ความผาสุกของชีวิต เกิดศักยภาพสูงสุดในตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม

เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีไม่ต้องตกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ มีมาตรฐานการดำเนินชีวิตที่ดี ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบุคคล ทำให้บุคคลนั้นมีวิถีชีวิตที่มีคุณภาพและก้าวไปถึงสภาวะที่เรียกว่าการมีคุณภาพชีวิตที่แท้จริง

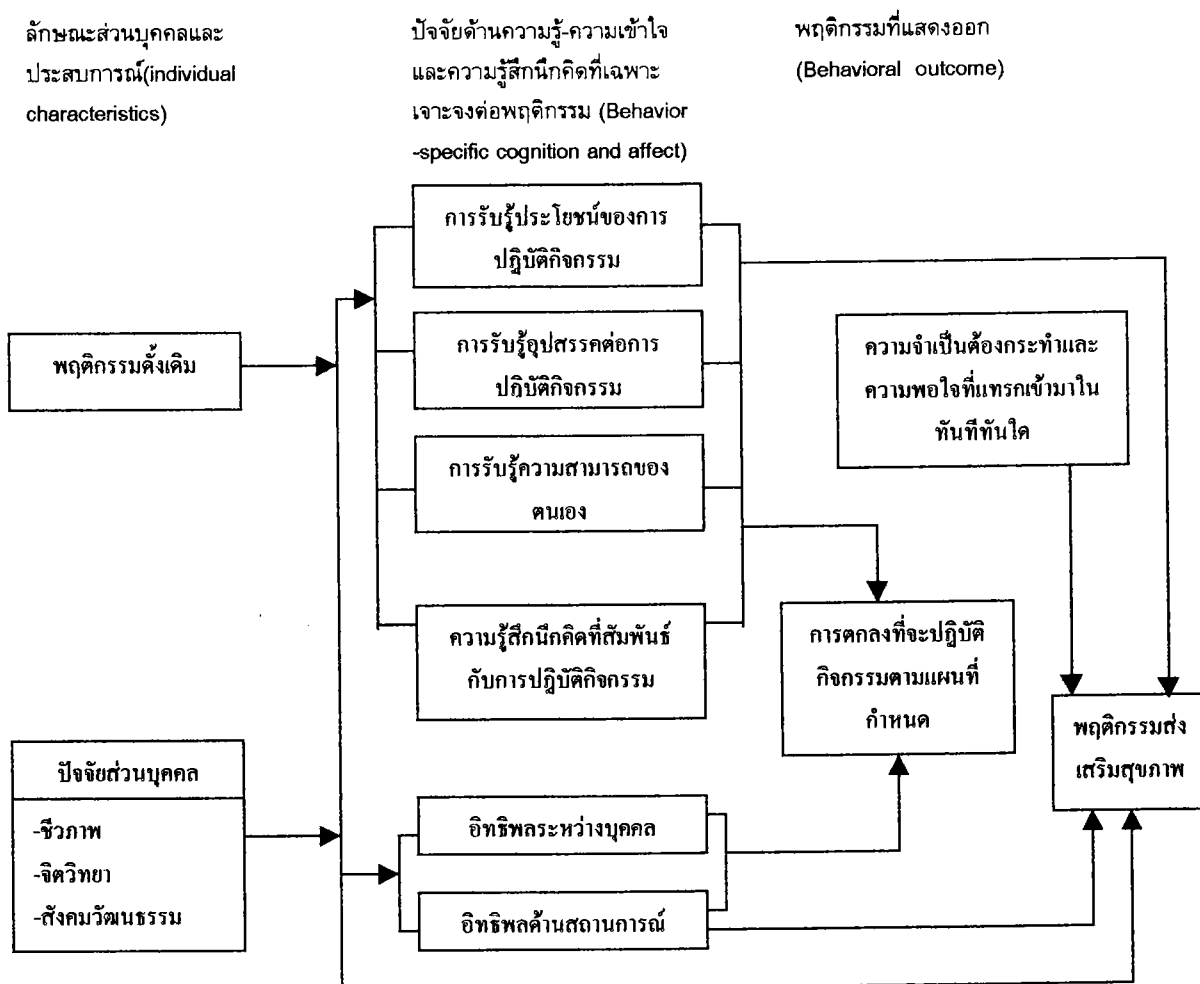
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)

จากความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้มีผู้พัฒนารูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion model) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบาย หรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรม หรือแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้น และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model) เป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน

เพนเดอร์ (Pender) ได้มีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982 หลังจากที่ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันสุขภาพขึ้นในปี ค.ศ. 1975 และหลังจากที่เพนเดอร์ได้นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1982 แล้ว เพนเดอร์ได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ และพบว่า บางมโนทัศน์ย่อย เมื่อนำมาทดสอบด้วยการศึกษาวิจัยและวิเคราะห์ทางสถิติแล้ว ไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้จึงได้ปรับปรุงตัดออก หรือให้นิยามมโนทัศน์ย่อยเหล่านั้นใหม่ และได้นำเสนอรูปแบบใหม่ในปี ค.ศ. 1987 (Pender, 1987 : 60-69) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) โดยได้กล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเป็นการอธิบายพฤติกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน

ต่อมาในปี ค.ศ. 1996 เพนเดอร์ (Pender, 1996 : 66-73) ได้นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นใหม่อีก โดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่นี้ แตกต่างจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1987 ซึ่งจากการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เพนเดอร์ (Pender, 1996 : 66) ได้ปรับปรุง และตัดปัจจัยด้านการรู้คิดและการรับรู้ ในด้านความสำคัญต่อสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ คำจำกัดความของสุขภาพออก คงไว้เพียง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม และเพิ่มเติมอิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และอิทธิพลด้านพฤติกรรมเข้าไป ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมแล้ว พบว่าสภาพแวดล้อม (อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์) และพฤติกรรมดั้งเดิม (อิทธิพลด้านพฤติกรรม) มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม นอกจากนี้ เพนเดอร์ ยังได้ตัดตัวชี้แนะการกระทำ (Cue to action) ออกด้วย เนื่องจากพบว่าเป็นตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวซึ่งทำให้มีความยากลำบากในการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ดังนั้นเพนเดอร์ จึงได้ปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขึ้นใหม่ โดยปรับเปลี่ยนตำแหน่ง และรูปแบบของปัจจัยต่างๆ เพื่อให้เหมาะสมในการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ดังแสดงในภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่ปรับปรุงใหม่ ในปี 1996
ที่มา : Pender . 1996 : 67

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในปี ค.ศ. 1996 ที่ปรับปรุงใหม่นี้ ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน คือ (Pender. 1996 : 66 -73)

1. ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual characteristic and experiences)

แต่ละบุคคลจะมีลักษณะเฉพาะบุคคลและประสบการณ์ที่ได้รับผลจากการกระทำ ความสำคัญของผลกระทบนี้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเป้าหมาย รูปแบบของพฤติกรรมในอดีตหรือลักษณะส่วนบุคคลที่เลือกมาเพื่อเป็นเครื่องมือในการวัดตัวแปรตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจะ

มีความยืดหยุ่นกับการส่งเสริมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้าน แต่ไม่ใช่พฤติกรรมสุขภาพทั้งหมด หรือบางกลุ่มประชากรเป้าหมายเฉพาะแต่ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ประกอบด้วย

1.1 สิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ หรือปัจจัยด้านพฤติกรรมดั้งเดิม (Prior related behavior) แสดงให้เห็นถึงผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อมที่นำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงของพฤติกรรมในอดีตที่ผ่านมาต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน อาจเกิดจากการสร้างนิสัย ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพโดยอัตโนมัติ โดยให้ความสนใจหรือใส่ใจในรายละเอียดเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย พฤติกรรมที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะเพิ่มพูนความหนักแน่นของลักษณะนิสัยขึ้นและจะยิ่งหนักแน่นมากขึ้น ด้วยการปฏิบัติกิจกรรมนั้นซ้ำๆ ส่วนผลโดยอ้อมของพฤติกรรมดั้งเดิม จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านทาง การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การรับรู้ประโยชน์ (Benefits) การรับรู้อุปสรรค (Barriers) และความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม (Self-related affect) เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการทำนายพฤติกรรม ถูกสร้างขึ้นโดยการนำเอาพฤติกรรมเป้าหมายต่างๆไป มาพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้ ประกอบด้วย

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล (Personal biologic factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆเช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย (Body mass index) ภาวะเจริญพันธุ์ (Pubertal status) ภาวะหมดระดู (Menopausal status) ความสามารถในการออกกำลังกาย (Aerobic activity) ความแข็งแรง (Strength) ความกระฉับกระเฉง (Agility) ความสมดุลของร่างกาย (Balance) หรือความจุของปอด (Aerobic capacity)

1.2.2 ปัจจัยทางจิตวิทยาของบุคคล (Personal psychological factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) แรงจูงใจในตนเอง (Self-motivation) ความสามารถส่วนบุคคล (Personal competence) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) และการให้ความหมายของสุขภาพ (Definition of health)

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล (Personal sociocultural factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น เชื้อชาติ (Race) สีมืด (Ethnicity) วัฒนธรรม (Accultural factors) การศึกษา (Education) และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status)

ปัจจัยเหล่านี้เป็นส่วนประกอบที่ใช้ในการศึกษาซึ่งอาจมีข้อจำกัดอยู่บ้างตาม ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยอธิบายหรือคาดหวังพฤติกรรมเป้าหมาย ความแตกต่าง ของพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยอธิบายได้โดยใช้ความเป็นจริงดัง เช่น ความจุของปอด อาจจะมีอิทธิพลโดยตรงกับการออกกำลังกายที่ต้องการความแข็งแรงแต่ไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อ การกินอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ปัจจัยส่วนบุคคลแสดงให้เห็นอิทธิพลโดยตรงทั้ง การรับรู้พฤติกรรมเฉพาะและผลกระทบที่เหมาะสมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ปัจจัยด้านความรู้ – ความเข้าใจ และความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจง ต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and affect) เป็นตัวแปรที่สำคัญในรูป แบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยได้รับการพิจารณาว่ามีความสำคัญในด้านการจูงใจ และเป็นแกน สำคัญที่จะนำไปปฏิบัติกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม (Perceived benefits of action) การวางแผนของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เคยได้รับ หรือจากผลของการกระทำที่อาจจะเกิดขึ้น ประโยชน์ที่เคยได้รับจากการปฏิบัติ เป็นการแสดง ออกทางจิตใจในด้านบวก หรือเป็นการเสริมแรงของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีการคาดหวังคุณค่า (Expectancy value theory) การคาดการณ์ถึงประโยชน์เป็นสิ่ง สำคัญของการจูงใจ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์และความรู้สึกที่ผ่านมาโดยตรงของ บุคคล หรือเรียนรู้จากการสังเกตสิ่งต่างๆที่ผ่านเข้ามา ความเชื่อในประโยชน์หรือความเชื่อที่ว่า ผลจากการปฏิบัติกิจกรรมจะเป็นไปในทางบวกเป็นสิ่งสำคัญ แม้ว่าจะเป็นเงื่อนไขที่ไม่เพียงพอ ที่จะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงก็ตาม แต่อย่างไรก็ตามความคาดหวังประโยชน์สูง สุดจากการปฏิบัติกิจกรรมก็มีผลต่อการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม (Perceived barriers to action) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรม มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมใน การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง หรือสิ่งที่คาดคะเนก็ได้ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับ ความไม่เป็นประโยชน์ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือระยะเวลาที่ใช้ใน การปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆอุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งขัดขวางไม่ให้คุณคนปฏิบัติกิจกรรม หรือจูงใจ ใ้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติกิจกรรม เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมน้อย ใน ขณะที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมมาก ในขณะที่บุคคลมีการรับรู้อุปสรรคในการ ปฏิบัติกิจกรรมน้อยก็จะส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self – efficacy) ตามความหมายของแบนดูรา (Pender. 1996 : 69 ; อ้างอิงมาจาก Bandura. 1986) หมายถึง การตัดสินใจความสามารถของบุคคลที่จะจัดการหรือบริหารกิจกรรมที่ได้วางแผนไว้เพื่อต้องการ

ให้บรรลุตามพฤติกรรมที่เลือกแสดงออกตามความเชื่อหรือตามการรับรู้ของตนเอง ความสามารถนี้ไม่เกี่ยวข้องกับทักษะที่คนๆหนึ่งมี แต่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจว่าเขาสามารถทำอะไรได้ด้วยทักษะอะไรก็ตามที่มี ความสามารถเป็นเรื่องของสติปัญญาที่อยู่ภายใน พลังความคิดทางบวก เป็นการมองโลกในแง่ดี แต่เป็นจริงว่าตนเองมีความสามารถ ความเชื่อในความสามารถของตนเองเป็นกลไกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเป็นตัวกำหนดประสิทธิภาพในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง

2.4 ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม(Activity-related affect) ความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีพฤติกรรม ระหว่างมีพฤติกรรมและความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายหลังจากมีพฤติกรรมนั้นแล้ว เป็นพื้นฐานของการกระตุ้นพฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกเหล่านี้ อาจเป็นในระดับน้อยๆ ปานกลาง หรือรุนแรง ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เก็บไว้ในความทรงจำและนำมาสร้างเป็นพฤติกรรมในครั้งต่อไป การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึกต่อพฤติกรรม ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบคือ การกระตุ้นทางอารมณ์ต่อการกระทำด้วยตัวของมันเอง (Activity-related) การกระทำด้วยตัวเอง (Self-related) หรือสภาพแวดล้อมในบริเวณที่กระทำกิจกรรมนั้น(Context-related) ผลของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีอิทธิพลต่อบุคคล ในการเลือกปฏิบัติหรือไม่เลือกปฏิบัติกิจกรรมนั้นซ้ำอีก หรือคงพฤติกรรมนั้นให้ยาวนานขึ้น

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล(Interpersonal in fluences) ตามแนวคิดของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล คือการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของผู้อื่น การเรียนรู้เหล่านี้อาจตรงหรืออาจจะไม่มีตรงกับความเป็นจริงก็ได้ แหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลระหว่างบุคคลในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัว (บิดา มารดา หรือ พี่น้อง บุตร) กลุ่มเพื่อนและบุคลากรทางสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลประกอบด้วย บรรทัดฐานของสังคม (ความคาดหวังของบุคคลอื่น) การสนับสนุนทางสังคม (ด้านอุปการณ และ การให้กำลังใจ) และการเป็นแบบอย่าง (เป็นการเรียนรู้จากบุคคลอื่น โดยผ่านการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ) กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้ง 3 กระบวนการนี้ แสดงให้เห็นถึงอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคลที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational influences) การรับรู้ของบุคคลและความรู้ความเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ หรือสิ่งแวดล้อมที่ให้ความสะดวกหรือขัดขวางการกระทำ อิทธิพลสถานการณ์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยทางเลือกที่ทำได้ง่าย (Option available) ลักษณะที่ต้องการ (Demand characteristics) และลักษณะที่เหมาะสมของสิ่งแวดล้อมที่จะทำให้ปฏิบัติพฤติกรรม สภาพแวดล้อมที่ตรึงใจ และน่าสนใจ เป็นบริบทที่จูงใจให้บุคคลปรารถนาที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ

3. พฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral outcome) ความตั้งใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจนี้จะผลักดันให้บุคคลเข้าสู่การปฏิบัติกิจกรรม และแสดงออกมา นอกจากว่ามีความจำเป็นอื่นเข้ามาแทรกที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หรือมีความพอใจในสิ่งที่เข้ามาแทรกมากกว่า ทำให้บุคคลนั้นไม่ปฏิบัติกิจกรรมที่ตั้งใจไว้

3.1 การตกลงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนด (Commitment to a plan of action) พฤติกรรมของมนุษย์โดยทั่วไปจะเป็นระบบ (Organized behavior) มากกว่าไม่เป็นระบบ (Disorganized behavior) ตามที่แอสเซน และ ฟิชบายน์ (Pender, 1996 : 72 ; อ้างอิงมาจาก Ajzen and Fishbein, 1980.) ได้กล่าวไว้ว่า ความตั้งใจนั้นเป็นตัวสำคัญที่กำหนดไว้ในรูปแบบการแสดงพฤติกรรมนั้นด้วยความเต็มใจ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ในรูปแบบใหม่ของแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ภายใต้กระบวนการทางด้านความรู้ ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่

3.1.1 ความตั้งใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นต่อไป ในเวลาและสถานที่ที่กำหนดไม่ว่าจะโดยลำพังหรือกับบุคคลอื่นก็ตาม โดยไม่คำนึงว่าจะมีสิ่งใด ๆ เข้ามาแทรก

3.1.2 การวิเคราะห์หาวิธีการที่จะทำให้เกิดแรงเสริม ในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นต่อไป โดยต้องการวิธีการที่เฉพาะเจาะจงในการปฏิบัติ ที่จะใช้กับกิจกรรมที่มีความแตกต่างกัน เพื่อให้กลายเป็นความตั้งใจที่จะวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งกระทำร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ประสบผลสำเร็จ

3.2 ปัจจัยด้านความจำเป็นต้องกระทำ และความพอใจที่แทรกเข้ามาในทันทีทันใด (Immediate competing demands and preferences) ปัจจัยด้านความจำเป็นต้องกระทำและความพอใจที่แทรกเข้ามาในทันทีทันใด หมายถึง พฤติกรรมซึ่งเป็นทางเลือกอื่นที่แทรกเข้ามาในความคิด ซึ่งสามารถจะกระทำได้ที่ทันทีทันใด ก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ ความจำเป็นต้องกระทำ ถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมซึ่งเป็นทางเลือกที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับต่ำ เนื่องจากเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความรับผิดชอบในการทำงานหรือการดูแลครอบครัว ถ้าไม่ตอบสนองต่อความจำเป็นนั้น จะส่งผลร้ายต่อตนเองหรือบุคคลสำคัญในชีวิต ส่วนความพอใจที่แทรกเข้ามา ถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมซึ่งเป็นทางเลือกที่ให้ผลตอบแทนที่มากกว่าหรือเหนือกว่าที่บุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับสูง ซึ่งสามารถทำให้ล้มเลิกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เมื่อพอใจพฤติกรรมที่เข้ามาแทรก ขอบเขตของบุคคลที่จะสามารถเอาชนะความพอใจที่แทรกเข้ามานั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถของเขาที่จะควบคุมตนเอง (Self-regulating)

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting behavior)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นจุดสุดท้าย หรือเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะเกี่ยวข้องโดยตรงกับผลที่เกิดขึ้นจากสุขภาพในทางบวก (Attaining positive health outcomes) ของผู้รับบริการโดยตรง สามารถนำไปใช้ได้ในทุกแง่มุมของการดำเนินชีวิต โดยผสมผสานเข้าไปในวิถีการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผลให้เกิดประสบการณ์ทางด้านสุขภาพในทางบวกไปตลอดชีวิต

การรับรู้ความสามารถของตนเอง

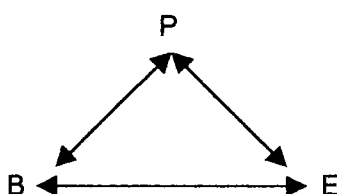
ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญหาทางสังคม (Social learning principles) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura, 1986) นักจิตวิทยาที่มีชื่อเสียง โดยมีสมมติฐานว่ากระบวนการทางความคิดเป็นตัวเชื่อมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์เป็นการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัย 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal person factor = P) ได้แก่ ความเชื่อหรือการรับรู้ในตนเอง

2. เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior condition = B)

3. เงื่อนไขสิ่งแวดล้อม (Environment condition = E)

ปัจจัยทั้งสามแสดงปฏิสัมพันธ์ในลักษณะต่อเนื่องเป็นขั้นตอน เป็นระบบเกี่ยวเนื่องกัน (Interlocking system) และมีอิทธิพลต่อกัน ดังแสดงในภาพประกอบ



ภาพประกอบ 4 แบบแผนแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม และเงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม

ที่มา : สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2540 : 48.

ปัจจัยทั้งสามนี้ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน แต่ไม่ได้หมายความว่า ปัจจัยทั้งสามนั้นจะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยมีอิทธิพลมากกว่าอีก

ปัจจัยและอิทธิพลของปัจจัยทั้งสามนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมๆกัน หากต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง จะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภานิต . 2540 :49)

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่กำหนดซึ่งกันและกันที่ละคู่ ได้แก่ $P \longleftrightarrow B$ เป็นการแสดงให้เห็นถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก การกระทำ ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้ เป้าหมาย และความตั้งใจ เป็นการกำหนดทิศทางของพฤติกรรม สิ่งที่บุคคลคิด เชื่อ และรู้สึก มีผลต่อการที่บุคคลแสดงพฤติกรรม ในขณะเดียวกัน ผลจากการกระทำของบุคคลก็เป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาลักษณะการคิด และการสนองตอบทางอารมณ์ ลักษณะของร่างกายและระบบประสาทของการรับรู้มีผลต่อพฤติกรรม และศักยภาพของบุคคล

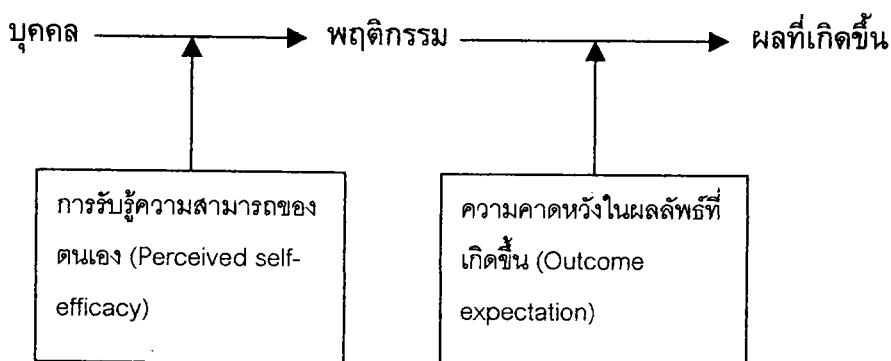
การกำหนดซึ่งกันและกันของ $E \longleftrightarrow P$ เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบุคคล สภาพแวดล้อม ความคาดหวัง ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถทางปัญญาของบุคคลนั้น จะถูกพัฒนาและเปลี่ยนแปลงโดยอิทธิพลทางสังคม ขณะเดียวกันบุคคลจะกระตุ้นปฏิกิริยาสนองตอบที่แตกต่างกัน จากสภาพสังคมที่เขาอาศัยอยู่ จากลักษณะทางกายของบุคคล เช่น อายุ รูปร่าง เชื้อชาติ เพศ และความน่าสนใจของร่างกาย ที่ค่อนข้างจะแตกต่างกันออกไปและจากสิ่งที่เขาพูดและกระทำ นอกจากนี้ การสนองตอบนั้นขึ้นอยู่กับบทบาท และสถานภาพทางสังคมของเขารอีกด้วย

การกำหนดซึ่งกันและกันของ $B \longleftrightarrow E$ เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวัน พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อม ในขณะเดียวกันเงื่อนไขของสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปนั้น ก็ทำให้พฤติกรรมถูกเปลี่ยนไปด้วย สภาพแวดล้อมจะไม่มีอิทธิพลใดๆต่อบุคคลจนกว่าจะมีพฤติกรรมบางอย่างเกิดขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ดังนั้น บุคคลจึงเป็นทั้งผู้ก่อให้เกิด และเป็นทั้งผลผลิตของสภาพแวดล้อม

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น ในระยะแรก แบนดูรา เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถตนเองในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ต่อมา ในปี ค.ศ. 1986 แบนดูรา ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-efficacy) โดยให้คำจำกัดความว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ แบนดูรา มีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล ซึ่งอาจมีความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ความสามารถของคนเรานั้นยึดหยุ่นได้ตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้น นั่นคือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถอย่างไร ก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ จะมีความอดทนอดสูสาหะ ไม่ท้อถอยและจะประสบความสำเร็จ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภานิต . 2540 : 58)

ทฤษฎีพื้นฐานตามแนวคิดเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ของ แบนดูรา เชื่อว่า การศึกษาพฤติกรรมมนุษย์ จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าพฤติกรรม ซึ่งเป็นการเสริมสร้างโดยให้เงื่อนไขนั้นๆคงอยู่ การมีปฏิริยาสัมพันธ์ของพฤติกรรมจะมีความสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบ คือ พฤติกรรม บุคคล สิ่งแวดล้อม โดยพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมไม่แยกจากกัน และเชื่อว่าบุคคลมักใช้เงื่อนไขของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของบุคคล จะมีส่วนในการตัดสินใจในการปฏิบัติครั้งต่อไป พฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด ย่อมขึ้นอยู่กับ การเรียนที่ได้รับจากสังคม เช่น ความรู้สึก ความคิด แรงจูงใจ การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะต้องวิเคราะห์แก้ไข และสิ่งเร้าที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสิ่งเร้านี้ จะเป็นตัวเสริมแรงที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น แบนดูรา ได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยมีสมมติฐานของทฤษฎีคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตาม (Bandura. 1994 :71) โครงสร้างที่สำคัญของทฤษฎีมีดังนี้



ภาพประกอบ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ที่มา : สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2540 : 58

จากโครงสร้างทฤษฎีแสดงให้เห็นองค์ประกอบที่สำคัญคือ

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ซึ่งแบนดูราให้ความหมายว่า เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใดหรือเป็นความเชื่อของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งมีอิทธิพลต่อ

การดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การจูงใจ และ พฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าถึงพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่ คาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้น สืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

จากรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับความ คาดหวังในผลลัพธ์นั้น บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่งหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับ การรับ รู้ความสามารถของตนเองว่าจะทำพฤติกรรมนั้นได้หรือไม่ และคาดหวังในผลลัพธ์ในผลที่จะ เกิดจากการกระทำพฤติกรรม เนื่องจาก มนุษย์เรียนรู้ว่าการกระทำใดนำไปสู่ผลลัพธ์ใด แต่ ความสามารถของมนุษย์แต่ละคนที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆมีข้อจำกัดไม่เท่ากัน ดังนั้นการที่ บุคคลจะตัดสินใจว่า จะกระทำพฤติกรรมหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง และอีกส่วนหนึ่งขึ้นกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ ผู้ที่มีการรับรู้ความ สามารถของตนเองสูง จะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคลโดยที่บุคคลกล้าเผชิญต่อปัญหาต่างๆ แม้กระทั่งความล้มเหลว หรือสิ่งที่ยากและพยายามทำให้สำเร็จ โดยมีความคาดหวังเกี่ยวกับผล ที่เกิดขึ้นสูง สำหรับบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ จะไม่มั่นใจต่อการกระทำ ของตนเอง เพื่อให้เกิดผลสำเร็จได้ จะพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญต่อปัญหา คิดว่าสิ่งที่เป็น ปัญหา หรือสิ่งที่ตนจะต้องทำนั้นยาก ซึ่งจะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นต่ำ / ปาน กลาง จนอาจทำให้บุคคลไม่พยายามกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวังไว้ (Bandura. 1994 : 71)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เกี่ยวข้องกับความสามารถที่สร้างขึ้น โดย การจัดระบบของทักษะย่อยทางความคิด ทางสังคม และทางพฤติกรรม หรือทักษะทางร่างกาย ให้เข้ากันอย่างเหมาะสมเพื่อแสดงพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายอย่างมากมายับไม่ถ้วน แม้คนที่ ต่างกันจะมีทักษะคล้ายกันแต่ความสามารถในการใช้ทักษะเหล่านั้น อาจแตกต่างกันและในคนๆ เดียวกัน เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ต่างกันการแสดงความสามารถก็อาจจะแตกต่างกันด้วย การ กระทำที่ส่งผลให้เกิดความผาสุกทางร่างกายและจิตใจ โดยมีพื้นฐานมาจากคุณค่าของตนเองจะ ดีกว่าการกระทำที่ไม่เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง การตัดสินใจความสามารถของตนเองมีความ สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางจิตสังคม และมีองค์ประกอบหลายอย่างโดยเฉพาะคุณค่าของตน เองที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งของความสัมพันธ์ การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นพลวัต ระหว่างความคิดในการอ้างอิงตนเอง การกระทำและความรู้สึก โดยมีความเชื่อในตนเองเป็นตัว ช่วยให้การทำหน้าที่ทางจิตสังคมมีคุณภาพได้ ดังนี้

1. พฤติกรรมที่เป็นทางเลือก ในชีวิตประจำวันคนจะต้องตัดสินใจตลอดเวลาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงออกและระยะเวลาที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น การตัดสินใจความสามารถจะเป็นตัวกำหนดกิจกรรมที่เป็นทางเลือกโดยมีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เชื่อว่าเกินความสามารถของตน แต่จะปฏิบัติและกระทำกิจกรรมที่มั่นใจว่าตนมีความสามารถ

2. การใช้ความพยายามและการเผชิญหน้ากับอุปสรรค การตัดสินใจความสามารถของตนจะเป็นตัวกำหนดการใช้ความพยายาม และระยะเวลาที่จะเผชิญหน้ากับอุปสรรคหรือประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ถ้าความเชื่อในความสามารถของตนยิ่งมากความพยายามหรือการเอาชนะอุปสรรคจะยิ่งสูง และความเชื่อในความสามารถของตนเพียงอย่างเดียวสามารถส่งผลกระทบต่อระดับการจูงใจในการแสดงพฤติกรรมได้ แม้ว่าจะขาดทักษะย่อยที่จำเป็นในการแสดงออก

3. รูปแบบทางการคิด การตัดสินใจความสามารถของตนมีอิทธิพลต่อรูปแบบทางการคิดระหว่างสิ่งที่เป็นจริง กับสิ่งที่คาดหวังในสิ่งแวดล้อมของตน รูปแบบทางการคิดที่เกี่ยวข้องกับความสามารถจะขึ้นอยู่กับชนิดของสารสนเทศที่เอาใจใส่และใช้เป็นตัวบ่งชี้ในความสามารถของตน รวมทั้งการรวมกฎเกณฑ์ต่าง ๆ เข้าด้วยกันเพื่อใช้ในการกำหนดน้ำหนักและสร้างสารสนเทศเกี่ยวกับความสามารถของตน

4. ปฏิกริยาทางอารมณ์ การตัดสินใจความสามารถของตนยังมีผลต่อปฏิกริยาทางอารมณ์ที่เกิดจากการเผชิญอยู่ในสถานการณ์นั้น เช่น ความกลัว ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความพึงพอใจ เป็นต้น

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเองจะถูกตั้งหรือผิดพลาด ขึ้นอยู่กับพื้นฐานจากการได้รับข้อมูลที่สำคัญ 4 แหล่ง คือ (Bandura, 1986 :399-401)

1. การประสบความสำเร็จในการแสดงพฤติกรรม การประสบความสำเร็จในการแสดงพฤติกรรมของตน เป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญและมีประสิทธิภาพมากที่สุดเพราะเกิดมาจากการเรียนรู้ที่แท้จริงของตนเอง ความสำเร็จจะเพิ่มคุณค่าของตนเอง ดังนั้นคนที่มีความมั่นใจในความสามารถของตนจึงมีแนวโน้มที่จะมองว่าสถานการณ์ ความพยายามที่ไม่เพียงพอ หรือยุทธวิธีที่ไม่ดีเป็นสาเหตุของความล้มเหลวมากกว่าตนไม่มีความสามารถ และความล้มเหลวนั้นสามารถเพิ่มความมั่นใจได้ถ้าใช้ยุทธวิธีที่ดีกว่าจะทำให้เกิดความสำเร็จในอนาคต แม้ว่าจะมีอุปสรรคมากก็ตาม

2. ประสบการณ์ทางอ้อมที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น หรือการใช้ตัวแบบ จะส่งอิทธิพลบางส่วนอย่างมีนัยสำคัญต่อความสามารถของตน โดยเฉพาะถ้าขาดความรู้โดยตรงในความสามารถของตนเอง อย่างไรก็ตามประสบการณ์ทางอ้อมนี้จะขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่

ใช้ในการประเมินความสามารถด้วย ประสบการณ์ทางอ้อมอาจมาจากแหล่งต่าง ๆ กัน ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งสื่อในรูปแบบต่าง ๆ

3. การใช้คำพูดชักชวนและอิทธิพลทางสังคม ทำให้คนเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จได้ถ้าอยู่ในขอบเขตที่เป็นจริง การใช้คำพูดดังกล่าวมาจากหลายแหล่งต่าง ๆ กัน แต่มักได้มาจากผู้อื่นที่ให้การสนับสนุน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย เพื่อน สมาชิกในกลุ่มและครอบครัว

4. การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์และทางสรีระ เช่นความเครียด ความวิตกกังวล ความปวด จะทำให้บุคคลขาดการรับรู้ในความสามารถของตนเอง และมักจะตัดสินใจหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้น หรือหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสถานการณ์นั้น การแก้ไขความรู้สึกหวาดหวั่น วิตกกังวล อาจแก้ไขโดยการสนับสนุนให้คุ้นเคยกับสถานการณ์นั้นๆมากขึ้นทีละน้อยๆ

แบบดูรา ได้เสนอรูปแบบในการพัฒนาให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงปัจจัยที่ช่วยสร้างเสริมและพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

แหล่งการสร้างและพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของตนเอง	รูปแบบในการพัฒนาและส่งเสริม
1. การประสบผลสำเร็จในการแสดง พฤติกรรม	<ul style="list-style-type: none"> - แบบอย่างของบุคคลที่อยู่รอบข้าง (Participant modeling) - การเพิ่มความสามารถแบบค่อยเป็นค่อยไป (Performance desensitization) - ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จ (Performance exposure) - การสอนการกระทำด้วยตนเอง (Self-instructed performance)
2. ประสบการณ์ทางอ้อมที่ได้จากการ สังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น	<ul style="list-style-type: none"> - การได้เห็นตัวอย่างจริง (Live modeling) - การได้รับทราบประสบการณ์ของผู้อื่น (Symbolic modeling)
3. การใช้คำพูดชักชวนและอิทธิพล ทางสังคม	<ul style="list-style-type: none"> - การได้รับคำแนะนำ (Suggestion) - การได้รับการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (Exhortation) - การสอนตนเอง (Self-instruction)
4. การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์และทาง สรีระ	<ul style="list-style-type: none"> - คุณลักษณะประจำตัว (Attribution) - การผ่อนคลาย - การเผชิญการกระตุ้นเร้าต่างๆอย่างค่อยเป็นค่อยไป (Symbolic desensitization) - การกล้าที่จะเผชิญกับการกระตุ้นเร้า (Symbolic exposure)

(Bandura. 1977 : 195)

การส่งเสริมและกระตุ้นเร้าให้ได้รับข้อมูลทั้ง 4 วิธี เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลให้เกิดกระบวนการตัดสินใจกระทำพฤติกรรม มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น ความคาดหวังเกี่ยวกับ

ความสามารถในการกระทำพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ของบุคคลจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการประเมินกระบวนการกระทำ ซึ่งอาจประเมินได้เป็น 3 มิติ คือ (Bandura. 1997 :84-85)

1. มิติระดับความคาดหวัง (Magnitude) หมายถึง ระดับความคาดหวังของบุคคลในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งจะผันแปรตามความยากง่ายของงานที่จะต้องทำ บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำหรือขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะเรื่องที่ย่อย ๆ ถ้ามอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยากเกินความสามารถก็จะพบความล้มเหลว

2. มิติความเข้มแข็งของความมั่นใจ (Strength) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาตัดสินใจความเป็นไปได้ในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการ 2 ขั้นตอน กล่าวคือ ภาระแรก การมอบหมายรายการกิจกรรมที่จะปฏิบัติซึ่งจะสะท้อนให้มองเห็นระดับความยากง่ายของกิจกรรม ประการที่สอง ให้ได้ซักถามถึงแนวทางรูปแบบของกิจกรรมเหล่านั้น

3. มิติความเป็นสากล (Generality) เป็นความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์นั้น ซึ่งประสบการณ์การปฏิบัติงานบางอย่าง ก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นที่คล้ายกันแต่ในปริมาณที่แตกต่างกันได้ ประสบการณ์บางอย่างไม่ทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้

การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หรือการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Perceived self-efficacy) แบนดูรา (Bandura. 1986 : 391) เชื่อว่า มีผลต่อการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล ในแต่ละบุคคลอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่อาจแสดงพฤติกรรมออกมาต่างกันหรือในบุคคลเดียวกัน ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสถานการณ์แตกต่างกัน ก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้เช่นเดียวกัน จะเห็นได้ว่า การรับรู้ความสามารถของบุคคลนั้นได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์หรือทักษะที่ประสบความสำเร็จในอดีต และยึดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ ดังนั้น สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงพฤติกรรมจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสถานการณ์นั้นๆนั่นเอง โดยบุคคลจะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เชื่อว่าเกินความสามารถของตนเอง และกระทำในกิจกรรมที่มั่นใจว่าสามารถจัดการได้ และบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถ จะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด ในขณะที่บุคคลที่ไม่มีความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรม จะคิดไปก่อนว่าต้องใช้ศรัทธาสูงมาก มีความยากลำบากมาก ก่อให้เกิดความเครียด และคิดถึง ความล้มเหลวก่อนข้างมาก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2540 : 58) และในการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น เซอร์เรอร์ และคนอื่นๆ ได้ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองขึ้นตามแนวคิดของแบนดูรา และสร้างเครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองขึ้น เรียกว่า แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยทั่วไปมีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อได้ค่าความเชื่อมั่น .86

และการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสังคมมีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อได้ค่าความเชื่อมั่น .71 โดยข้อคำถามจะเป็นการประเมินระดับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมจากน้อยที่สุด จนถึงมากที่สุด ในประเทศไทยมีการนำแบบวัดความสามารถทั่วไปของเซอร์เรอร์ ฉบับแปลมาใช้บ้างเป็นส่วนน้อย เช่น สุตารัตน์ ขวัญเงิน (2537) แต่ส่วนใหญ่มักใช้แบบวัดที่สร้างขึ้นเอง เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยระดับมหัพภาค ซึ่งมีเหตุจำกัดในการศึกษา เช่น สุทธิณี หุณฑสาร (2539) สุกัญญา ไผทโสภณ (2540) จิราภรณ์ ฉลาณวัฒน์ (2541) และทิพย์ขัมพร เกษโกมล (2540) ได้พัฒนามาตรวัดความเชื่อในสมรรถนะของตนในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเตอร์ ประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีด้านสุขภาพ 6 ด้าน สามารถสรุปเป็นแนวทางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ (Health responsibility)

เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่นอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ใจสั่น หน้ามืดเป็นลม และอาการเจ็บหน้าอกเป็นต้น การปฏิบัติเมื่อเกิดอาการผิดปกติการไปตรวจตามนัด การตรวจร่างกายประจำปี การพูดคุยกับบุคลากรด้านสุขภาพ การบอกเล่าอาการเปลี่ยนแปลงให้แก่แพทย์และพยาบาลทราบ และการสนใจหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยควรได้รับข่าวสารข้อมูลรวมทั้งวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง เมื่อเจ็บป่วยควรได้รับการดูแลรักษาพยาบาล และควรได้รับข่าวสารที่เกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ด้วย (ไสว พรหมมณี. 2538 : 15) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอาจได้รับข้อมูลข่าวสารจากการสื่อสารอย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ เช่นการบอกเล่าให้ทราบ การสอนให้รู้ การปรึกษาเพื่อตัดสินใจภายในครอบครัว หรือสื่อสารภายในกลุ่ม ภายในหมู่บ้าน สื่อสารกับเจ้าหน้าที่สื่อสารผ่านทางสื่อมวลชนทุกประเภททั้งหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ หอกระจายข่าวสารในหมู่บ้าน แต่ถ้าผู้ป่วยสูงอายุอาจพบอุปสรรคในการรับรู้ข่าวสารบ้าง เนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย เช่น ตาฝ้าฟางมองไม่เห็น หูตึงความสามารถในการเข้าถึงข่าวสารด้อยกว่าสมัยหนุ่มสาว ลูกหลาน จึงควรให้ความสนใจสนับสนุนการเข้าถึงข่าวสารต่าง ๆ ด้วย ปัญหาอีกประการของผู้ป่วยที่สูงอายุ คือ ความจำ ดังนั้น ถ้ามีสิ่งใดที่สามารถช่วยเพิ่มความจำของผู้ป่วยได้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับข่าวสารมากขึ้น มีการเลือกการตัดสินใจในการดูแลตนเองดีขึ้นและสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข มีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ

2. กิจกรรมด้านร่างกาย (Physical activity)

เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกายและการตรวจจับชีพจรก่อนและหลังออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบควรออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ และทำอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที หรือมากกว่า (Pender, 1996 : 186) การออกกำลังกายจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การสูบน้ำหนักแต่ครั้งมีปริมาณมากขึ้นและไหลผ่านหลอดเลือดไปสู่เนื้อเยื่อได้ดีขึ้น ดังนั้น ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มาก (พิชิต ภูตจันทร์ . 2535 : 215) การออกกำลังกายยังมีผลดีต่อการเพิ่มระดับเอชดีแอล โคเลสเตอรอล ลดน้ำหนัก ลดระดับความดันโลหิตและเพิ่มความคงทนต่อกลูโคส จากการศึกษาของเบาวเวล และคณะ (Powell, et al. 1978 : 251) พบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือด เพราะผลจากการใช้ชีวิตอย่างสุขสบายมีอาชีพนั่งทำงานเป็นส่วนใหญ่ จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 1.9 เท่า ของผู้ที่มีอาชีพที่ต้องทำงานอย่างกระฉับกระเฉง การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนั้นต้องเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาวะร่างกาย และสมรรถนะทางร่างกายของผู้ป่วยเอง โดยไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ควรออกกำลังกายช้า ๆ ไม่หักโหม ไม่เหนื่อยจนเกินไป และควรมีระยะผ่อนคลายภายหลังการออกกำลังกายทุกครั้ง โดยมีขั้นตอนของการออกกำลังกาย (มานพ ประภาษานนท์. 2538 : 77-80) ประกอบไปด้วย การฝึกการหายใจ การฝึกความผ่อนคลาย การควบคุมการหายใจขณะทำกิจกรรม การเพิ่มความเร็วเคลื่อนไหวของทรวงอกและลำตัว การเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ ซึ่งวิธีการออกกำลังกายประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. การอบอุ่นร่างกาย (Warm up) เป็นการเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกายในขั้นตอนต่อไปใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกการหายใจให้ถูกต้อง ควบคุมการหายใจให้ช้าลงและลึกขึ้นเกิดความผ่อนคลายมากขึ้นในขณะที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ บริหารและยืดกล้ามเนื้อบริเวณไหล่ ทรวงอกและลำตัวเพื่อให้หายใจได้สะดวกขึ้นและมีประสิทธิภาพขึ้น เช่น สะบัดแขนสะบัดขา แกว่งขา วิ่งเหยาะ ๆ อยู่กับที่ช้า ๆ แล้วจึงออกวิ่งหรือออกกำลังกายอย่างอื่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจถ้าไม่มีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย อาจทำให้หัวใจล้มเหลวถึงแก่ความตายได้

2. ขั้นตอนการออกกำลังกายอย่างแท้จริง เป็นการออกกำลังกายที่หนักขึ้นในรูปของการเล่นเกม กีฬาต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน เกมหรือกีฬาที่เล่นจะต้องเหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละคน ไม่หนักหรือรุนแรงจนเกินไป ซึ่งก่อนประโยชน์แก่ร่างกาย ถ้าออกกำลังกายนั้นเพียงพอ ไม่ว่าจะออกกำลังกายจะทำด้วยวิธีใดก็มีผลให้หัวใจและ

ปอดทำงานมากขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นเท่าใดนั้น ขึ้นอยู่กับอายุของบุคคล คำนวณจากสูตร ของ American Collage of Sport Medicine คือ อายุของบุคคล ลบออกจาก 220 จะเท่ากับความสามารถของหัวใจที่จะเต้นได้สูงสุดของผู้นั้นในหนึ่งนาที และอัตราที่เหมาะสมเพียงพอให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกายขณะออกกำลังกายคือ 65 % - 85% ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด การออกกำลังกายแบบนี้ได้แก่ การเดินเร็ว ๆ วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน โยนลูกบอล การออกกำลังกายอย่างนี้จะช่วยเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้นานขึ้น ใช้เวลาประมาณ 15-40 นาที

3. ขั้นตอนการผ่อนคลาย หลังการออกกำลังกาย จะต้องมีการผ่อนคลายในช่วยท้าย อีกเล็กน้อย เพื่อให้ร่างกายปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติโดยปลอดภัย อาจเป็นการออกกำลังกายเบา ๆ เหมือนช่วงการเตรียมตัวก็ได้

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ (2538 : 21) กล่าวว่า การออกกำลังกาย ช่วยให้มีการหลั่ง “สารสุข” เช่น เอ็นโดर्फิน ทำให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่า จิตใจสงบและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค มีผลดีต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต สามารถป้องกันและรักษาโรคต่าง ๆ เช่น หัวใจ ภูมิแพ้ โรคกระเพาะ โรคอ้วน ความดันเลือดสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคประสาท ท้องอืดเพื่อ ท้องผูก นอนไม่หลับ ฯลฯ

วิจิต คณิงสุขเกษม (2538 : 95-96) กล่าวถึง ประโยชน์ที่สำคัญของการออกกำลังกาย 3 ประการใหญ่ ๆ คือ

1. ร่างกายมีสมรรถภาพทางกายที่ดี ส่วนประกอบของสมรรถภาพทางกายมีหลายชนิด เช่น สมรรถภาพทางกายในด้านความยืดหยุ่นอ่อนตัวของร่างกาย (Flexibility) ความแข็งแรง (Strength) หรือความทนทาน (Endurance or stamina) เป็นต้น แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดของการออกกำลังกาย คือสมรรถภาพที่เกี่ยวข้องกับการไหลเวียนของโลหิต (Cardio vascular fitness) เพราะสมรรถภาพทางกายแบบนี้สามารถสังเกตเห็นได้ถึงผลการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบเสริมสร้างสมรรถภาพที่เกี่ยวข้องกับการไหลเวียนของโลหิต คือ การทำให้ผู้ที่ออกกำลังกายสามารถ ออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน โดยปราศจากความเหนื่อย บุคคลที่มีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น จะมีร่างกายที่ทนทานเพราะ การออกกำลังกายแบบนี้ทำให้ระบบไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น จึงส่งผลทำให้บุคคลที่มีสมรรถภาพทางกายดี มีความรู้สึกสดชื่น สามารถนอนหลับง่าย และดีขึ้น ตลอดจนส่งผลช่วยไปยังระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่นช่วยปรับปรุงระบบการย่อย เป็นต้น

2. ลดอัตราเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ ในประเทศต่าง ๆ ที่ประชาชนมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ประกอบด้วยไขมัน จะมีอัตราเสี่ยงต่อโรคหัวใจต่ำ นอกจากนี้ แม้ว่าผู้ป่วยโรคหัวใจถ้าได้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับสภาพของหัวใจตน ก็จะทำให้สภาพของหัวใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพดีขึ้น มีผลทำให้โอกาสที่จะเกิดหัวใจวายมีน้อยลง

เหตุที่การฝึกออกกำลังกาย สามารถลดอัตราเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจได้ก็เพราะ การออกกำลังกายทำให้ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจต่ำลง ดังนั้น หัวใจจึงใช้ออกซิเจนน้อยลง ระดับของไขมันในเส้นเลือดก็จะต่ำลง ทั้งนี้เนื่องจาก การออกกำลังกายสามารถละลายไขมันที่อยู่ในเส้นเลือด สภาพของหัวใจก็จะมีสมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น

3. การควบคุมน้ำหนักและสัดส่วนของร่างกาย การออกกำลังกายโดยปราศจากการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง มีประโยชน์ไม่มากต่อการควบคุม และลดน้ำหนักถ้าผู้ออกกำลังกายต้องการให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง ทั้งการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ควรจะต้องปฏิบัติควบคู่กันไป เพื่อจะทำให้เกิดผลที่แน่นอนในการลดน้ำหนัก ผลที่จะตามมาคือ ความอ้วนจะลดลง และสัดส่วนร่างกายจะเปลี่ยนไป

หลักของการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (บรรลุ ศิริพานิช. 2531 : 130) ซึ่งมีหลักสำคัญดังนี้

1. ผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน ควรจะเริ่มออกกำลังกายด้วยท่าที่ง่าย ๆ และเบา ๆ ก่อนในวันถัดไปค่อยเพิ่มความหนักของการออกกำลังกายนั้น ให้มากขึ้นทีละน้อยๆ ตามลำดับ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ร่างกายได้มีโอกาสปรับตัวได้
2. ถ้าหากว่าออกกำลังกายแล้ว ทำให้มีอาการผิดปกติอย่างหนึ่งอย่างใดเกิดขึ้น เช่น เวียนศีรษะ ใจสั่น เจ็บหน้าอก หอบมากผิดปกติ ควรหยุดออกกำลังกายนั้นทันที และควรปรึกษาแพทย์
3. ควรออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และเพื่อความสนุกสนานเป็นสิ่งสำคัญมากกว่าเพื่อการแข่งขัน
4. การเลือกกิจกรรมที่ตนเองมีความรัก ความถนัด ความชอบ และง่าย สามารถที่จะออกกำลังกายได้ทุกวัน โดยไม่มีความเบื่อหน่ายและเสียเวลามาก เช่น กิจกรรมที่สามารถออกกำลังกายได้ในบริเวณบ้าน วันละ 20-30 นาที
5. ในการออกกำลังกายทุกครั้งควรจะปล่อยให้ใจมีความสนุกสนานในกิจกรรมนั้นๆ ไปด้วย ควรจะหลีกเลี่ยงการเอาความเคร่งเครียดจากการทำงานเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย
6. ในการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรให้รู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ เช่น เหงื่อออก อัตราการเต้นของชีพจรเร็วกว่าปกติ อัตราการหายใจเร็วกว่าปกติ
7. ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และไม่ค่อยได้ออกกำลังกายมาก่อน ควรจะได้ปรึกษาแพทย์ก่อนการออกกำลังกายที่หนักๆ
8. การออกกำลังกายที่มีเครื่องผ่อนแรง ช่วยดึง ดัน ลั่น บิด หรืออย่างหนึ่งอย่างใด อาจจะมีประโยชน์น้อยมาก ทั้งนี้ก็เพราะความมุ่งหมายหลักของการออกกำลังกาย ก็คือ เพื่อให้ร่างกายได้มีโอกาสใช้แรงงาน มิฉะนั้น การออกกำลังกายนั้นก็เสียเวลาเปล่า

9. การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่ได้สัดส่วน ตลอดจนการหลีกเลี่ยงเครื่องดองของเมาต่าง ๆ ควรจะได้รับความคู่กันไปกับการออกกำลังกายด้วย ผลที่มีต่อสุขภาพ จึงจะเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์

ซุมศักดิ์ พฤษภาพงศ์ (2538 : 41-42) เสนอว่า ผู้ที่เริ่มออกกำลังกายใหม่ๆ ควรเริ่มต้นด้วยการออกกำลังกายขนาดเบาไปถึงขนาดปานกลาง สัปดาห์ละครั้ง 3 ครั้ง โดยย่ำลีมอบอ่อนร่างกายโดยการเดินหรือบริหารร่างกายเป็นเวลา 5 นาที จากนั้นเริ่มออกกำลังกายให้อยู่ในกรอบอัตราเต้นของหัวใจเป็นเวลานาน 5 นาที จากนั้นเริ่มออกกำลังกายให้อยู่ภายในกรอบอัตราเต้นของหัวใจเป็นเวลา 10 นาที แล้วดบท้ายด้วยการยืดเส้นยืดสายอีก 5 นาที หลังจากนั้นเพิ่มเวลาการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 10 % คือ 1 นาที

3.ด้านโภชนาการ

เป็นการปฏิบัติในการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร การเลือกอาหารที่รับประทานให้เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยงดเว้นการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และแอลกอฮอล์ อาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง และการควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีโภชนาการที่ดี เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยลดความรุนแรงของโรคเพราะปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คือภาวะโคเลสเตอรอลสูง ที่เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงกว่าปริมาณที่กำหนด การสูบบุหรี่ ดังนั้นการบริโภคอาหารจึงต้องคำนึงถึงหลักทางโภชนาการ และมีแนวทางปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดภาวะโภชนาการที่ดี กรมอนามัย (2532 :135-145) ได้เสนอแนวทางบริโภคอาหารสำหรับคนไทยไว้ดังนี้

1. รับประทานอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ทุกวัน
2. รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. รับประทานไขมันให้ขนาดพอเหมาะ
4. รับประทานน้ำตาลแต่พอควร
5. รับประทานอาหารที่ให้ใยอาหารอย่างสม่ำเสมอ
6. รับประทานเกลือและอาหารที่มีโซเดียมมากให้น้อยลง
7. ระวังเรื่องดื่มเหล้า
8. รับประทานอาหารที่มีส่วนป้องกันโรคมะเร็ง

ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวได้ ก็จะทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation)

หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้รับประโยชน์ในแง่

การได้รับการสนับสนุนต่างๆ เช่น ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด หรือช่วยแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจและสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ ความอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หายใจไม่สะดวก อาการเจ็บหน้าอก การทำกิจกรรมด้านร่างกายได้น้อยลง เป็นผลให้ต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลในครอบครัว และบริการทางชุมชนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมย่อมต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ มีความไว้วางใจ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึก เพราะการมีสัมพันธภาพที่ดีนั้นจะทำให้ได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น คำแนะนำ คำปรึกษา คำตักเตือน กำลังใจ หรือด้านการเงิน ซึ่งนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ ช่วยให้ตนเองเกิดความภาคภูมิใจเห็นคุณค่าของตนเอง เกิดความรู้สึกที่ดีช่วยลดความเครียด สามารถเผชิญกับปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Pender. 1996 : 259)

สัมพันธภาพนั้นเริ่มตั้งแต่ในระดับครอบครัวเป็นการเรียนรู้บทบาทของผู้ให้และผู้รับถ้าสังคมในครอบครัวดี มีความอบอุ่น ช่วยเหลือดูแลกันและกัน ก็จะเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี เพราะครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าเพื่อนร่วมงาน (Pender. 1996 : 269) เนื่องจากมีความใกล้ชิดผูกพันกันมากที่สุด จากรายงานการวิจัยของ จริยวัตร คมพยัคฆ์ และอรชร ณ ระนอง (2535 : 19) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น ผู้ป่วยที่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ไม่ว่าจะเป็น ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนผู้ป่วยด้วยกันเองก็จะได้รับการช่วยเหลือ คำแนะนำและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับตัวผู้ป่วยเอง

5. การพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth)

เป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณอย่างเต็มที่ ซึ่งประเมินได้ จากการกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่นำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต ความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต จุดมุ่งหมายในชีวิต ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว รวมถึงความรัก ความหวัง การให้อภัย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่สามารถควบคุมอาการหรือความรุนแรงของโรคได้ จะมีสุขภาพจิตที่ดี ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีความยึดหยุ่นในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม มีปฏิภิริยาตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมในทางที่ดี มองสถานการณ์ทุกอย่างด้วยความเป็นจริงตามธรรมชาติ โดยมีหลักธรรมทางศาสนาเข้าช่วย เนื่องจากคนไทยส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งหลักคำสอนของศาสนาพุทธที่สำคัญประการหนึ่งคือ “ สิ่งใดก็ตาม ที่มีเกิด สิ่งนั้นย่อมมีการดับเป็นธรรมดา” คำสอนดังกล่าว ต้องการสอนให้รู้จักและเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ว่าเป็นสิ่งที่ไม่คงที่ที่ต้องเปลี่ยนแปลงและเสื่อมสลายไปตามกฎ การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นสัจธรรมของชีวิตที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยง (พระเทพเวที (ประยุทธ ปยุตโต). 2532 : 68) คำสอนดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับพร้อมที่จะดำเนินชีวิต และเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิตด้วยความไม่

ประมาท แม้แต่สภาวะเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและทางใจ (สิวลี ศรีวิไล. 2535 : 85) ไม่คิดว่าตนเองไร้ประโยชน์ก็จะก่อให้เกิดความหวังว่าตนเองยังมีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม มีญาติมิตรคอยดูแลห่วงใย และเกิดความหวังจะมีชีวิตยืนยาวต่อไปอย่างมีความสุข สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในอนาคต ทำให้มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตเพื่อปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ

6.การจัดการกับความเครียด (Stress management)

เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดการพักผ่อนอย่างเพียงพอและมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม จากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทำให้สมรรถภาพร่างกายที่เคยดี เคยเก่ง เคยรวดเร็วลดลง และการที่ต้องเข้าออกโรงพยาบาลอยู่บ่อย ๆ เนื่องจากอาการของโรคที่ไม่แน่นอนพร้อมกับมีกิจกรรมหลายอย่างที่ถูกจำกัดผลของปัญหาเหล่านี้จะกระทบต่อจิตใจผู้ป่วย เกิดความตึงเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางตรงก็คือความเครียดจะไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้มีการหลั่งอิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไตส่วนในทำให้หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวแรงขึ้น หลอดเลือดหัวใจหดตัว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือผลทางอ้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมที่มีอันตรายเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

โดยปกติทุกคนก็มีปัญหาด้วยกันทั้งนั้น มีความเครียดด้วยกันทั้งนั้น จึงอยู่ที่ว่าใครจะปรับตัวสู้กับความเครียดนั้นๆอย่างไร ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นได้ หรือมีวิธีจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม เช่น การเก็บซ่อนความรู้สึกไว้ไม่แสดงอารมณ์ ความเกรงใจ ไม่กล้าสอบถามอาการป่วยของตนเอง จากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคอะไร รวมทั้งการแสดงอารมณ์รุนแรงโมโห หรือโกรธเคืองกับสภาพร่างกายของตนเอง ความเครียดนั้นก็สะสมอยู่ภายในก่อให้เกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพได้

ดังนั้นการจัดการความเครียดที่เหมาะสม จึงเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดีจะมีภาวะสุขภาพดี โดยต้องรู้จักเลือกวิธีการจัดการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 109)

1.การมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) เป็นการเผชิญกับความเครียด โดยการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมให้สถานการณ์ดีขึ้น รู้จักจัดการกับแหล่งความเครียดหรือจัดการกับตนเอง โดยมุ่งแก้ปัญหา

2.การจัดการกับอารมณ์ (Emotional focused coping) เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการปฏิบัติ

กิจกรรม นั่นคือ ต้องรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก เพื่อสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการจัดการกับความเครียดสามารถกระทำได้ 3 ด้าน ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 113)

1.การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรู้จักบริหารเวลา รับประทานอาหารที่เหมาะสม รู้จักออกกำลังกาย รู้จักหาทางออกเมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ งดสูบบุหรี่ และดื่มสุรา รู้จักสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

2.ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของตนเอง เช่น การยืนยันความคิดที่ถูกต้อง รู้จักมองและประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง โดยไม่ทำให้เหตุการณ์ปกติกลายเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง เช่นบุคลิกภาพที่เอาจริงเอาจังเกินไป

3.เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่างๆ เช่น วิธีการผ่อนคลาย (Relaxation) การทำสมาธิ (Meditation) การฝึกหายใจ การใช้จิตควบคุมการตอบสนองทางร่างกาย (Biofeedback) และการควบคุมร่างกายตนเองให้ผ่อนคลาย (Autogenic training) ซึ่งเป็นวิธีการผ่อนคลายที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งสำหรับการคลายเครียด

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ (ไพโรจน์ พรหมพันธุ์. 2540 : 47-48 ; อ้างอิงมาจาก ชูศักดิ์ เวชแพศย์. 2532) กล่าวว่า เทคนิคการจัดการกับความเครียดมีหลายวิธี เช่น

1.การผ่อนคลาย (Relaxation) เป็นการทำให้ระดับความตึงของอารมณ์ลดลงต่ำที่สุดเท่าที่จะทำได้ ขณะทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง การผ่อนคลายนั้นเป็นการกำจัดความตึงของอารมณ์ ที่ไม่จำเป็นออกไปแต่ไม่ได้หมายถึง การไม่มีการใช้พลังงานหรือไม่ได้กระทำการใด ๆ ซึ่งแบ่งได้ดังนี้ คือ

1.1การผ่อนคลาย ที่ใช้พลังงานน้อย (Hypometabolic relaxation, HMR) เป็นสภาพของการผ่อนคลายทางจิตใจและร่างกายเป็นอย่างมาก อัตราชีพจรอยู่ในระดับปกติ ขณะพักการหายใจช้าลง การใช้พลังงานน้อยลงและสภาพจิตใจอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นผลที่เกิดขึ้นจึงเป็นการพักจริงๆ มากกว่าการนอนหลับ วิธีการผ่อนคลายแบบนี้ได้มีการเรียกกันว่า “การเข้าญาณ” (Meditation HMR) มีเทคนิคการปฏิบัติ 4 ประการ ดังนี้

1.1.1ต้องให้ร่างกายอยู่ในที่เงียบสงบและไม่ถูกรบกวน

1.1.2ให้ร่างกายมีการทรงท่าทางที่ผ่อนคลาย

1.1.3มีท่าที่อ่อนโยนในช่วงที่เข้าญาณ หรือผ่อนคลาย

1.1.4ควรมีจุดสนใจที่ใดที่หนึ่ง เช่น กล่าวคำใดคำหนึ่งในการหายใจ

ครั้งหนึ่งๆ

1.2 การผ่อนคลายตายนามิกส์ (Dynamic relaxation) หรือบางแห่งเรียกว่า การเข้าญาณ ด้วยการเคลื่อนไหว การผ่อนคลายตายนามิกส์ นี้เป็นสภาพของกิจกรรมที่เหมาะสมซึ่งทั้งร่างกายและจิตใจมีความว่องไวและอยู่ในสภาพตื่นตัว แต่ขณะเดียวกันไม่มีความตึงทางอารมณ์ สามารถกระทำโดยการมุ่งความสนใจไปที่สิ่งหนึ่ง รับรู้สถานการณ์นั้นๆ มุ่งความคิดที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ ให้สัมฤทธิ์ผล โดยไม่มีความกลัว ความกระวนกระวายใจ ความโกรธ หรือความทุกข์ใดๆ เนื่องจากการผ่อนคลายตายนามิกส์นี้สามารถทำกิจกรรมใด ๆ ก็ได้ ดังนั้นจึงต้องการทักษะมากกว่า HMR ซึ่ง HMR ต้องการการปฏิบัติเพียงชั่วระยะเวลาอันสั้นในวันหนึ่ง แต่การผ่อนคลายตายนามิกส์นั้น ต้องการการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอจนมีทักษะ จึงจะสามารถนำไปใช้ในกิจกรรมต่างๆ ของชีวิตประจำวันได้ ผลของการผ่อนคลายตายนามิกส์นี้ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานการเคลื่อนไหวคล่องแคล่วขึ้น เพิ่มความสามารถทางด้านความคิดและการสร้างสรรค์ตลอดจนการเพิ่มความสมดุลของอารมณ์ ทำให้อารมณ์ดีขึ้น ดังนั้นการผ่อนคลายตายนามิกส์จึงถือได้ว่าเป็นเทคนิคที่จะทำให้ชีวิตยืนยาวในสังคมทุกวันนี้

2. การป้อนกลับจากสิ่งมีชีวิตของมนุษย์ (Biofeedback) เป็นวิธีการเรียนรู้เพื่อที่จะควบคุมการตอบสนองของร่างกายและจิตใจโดยอาศัยเครื่องมือ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการป้อนกลับจากสิ่งมีชีวิตนี้ ทำหน้าที่คล้ายกับสมอ ต่างกันก็แต่ว่าเครื่องมือนี้จะทำหน้าที่ตรวจรับข้อมูลจากระบบร่างกายและจิตใจ จากนั้นเครื่องจะขยายข้อมูลให้มากขึ้น แล้วจึงส่งกลับเข้าสู่ร่างกาย เช่นถ้ามีความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เครื่องที่ใช้สำหรับการป้อนกลับจากสิ่งมีชีวิต ซึ่งเรียกว่า อิเล็กโตรมายโอกราฟ (Electromyograph, EMG) จะทำหน้าที่ส่งข้อมูลเกี่ยวกับความตึงของกล้ามเนื้อกลับเข้าไปในร่างกายให้สมองรับรู้การเปลี่ยนแปลง โดยการแปลงเป็นแสงสว่างเพื่อป้อนเข้าไปยังระบบการเห็นหรือระบบการได้ยิน เช่น กล้ามเนื้อหดตัวมากจะทำให้มีเสียงสูง การป้อนกลับจากสิ่งมีชีวิตนี้ เป็นวิธีการเรียนรู้ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงสุขภาพของร่างกายและจิตใจซึ่งเป็นอันตรายให้เป็นสภาพที่มีอันตรายน้อย อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างความรู้สึกของการควบคุมร่างกายและจิตใจได้ด้วยตัวเอง การป้อนกลับจากสิ่งมีชีวิตนั้นเป็นการเชื่อมโยง ทางเทคโนโลยีเข้ากับระบบของร่างกายและจิตใจ เพื่อให้จิตใจของเราสร้างสภาพที่ถือว่ามีความสุขดีจะเป็นการช่วยรักษาร่างกายด้วย

3. การมีความเครียดที่พอเหมาะ ความเครียดที่เป็นประโยชน์หรือผลทางด้านการรักษา เรียกว่า ความเครียดที่พอเหมาะ (Eustress) ซึ่ง Hans Selye ได้กล่าวว่ามีความเครียดที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพมนุษย์ทุกคนคงเคยมีประสบการณ์มาหลายครั้งว่า รู้สึกชอบแม้จะอยู่ในสภาพที่มีความเครียดมาก กิจกรรมต่างๆ เช่น การเต้นรำ การร้องเพลง การเล่นเกม ล้วนแต่เป็นภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดแต่เป็นกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างประสบการณ์และช่วยเพิ่มสุขภาพ ประสบการณ์ของความเครียดที่พอเหมาะนั้นจะทำให้ชีวิตมีคุณค่า ดังนั้นจึงมีความจำเป็นแก่ชีวิตมาก

4. การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุดในการลดความเครียดที่เป็นทุกข์แต่มีจะถูกมองข้ามไป การสนับสนุนจากระบบของสังคม ได้แก่ ญาติ เพื่อนและผู้ร่วมอาชีพ ซึ่งบุคคลดังกล่าวสามารถช่วยเหลือเมื่อมีความทุกข์ยาก ระบบการสนับสนุนทางสังคมจะทำหน้าที่เป็นกลไกป้องกันอันตรายที่เกิดจากความทุกข์ ดังนั้นจึงต้องมีความเกี่ยวข้องกับสังคมในการติดต่อกับเพื่อนฝูงหรือญาติ ติดต่อกับบุคคลที่รักใคร่ชอบพอ ระบบการสนับสนุนทางสังคมนี้มีคุณค่ามากมาย ที่จะเสริมสร้างสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ

5. การออกกำลังกาย ในบรรดาเทคนิคที่ใช้เพื่อลดความเครียดนั้น พบว่าการออกกำลังกาย เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดและเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิค การออกกำลังกายนอกจากจะช่วยลดระดับของความเครียดโดยตรงแล้ว การออกกำลังกายบางรูปแบบจะช่วยทำหน้าที่ป้องกันโรคจากทั้งโรคทางกายและโรคทางจิตซึ่งการออกกำลังกายแบบแอโรบิคนั้นเป็นการออกกำลังกายที่ต้องการให้ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนมาก ชั่วขณะหนึ่ง คือ อย่างน้อย 20 นาที และเมื่อได้กระทำกิจกรรมแอโรบิคนั้นควรจะให้เข้าไปสู่สภาพที่คงที่ ซึ่งหมายถึงระดับของกิจกรรมที่สามารถกระทำไปได้ชั่วพักหนึ่งโดยไม่เกิดความเคັนที่เนื่องจากการเมื่อยล้าหรือเหนื่อยหอบ การเดิน การวิ่ง การว่ายน้ำ การถีบจักรยานหรือการเต้นรำ ล้วนเป็นตัวอย่างของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่ดีเยี่ยม

นอกจากเทคนิคการจัดการความเครียด บรรลุ ศิริพานิช (2531 : 69 – 70) ได้เสนอแนวทางการแก้ไขและส่งเสริมสุขภาพจิตให้ดีขึ้น 7 ประการ คือ

1. ยอมรับความเป็นจริงของชีวิตว่า ชีวิตเป็นเช่นนี้ มีเกิด มีเจริญ มีงอกงาม มีแก่ มีความเสื่อมและความตายเป็นธรรมดา ยิ่งเข้าใจว่า ชีวิตเป็นทุกข์ ชีวิตเป็นนิจจัง ชีวิตเป็นอนัตตาก็ยิ่งทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น
2. ฝึกควบคุมอารมณ์ให้มีสติ ไม่ให้จิตใจ เสียใจเกินกว่าปกติ
3. มองคนในแง่ดี คนมีหลายแง่มุม มีดีแล้ว ควรมองแต่แง่ดีของเขา
4. ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ต้องแก้ไขด้วยตนเอง อยากรักก็ตามก็ต้องแก้ปัญหาได้ไม่มากก็น้อย ไม่ควรหนีปัญหา
5. ฝึกตนเองเป็นคนอดทน มั่นคง ยุติธรรมทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ฟังผู้อื่นพูดบ้างว่ามีความเห็นอย่างไร
6. ทำตนให้เกิดประโยชน์อยู่เนืองเฉย ยานานานสำคัญที่แก้โรคหงุดหงิด คือ การทำงานอดิเรก
7. หาความสุขจากธรรมชาติ คำสั่งสอนของทุกศาสนาดีทั้งนั้น ควรนำมาเป็นหลักปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองและสังคม

การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จะเลือกวิธีการใดในการปฏิบัตินั้นขึ้นอยู่กับความพอใจและความเคยชิน และความเหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล เมื่อปฏิบัติจะสามารถ

ลดความเครียดหรือบรรเทาลงได้ จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ อยากรูปวิถีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในต่างประเทศ

เวทเซล (Weitzel . 1989 : 99 -104) ศึกษาการทดสอบแบบแผนส่งเสริมสุขภาพของคณงาน โดยใช้แบบแผนส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (1987) ทดสอบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 179 คน โดยใช้ตัวแปรด้านจิตสังคม 4 ตัว คือ การใช้ความสำคัญกับสุขภาพ การรับรู้อำนาจในการควบคุม สภาวะสุขภาพ แลหะการรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัจจัยด้านปรับเปลี่ยน 1 ตัว คือ ด้านประชากร และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่กระทำอยู่เป็นตัวทดสอบ พบว่า สภาวะสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงสุด ตัวแปรด้านประชากรเป็นตัวสนับสนุนการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ และคณะ (Pender, et al. 1990 : 326-332) ศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคณงานในสถานประกอบการ โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ 3 กลุ่ม ได้แก่ ตัวแปรด้านความรู้-การรับรู้ คือ ความสำคัญของสุขภาพ (Importance of health) การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived control of health) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self efficacy) ความหมายของสุขภาพ (Definition of health) และการรับรู้สถานะสุขภาพ (Perceived health status) ตัวแปรอิสระกลุ่มที่ 2 คือ ตัวแปรด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานะภาพสมรส การศึกษารายได้ และศาสนา/เชื้อชาติ และตัวแปรด้านพฤติกรรมซึ่งจะแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ตามการเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายในโครงการส่งเสริมสุขภาพ คือ การเข้าร่วมกิจกรรมไม่เกิน 6 เดือน และการเข้าร่วมกิจกรรม 6 เดือนขึ้นไป สำหรับตัวแปรตามที่ศึกษาคือ วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพตามแบบวัดการประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting life-style profile) ของวอล์กเกอร์และคณะจำนวน 48 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามที่ใช้วัดความถี่ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ การเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน และการจัดการกับความเครียด วิธีการเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 2 ครั้ง ครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างจะตอบแบบสอบถามจากเครื่องมือ 11 ชุด ซึ่งครอบคลุมทุกตัวแปรที่ศึกษา ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 3 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างจะตอบแบบสอบถามเฉพาะแบบวัดการประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเท่านั้น ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน 2 ครั้ง ปรากฏว่า วิถีชีวิตด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการจัดการกับความเครียด มีคะแนนสูงขึ้น ส่วนวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง และด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน สำหรับวิถีชีวิตที่มีคะแนนต่ำลง คือ ด้านการออกกำลังกาย

ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนคือ แบบบันทึกพฤติกรรมตนเองในการเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายในโครงการส่งเสริมสุขภาพของลูกจ้าง การวิเคราะห์หาความสามารถในการทำนายวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นเชิง (Hierarchical multiple regression) และ Canonical correlation พบว่า ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ มี 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความหมายของสุขภาพ การรับรู้สถานะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพ

เคลลี่ และคณะ (Kelly, et al. 1991 : 311-320) ศึกษาอิทธิพลความเชื่อทางสุขภาพการสนับสนุนทางสังคม และความสามารถตนเอง ในการทำนายแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ การคาดเข็มขัดนิรภัย นิสัยการออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการรับประทานอาหาร ตัวอย่างที่ศึกษา คือผู้ป่วยอายุ 18-60 ปี ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยของ Family Practice Residency Program ชานเมืองคลีฟแลนด์ จำนวนทั้งสิ้น 215 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามในการประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งจะประเมินโดยพยาบาล และคำแนะนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา รวมทั้งแบบเรียนสำเร็จรูปสำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จะถูกแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มตามกิจกรรมที่จะได้รับโดยการสุ่ม และผู้ป่วยจะไม่ทราบว่าตนอยู่ในกลุ่มใด กิจกรรมที่ผู้ป่วยจะได้รับ มีดังนี้

กลุ่มที่ 1 ภายหลังจากตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำและประเมินว่า พฤติกรรมใดบ้างที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยง และพฤติกรรมใดบ้างที่เหมาะสมดีแล้ว แล้วส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ซึ่งภายหลังได้รับการตรวจรักษาแล้ว แพทย์จะให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เสี่ยงนั้นให้ถูกต้องเหมาะสม จากนั้นผู้ป่วยก็จะได้รับบทเรียนสำเร็จรูปในเรื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง

กลุ่มที่ 2 ภายหลังจากตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับแบบเรียนสำเร็จรูปจากพยาบาล

กลุ่มที่ 3 ตอบแบบสอบถามเพียงอย่างเดียว

กลุ่มที่ 4 ไม่ต้องตอบแบบสอบถาม จะมีการบันทึกเฉพาะอายุ และเพศไว้เท่านั้น

การติดตามดูการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของทั้ง 4 กลุ่มทำโดย การสัมภาษณ์อย่างมีรูปแบบทางโทรศัพท์ และการนัดให้มาพบแพทย์ ในอีก 4 สัปดาห์ข้างหน้า ภายหลังจากประเมินดังกล่าวยังมีผู้ป่วยถูกแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตามระดับการเปลี่ยนแปลงดังนี้

กลุ่มที่ 1 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และไม่มีความตั้งใจที่จะเปลี่ยน

กลุ่มที่ 2 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่มีความตั้งใจจะเปลี่ยน

กลุ่มที่ 3 มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบ้างเล็กน้อย

กลุ่มที่ 4 มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างชัดเจน

ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติการวิเคราะห์จำแนกประเภท (Discriminant analysis) ผลการศึกษา พบว่า ความเชื่อทางสุขภาพและความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายและตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกือบทุกด้าน และตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายได้ดีที่สุดคือการรับรู้ประโยชน์ และความแข็งแรงของความสามารถของตนเอง สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น ทั้งตัวแปรความเชื่อทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถของตนเองมีอิทธิพลในการทำนายระดับต่ำมาก อย่างไรก็ตามเมื่อนำตัวแปรแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเข้าในสมการวิเคราะห์จำแนกประเภท แล้วพบว่าสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

ลัสค และคนอื่นๆ (Lusk, et al. 1994 : 151-157) ศึกษาพฤติกรรมการใช้เครื่องป้องกันอันตรายจากเสียง (Hearing protection) ในคนงานที่ทำงานในโรงงานที่มีระดับเสียงเครื่องจักรกลระหว่าง 65-100 เดซิเบล โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์โดยเลือกปัจจัยในการศึกษา ดังนี้ ปัจจัยร่วม คือ คุณลักษณะทางประชากร และปัจจัยแวดล้อม ปัจจัยความรู้ - การรับรู้ ใช้ทุกปัจจัยยกเว้น ปัจจัยด้านการให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงาน 645 คน ที่ทำงานอยู่ในโรงงานผลิตรถยนต์ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ค่านิยมในการใช้และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการใช้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เครื่องป้องกันอันตรายจากเสียงของคนงาน โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้เครื่องป้องกันอันตรายจากเสียงมากที่สุด โดยอธิบายว่า ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้นและค่านิยมในการใช้มีมากขึ้น และอุปสรรคลดลง พฤติกรรมการใช้เครื่องป้องกันอันตรายจากเสียงก็จะเพิ่มขึ้น ส่วนปัจจัยร่วม ได้แก่ ปัจจัยแวดล้อม และลักษณะของงานที่ทำ ก็พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้เครื่องป้องกันอันตรายจากเสียงเช่นกัน

ไฮเจวี และ เบอร์นาร์ด (Ahijevych and Bernard. 1994 : 86-89) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำ โดยการเปรียบเทียบกับการศึกษาของแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เคยศึกษาตัวอย่างหญิงผิวดำ จำนวน 187 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิต มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment Correlation coefficient) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า ความแตกต่างของลักษณะทางประชากร มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบความสัมพันธ์ดังนี้ อายุ ($R=0.21$) จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ($r=0.61$) จำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ($r=0.21$) รายได้ ($r=0.22$) ประวัติการมีโรคประจำตัว ($r=0.21$) และอาชีพ ($r=0.21$) ส่วนสถานภาพสมรส

พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการวิเคราะห์ถดถอยพบแบบขั้นตอนพบว่า ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมดสามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ซึ่งตัวแปรที่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว อาชีพ ส่วนระดับการศึกษาและจำนวนผู้อาศัยที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่อาศัยอยู่ด้วยกัน พบว่า ไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลัสค เคอร์ และโรนีส (Lusk , Kerr and Ronis. 1995 : 20-24) ศึกษาในรูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนทำงาน 3 ระดับ คือ คนที่ทำงานในระดับบริหาร ระดับพนักงานขาย และระดับคนงาน ตัวอย่างเป็นคนทำงานในโรงงานผลิตรถยนต์ จำนวน 638 คน ผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกๆ ด้านยกเว้นด้านการจัดการกับความเครียด และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มแล้วพบว่า ไม่มีความแตกต่างของระดับการทำงานของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิต การออกกำลังกาย การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกันพบว่า กลุ่มที่ทำงานในระดับบริหารมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มที่ทำงานในระดับคนงานนั้น พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารต่ำที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ การทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อจำแนกตามชนชาติโดยการเปรียบเทียบกลุ่มทดลองที่เป็นชนผิวขาวและชนผิวดำ พบว่า ชนชาติที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยชนผิวดำจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านนี้ดีกว่าชนผิวขาว นอกจากนี้ยังพบว่า คนที่อายุน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิต ด้านการออกกำลังกายและด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกันมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในขณะที่คนที่อายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการรับประทานอาหารดีกว่ากลุ่มอื่นๆ และเพศที่แตกต่างกันทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศชายในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพการออกกำลังกาย การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน ส่วนสถานภาพสมรส พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สทิฟเบอร์เกนและเบคเกอร์ (Stuibergen and Becker. 1994 : 3-13) ศึกษาการทำนายวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนพิการ โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (1987) เป็นตัวอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นคนพิการ จำนวน 117 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า คนพิการจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มากกว่าถ้าเขามีการรับรู้ความสามารถของตนเองเฉพาะด้านสูงสำหรับพฤติกรรมสุขภาพ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านทั่วไปสูง มีการให้ความหมายสุขภาพในด้านดี มี

ความต้องการใช้เครื่องกลน้อย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะเป็นไปด้วยดีถ้าเขาสามารถควบคุมสถานการณ์ได้โดยเฉพาะความพิการ จะทำให้เขาประสบความสำเร็จในพฤติกรรมที่จะส่งเสริมสุขภาพ

การวิจัยในประเทศไทย

สุตารัตน์ ขวัญเงิน (2537 : จ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับวิถีทางดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ปีการศึกษา 2537 โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา 2 โรงเรียน และโรงเรียนเอกชน 2 โรงเรียน ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 441 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามวัดคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self – efficacy scale) ของซีเรอร์ แมคคัทซ์ เมอเคนแคนท์ เพรนทิตันน์ จากอปส์และโรเจอร์ (Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice Dunn S, Jacobs B and Roger RW) และแบบสอบถามวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyle Profile) ของวอล์คเกอร์ ซีคริสท์และเพนเดอร์ (Walker SN, Seclrist KR and Pender NJ) ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองของวัยรุ่นอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และค่าเฉลี่ยคะแนนวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีทางดำเนินชีวิตของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.5008$, $p\text{-value} < 0.0001$) และการรับรู้ความสามารถตนเองสามารถทำนายวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นได้ร้อยละ 25.08 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 146.95145$, $p < 0.0001$)

วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 52-55) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งความสามารถในการทำนาย โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender. 1987) เป็นแนวทางในการศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านการจัดการกับความเครียด สำหรับในด้านความสัมพันธ์ พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติ

กรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนจำนวนปีที่ศึกษาและรายได้ โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จันทนา พงษ์สมบูรณ์ (2539 : ก -ข) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมาติดตามการรักษาที่คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 160 คน ผลการศึกษาสรุปว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและระดับการศึกษา โดยปัจจัยทั้งสองนี้เป็นกลุ่มทำนายที่ดีที่สุด สามารถรวมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สุทธนิจ หุณหสาร (2539 : 152-167) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender. 1987) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่อายุระหว่าง 40-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในชนบท จังหวัดนนทบุรี จำนวน 380 คน ตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำที่สุด ร้อยละ 57.10 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.70 ในด้านความสัมพันธ์ พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 134-135) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง ตามรูปแบบประเมินการวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของ วอกเกอร์ ซีคริสตและเพนเดอร์ (Walker, Sechrist and Pender. 1987 : 70-81) ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง และด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน โดยศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และความสามารถในการทำนายปัจจัยทั้ง 3 ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดลำปาง จำนวน 400 คน ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับดีมากที่สุดในด้านการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน รองลงมาคือ ด้านการรับประทานอาหาร ส่วนปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ อาชีพ การมีและเข้าถึงแหล่งบริการด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ และเพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในด้านการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดมีอิทธิพลสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

จิรวรรณ อินคุ่ม (2539 : 110) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 ราย พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี โดยเฉพาะด้านโภชนาการและความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมาก กิจกรรมด้านร่างกายอยู่ในเกณฑ์ดีน้อยที่สุด และผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคล ระดับการศึกษา อิทธิพลด้านสถานการณ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

สุกัญญา ผไทโสภณ (2540 : 122) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัด อุทัยธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 390 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพบว่าการรับรู้ความสามารถเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$) และเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานีได้ดีที่สุด

พิเชษ เจริญเกษ (2540 : 107-110) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษาจังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างเป็นครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษาจังหวัดนครนายก จำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่าครูมัศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาพฤติกรรมไม่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมถูกต้อง รายงานพบว่า ครูมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ถูกต้องด้านการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การดื่มสุราและการบริหารจัดการความเครียด รองลงมาพฤติกรรมอยู่ในขั้นพอใช้ คือ ด้านการบริโภคอาหาร และการตรวจสุขภาพประจำปี ด้านความสัมพันธ์ พบว่า อายุ เพศ รายได้ต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนสถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทัศนคติต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สถานะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชมพู วิสุทธิเมธีกร (2540 : 106 – 109) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยกลางคนที่ มีอายุระหว่าง 40-59 ปี จำนวน 397 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีรายด้านอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านการสร้างแรงสนับสนุนระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดีมาก ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้ ในด้านความสัมพันธ์ ความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ระดับ

การศึกษา รายได้ของครอบครัว และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน

อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540 : 93-94) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ และจำนวนบทบาท กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโดยไม่มีโรคไตวายร่วมด้วย และมาขอรับการตรวจและรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 200 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่เหมาะสมที่สุดควรคงไว้ให้ปฏิบัติต่อไป โดยพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอยู่ในระดับที่เหมาะสมที่สุด พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านอารมณ์และสังคม และด้านที่เกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับที่เหมาะสมเป็นส่วนใหญ่ ควรที่จะได้รับการส่งเสริม ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับที่เหมาะสมน้อย ควรที่จะปรับปรุงแก้ไขต่อไป ด้านความสัมพันธ์ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนบทบาท ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อาชีพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วนลดา ทองใบ (2540 : 158-162) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคนงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงานสตรีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี ไม่น้อยกว่า 3 เดือน จำนวน 420 คน ผลการศึกษาพบว่า คนงานสตรีส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับพอใช้ โดยคนงานสตรีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีในด้านการไม่สูบบุหรี่มากที่สุด รองลงมา คือด้านการทำงานที่ปลอดภัย การวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามตัวแปรลักษณะประชากร พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคนงานสตรีที่มีอายุ และประสบการณ์การทำงานต่างกัน คนงานสตรีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนรายพฤติกรรม พบว่าคนงานสตรีมีอายุและประสบการณ์การทำงานต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การทำงานที่ปลอดภัย ด้านการสูบบุหรี่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการรับการตรวจร่างกายพบว่า คนงานสตรีที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่คนงานสตรีที่มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน มีพฤติกรรมรับการตรวจร่างกายแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความสัมพันธ์ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริม

สุขภาพ ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพ ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สถานะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - \text{value} < 0.05$)

นุชระพี สุทธิกุล (2540 : ก) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดปัจจัยร่วมและปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ กลุ่มตัวอย่างเป็นครูชาย 79 คน และครูหญิง 281 คน รวม 360 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ รายได้ครอบครัว และการมีโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

อารีย์ พวงเพชร (2540 : 126 – 129) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการยับยั้งความรุนแรงของโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตที่มีความสุขและอยู่ในสังคมได้ด้วยดีและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการสนับสนุนจากครอบครัว กับแบบแผนการดำเนินชีวิต กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดโคโรนารี โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือแองจินาเพคโทริส เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาอย่างเดียว โดยไม่เคยผ่าตัดโรคหัวใจมาก่อน และมารับการรักษาเป็นระยะที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับเหมาะสมมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการยับยั้งความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับเหมาะสมมาก โดยแบบแผนการดำเนินชีวิตในด้าน การดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป อยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน การขับถ่ายอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับเหมาะสมมาก โดยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด ด้านการจัดการกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความสนใจในสุขภาพและการใช้แหล่งบริการทางสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตที่มีความสุขและอยู่ในสังคมได้ด้วยดี อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ด้านการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวม และด้านจิตใจ อารมณ์ ด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า ด้านการมี

ส่วนร่วมในสังคม ด้านวัสดุสิ่งของ การเงินและแรงงานอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับแบบแผนการดำเนินชีวิต ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่า เพศ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ ไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า เพศ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริมา เขมะเพชร (2541 : ง) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในพฤติกรรมสุขภาพสตรีวัยหมดระดูที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจกรุงเทพมหานคร กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และผลการตรวจสอบสมรรถภาพทางกาย พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองดีขึ้นก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ศิรินทิพย์ โถนสันเทียะ (2541 : 100) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.0001$) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ($r=0.6682$) ในรายด้าน การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มากที่สุด รองลงมาคือ ด้านออกกำลังกาย ($r = 0.517$ และ 0.482 ตามลำดับ)

ประสิทธิ์ กล้าหาญ (2541 : ง) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี โดยการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการวัดวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 387 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อวิเคราะห์การจำแนกเพศ พบว่า ปัจจัยร่วมมีความสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด และพบว่าสถานการณ์ที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด ตัวแปรกลุ่มปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด ส่วนตัวแปรกลุ่มปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ และพบว่า การได้รับการสนับสนุนส่งเสริมจากพ่อแม่ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด ส่วนผลการวิเคราะห์การจำแนกเพศเมื่อรวมทั้งสามกลุ่มปัจจัย พบว่า สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ และพบว่าสถานการณ์ที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัว

ทำนายที่ดีที่สุด รองลงมาคือ ตัวแปรด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ เพศ การรับรู้ความสามารถต่อการส่งเสริมสุขภาพ และระยะเวลาการเป็น อสม. ตามลำดับ

กนกวรรณ จันทร์แดง (2541 : 158-163) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และการวัดวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวอล์กเกอร์ ซีคริสต์และเพนเดอร์ มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้นำศาสนาอิสลาม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 330 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำและสูงใกล้เคียงกัน ส่วนพฤติกรรมการบริหารจัดการความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงและผู้นำศาสนาอิสลามมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

จินตนา พรมลาย (2541 : 163 - 167) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากร เขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดปัจจัยร่วม ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 304 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า พัฒนาการเขตที่ 3 มีการรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความสัมพันธ์ พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ครอบครัว ดัชนีน้ำหนักร่างกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการรับรู้ความสามารถตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($P - value < 0.05$)

จิตรา วันชนะกิจ (2541 : 98 – 100) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดเรื้อรัง ได้แก่ หอบหืดเรื้อรัง และปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่รวมถึงหลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพองด้วย ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคปอด และคลินิกอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 120 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและความรู้ที่เฉพาะต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ อิทธิพลด้านสัมพันธภาพ และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องเนื่องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ มีความ

สัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จิราภรณ์ ฉลาณวัฒน์ (2541 : 79 – 98) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลัง โดยศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปที่มีอาการปวดหลัง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคเกี่ยวกับกระดูกสันหลัง และมารับการตรวจรักษามากกว่า 1 ครั้ง ที่ห้องตรวจโรคกระดูกและข้อ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี ด้านความสัมพันธ์การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลังได้ อาชีพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลัง และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เพิ่มขึ้นอีก สำหรับเพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลังอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลังได้

ดาริณี สุภาพ (2542 : 132-135) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานสตรีตั้งครรภ์ ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่มารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์ กลุ่มตัวอย่าง เป็นคณงานสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ด้านความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านความสำเร็จในชีวิตอยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านพัฒนาใจในระยะตั้งครรภ์อยู่ในระดับพอใช้ ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผลทางลบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตรีนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 71-74) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 330 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปฏิบัติในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผลการเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มี เพศ ต่างกันมีการดูแลตนเองแตก

ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเพศชายมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง และผู้ป่วยที่มีอายุ อาชีพ รายได้ครอบครัว ต่างกันมีการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ถนิศร เต็งรัง (2543 : 1-3) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการสตรีโสด สังกัดส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการสตรีโสด สังกัดส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัด นนทบุรี จำนวน 250 คน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการสตรีโสด อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่าข้าราชการสตรีโสดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการตระหนักในคุณค่าของตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลตนเองทั่วไป การปฏิบัติโภชนาการ การออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน แบบแผนการนอนหลับ การจัดการกับความเครียดและการใช้ระบบบริการสุขภาพ อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

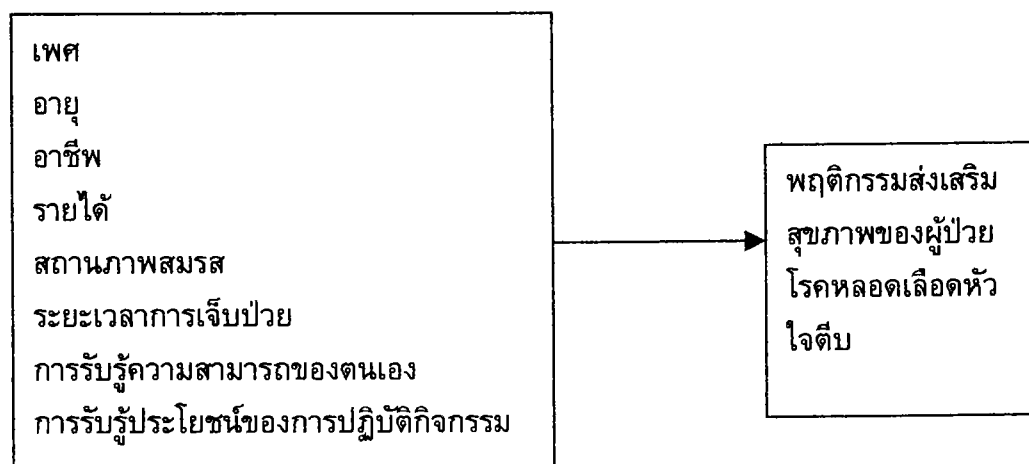
ยุพิน เจตมงคลวงศ์ (2543 : 66-68) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มารับบริการในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน แผนกสูติรีเวช วชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 257 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน อยู่ในระดับพอใช้ และสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มี อาชีพ ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มี รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

สุธีรา เทศวงษ์ (2543 : 66) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 396 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ผู้สูงอายุที่มี อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่มี เพศ ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

สุธิดา นิรพิพนธ์ (2543 : 91-93) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 350 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการศึกษางานวิจัยทั้งของต่างประเทศและในประเทศ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมนั้น นอกจากปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตวิทยาของบุคคล และ ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคลแล้ว ปัจจัยด้านความรู้ – ความเข้าใจ และ ความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาในถึงเรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเอง และ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม ก็มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบว่ามีปัจจัยดังกล่าวแล้ว ด้านใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีความสัมพันธ์กันอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

5. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
7. การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม
8. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลนครปฐม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐมซึ่งมีวิธีการดำเนินการศึกษาดังต่อไปนี้

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำนวน 1500 คนปี (โรงพยาบาลนครปฐม. 2542 : 133)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มารับการรักษา ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 316 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากประชากร โดยใช้สูตร ยามาเน่ (Yamane. 1969 : 886) ให้มีความคลาดเคลื่อนได้ 0.05

สูตรการคำนวณ

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

เมื่อ	n	คือขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
	N	คือจำนวนประชากร
	e	คือค่าความคลาดเคลื่อน 0.05

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของการศึกษานี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และระยะเวลาการเจ็บป่วย ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นลักษณะคำถามปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม โดยมีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำตอบของข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับคือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ ลักษณะคำตอบของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม โดยมีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำตอบของข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับคือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วย

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสม
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำรา เอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาแบบสอบถามให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัยและถูกต้องตามหลักเกณฑ์
4. สร้างแบบสอบถามโดยรวมข้อเท็จจริงจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม โดยสร้างแบบสอบถามวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ

5. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้คณะกรรมการที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญตรวจแก้ไขปรับปรุง เพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจน และถูกต้อง

6. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง (Try out) จำนวน 50 คน แล้วนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ

เกณฑ์ในการให้คะแนน

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเพนเดอร์ และดัดแปลงมาจากแบบวัดแบบแผนส่งเสริมสุขภาพในการดำเนินชีวิต 2 (Health Promoting Life Style Profile II : HPLP II) ของเพนเดอร์ (Pender, 1996 : 134) ประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด คำถามแต่ละคำถามเป็นข้อความที่มีความหมายทั้งทางบวกและทางลบโดยมีลักษณะคำตอบดังนี้

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำหรือทุกครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นบางครั้งหรือนาน ๆ ครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ไม่มีพฤติกรรมหรือไม่มี การปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนนพิจารณา ดังนี้

1.1 ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ลักษณะคำตอบ	คะแนน
ปฏิบัติประจำ	2
ปฏิบัติบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติ	0

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

2.1 ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ลักษณะคำตอบ	คะแนน
เห็นด้วยมาก	3
เห็นด้วยน้อย	2
ไม่เห็นด้วย	1

2.2 ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ลักษณะคำตอบ	คะแนน
เห็นด้วยมาก	1
เห็นด้วยน้อย	2
ไม่เห็นด้วย	3

การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	2.50-3.00	หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ในระดับดี
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	1.50-2.49	หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	1.00-1.49	หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ในระดับไม่ดี

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา และการใช้ภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

1.2 นำแบบสอบถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 124) และให้คะแนนดังนี้

คะแนน	+1	เมื่อแน่ใจว่าแบบสอบถามนั้นเป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น
คะแนน	0	เมื่อไม่แน่ใจว่าแบบสอบถามนั้นเป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น
คะแนน	-1	เมื่อแน่ใจว่าแบบสอบถามนั้นไม่เป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

นำคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร

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

ค่าดัชนี IC ที่คำนวณได้ เท่ากับหรือมากกว่า 0.5 ถือว่าเป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และนำไปใช้ได้

เมื่อให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาและการใช้ภาษา ผู้วิจัยได้หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมพร้อมทั้งปรับปรุงข้อความในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว คัดเลือกข้อคำถามไว้ ดังนี้

แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีข้อคำถาม 60 ข้อ คัดเลือกไว้ 56 ข้อ

แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเอง มีข้อคำถาม 49 ข้อ คัดเลือกไว้ 43 ข้อ

แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม มีข้อคำถาม 46 ข้อ คัดเลือกไว้ทั้งหมด

2. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

2.1 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 50 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม และคลินิกนอกเวลา โรงพยาบาลนครปฐม วันที่ 15-17 กุมภาพันธ์ 2545

2.2 นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) แล้วเลือกข้อที่มีค่าตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117-118) ดังนี้ แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีข้อคำถาม 56 ข้อ คัดเลือกไว้ 41 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .22 - .63 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง มีข้อคำถาม 43 ข้อ คัดเลือกไว้ 35 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .25 - .79 แบบสอบถามการรับรู้

ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม มีข้อคำถาม 46 ข้อ คัดเลือกไว้ 37 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 - .80

2.3 นำแบบสอบถามซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร การหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บร็ค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าที่คำนวณได้จากสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบร็ค จะอยู่ระหว่าง 0 - 1 ค่าที่เข้าใกล้ 1 จะมีความเชื่อมั่นสูง แสดงว่าแบบสอบถามสามารถวัดในเนื้อหาเดียวกัน และวัดได้สอดคล้องทุกข้อ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2526 : 119) ได้ผลดังนี้ แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บร็ค เท่ากับ 0.87 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บร็ค เท่ากับ 0.93 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บร็ค เท่ากับ 0.93

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย ดำเนินการดังนี้

1. ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เทคนิคและขั้นตอนในการทำแบบสอบถาม ความเข้าใจ ข้อคำถามและวิธีการจัดบันทึกข้อมูล
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 19 กุมภาพันธ์ ถึง 19 มีนาคม พ.ศ. 2545

วิธีจัดกระทำข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามได้ครบตามจำนวนแล้ว นำมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical package for the social science / Personal computer plus) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ และตรวจให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. แจกข้อมูลออกเป็นกลุ่มตามตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา
3. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ และคิดอัตราร้อยละ

4. หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นรายข้อ , รายด้านและโดยรวม

5. หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นรายด้านและโดยรวม

6. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้ สถิติค่าที (t – test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1

7. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกันโดยใช้ สถิติค่าเอฟ (F – test) แบบวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2 , 3 , 4 , 5 , 6 ,

8. ในกรณีที่ผลการทดสอบระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ว่าคู่ใดบ้างที่แตกต่างกัน โดยใช้การเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple comparisons) โดยใช้วิธีการตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของเซฟเฟ (Sheffe Method) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 2 , 3 , 4 , 5 , 6

9. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐมเพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 7,8

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน มีดังนี้

1.1 ค่าร้อยละ ใช้สูตร (ล้วน และอังคณา สายยศ. 2531 : 59)

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

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงให้เป็นร้อยละ

N แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย ใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 35)

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

\bar{X} แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ใช้สูตร
(ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 35)

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

เมื่อ S แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

$\sum x^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum x)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ มีดังนี้

2.1 การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยใช้สูตร(พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 :17)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะพฤติกรรม

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

2.2 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเป็นรายข้อ โดยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ (Correlation) ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 11)

$$r_{xy} = \frac{N\sum xy - \sum x\sum y}{\sqrt{[N\sum x^2 - (\sum x)^2][N\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน X และ y

$\sum x$ แทน ผลรวมคะแนนชุด X

$\sum y$ แทน ผลรวมคะแนนชุด y

$\sum x^2$ แทน ผลรวมของคะแนน X แต่ละข้อยกกำลังสอง

$\sum y^2$ แทน ผลรวมของคะแนน y แต่ละข้อยกกำลังสอง

$\sum xy$ แทน ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน X และ y

N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.3 การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟา ของ ครอนบร็ค (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 126)

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

เมื่อ α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

n แทน จำนวนข้อ

$\sum s_i^2$ แทน ผลรวมคะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ

$\sum s^2$ แทน คะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระ โดยใช้การทดสอบค่าสถิติที (t – test independent) (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 170)

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

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

$$\frac{n_1}{n_1 - 1} + \frac{n_2}{n_2 - 1}$$

เมื่อ t	แทน	ค่าที่ใช้ในการพิจารณา t - distribution
\bar{x}_1, \bar{x}_2	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2
s_1^2, s_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2
n_1, n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการทดสอบสถิติค่าเอฟ (F – test) เพื่อวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One way analysis of variance) ใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 236)

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

เมื่อ F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
MS_B	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ระหว่างกลุ่ม
MS_w	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ภายในกลุ่ม

และกรณีนี้พบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเซฟเฟ (Sheffe Method) ใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 272)

$$F = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2}{MS_w \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right) (k-1)}$$

เมื่อ $df = k - 1, n_i - k$

\bar{x} แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 1

\bar{x} แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 2

MS_w แทน ความแปรปรวนภายในกลุ่ม

n_1 แทน จำนวนตัวอย่างกลุ่ม 1

n_2 แทน จำนวนตัวอย่างกลุ่ม 2

3.3 ทดสอบหาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) เพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 144-145)

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2] [N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน X และ y

$\sum x$ แทน ผลรวมคะแนนชุด X

$\sum y$ แทน ผลรวมคะแนนชุด y

$\sum x^2$ แทน ผลรวมของคะแนน x แต่ละข้อยกกำลังสอง

$\sum y^2$ แทน ผลรวมของคะแนน y แต่ละข้อยกกำลังสอง

$\sum xy$ แทน ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน X และ y

N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

เพื่อให้เข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ย
t	แทน	ค่าที่ใช้ในการพิจารณาการแจกแจงแบบที (t-distribution)
F	แทน	ค่าที่ใช้ในการพิจารณาการแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
SD	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
SS	แทน	ผลรวมของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลรวมคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of Square)
df	แทน	จำนวนค่าที่เป็นอิสระ (Degree of Freedom)
p	แทน	ค่าความน่าจะเป็น (probability)
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จากข้อมูลที่รวบรวมได้ โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง 316 คน เป็นชาย 139 คน เป็นหญิง 177 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม โดยการแจกแจงความถี่เป็นคำร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 3

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การรับรู้ความสามารถของตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม โดยการแจกแจงความถี่เป็นคำร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และตัดสินใจระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ดังปรากฏตามตาราง 4

ตอนที่ 3 วิเคราะห์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม โดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และตัดสินค่าระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม ดังปรากฏตามตาราง 5

ตอนที่ 4 วิเคราะห์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม โดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และตัดสินค่าระดับพฤติกรรมเป็นพฤติกรรมรายด้าน และโดยรวม ดังปรากฏตามตาราง 6 ถึงตาราง 7

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ตามตัวแปร เพศ โดยการทดสอบค่าที (t-test) ดังปรากฏตามตาราง 8

ตอนที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ตามตัวแปร อายุ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Sheffe Method) ดังปรากฏตามตาราง 9-13

ตอนที่ 7 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ดังปรากฏตามตาราง 14

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	139	44.0
หญิง	177	56.0
รวม	316	100.0
2. อายุ		
ต่ำกว่า 45 ปี	49	15.5
45 – 55 ปี	77	24.4
56 – 65 ปี	65	20.6
สูงกว่า 65 ปีขึ้นไป	125	39.5
รวม	316	100.0
3. รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 4,000 บาท	173	54.7
4,000 – 10,000 บาท	84	26.6
10,001 – 16,000 บาท	26	8.3
มากกว่า 16,000 บาท	33	10.4
รวม	316	100.0
4. สถานภาพสมรส		
โสด	36	11.4
คู่	202	63.9
ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่	78	24.7
รวม	316	100.0

ตาราง 3 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. อาชีพ		
รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ	57	18.0
เกษตรกร	50	15.8
รับจ้าง	34	10.8
ค้าขาย	31	9.8
อื่น ๆ (ไม่มีอาชีพ, แม่บ้าน, เลี้ยงหลาน)	144	54.6
รวม	316	100.0
6. ระยะเวลาเจ็บป่วย		
ต่ำกว่า 1 ปี	46	14.6
1 – 2 ปี	85	26.9
3 – 4 ปี	45	14.2
มากกว่า 4 ปี	140	44.3
รวม	316	100.0

จากตาราง 3 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม มีข้อมูลส่วนบุคคลดังรายละเอียดต่อไปนี้

เพศ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นเพศชาย จำนวน 139 คน ร้อยละ 44.0 และเพศหญิง จำนวน 177 คน ร้อยละ 56.0

อายุ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีอายุอยู่ระหว่าง สูงกว่า 65 ปีมากที่สุด จำนวน 125 คน ร้อยละ 39.5 รองลงมาอยู่ระหว่างอายุ 45 – 55 ปี จำนวน 77 คน ร้อยละ 24.4 อายุระหว่าง 56 – 65 ปี จำนวน 65 คน ร้อยละ 20.6 และต่ำกว่า 45 ปี จำนวนน้อยที่สุด 49 คน ร้อยละ 15.5

รายได้ต่อเดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีรายได้น้อยกว่า 4,000 บาท จำนวนมากที่สุด 173 คน ร้อยละ 54.6 รายได้ 10,001 – 16,000 บาท น้อยที่สุด จำนวน 26 คน ร้อยละ 8.3

สถานภาพสมรส มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 202 คน ร้อยละ 63.9 รองลงมาเป็นสถานภาพสมรส ม่าย หย่า แยกกันอยู่ จำนวน 78 คน ร้อยละ 24.7 สถานภาพสมรสโสดน้อยที่สุด 36 คน ร้อยละ 11.4

อาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบอาชีพอื่น ๆ ได้แก่ ไม่มีอาชีพ เป็นแม่บ้าน เลี้ยงหลาน มากที่สุด 144 คน ร้อยละ 45.6 รองลงมาเป็นข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ 57 คน ร้อยละ 18 กลุ่มอาชีพเกษตรกร 50 คน ร้อยละ 15.8 กลุ่มอาชีพค้าขาย น้อยที่สุด 31 คน ร้อยละ 9.8

ระยะเวลาการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเจ็บป่วยมานานมากกว่า 4 ปี จำนวน 140 คน ร้อยละ 44.3 รองลงมาคือเจ็บป่วยมานาน 1-2 ปี จำนวน 85 คน ร้อยละ 26.9 ระยะเวลาต่ำกว่า 1 ปี น้อยที่สุด 46 คน ร้อยละ 14.6

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การรับรู้ความสามารถของตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม โดยแสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
ระดับดี	191	60.4	2.63	.008
ระดับปานกลาง	125	39.6	2.25	.20
รวม	316	100.0	2.48	.23

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่ากับ 2.48 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .23 และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 60.4 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.6

ตอนที่ 3 วิเคราะห์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม โดยแสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
ระดับดี	257	81.3	2.81	.12
ระดับปานกลาง	57	18.1	2.36	.13
ระดับไม่ดี	2	0.6	1.49	.00
รวม	316	100.0	2.71	.23

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมเท่ากับ 2.71 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .23 และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 81.3 และรองลงมาที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 18.1

ตอนที่ 4 วิเคราะห์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม โดยแสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังปรากฏตามตาราง 6 ถึงตาราง 7

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
ระดับดี	188	59.5	1.56	.15
ระดับปานกลาง	126	39.9	1.12	.13
ระดับไม่ดี	2	0.6	.37	.00
รวม	316	100.0	1.38	.27

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 1.38 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .27 และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 59.5 มีค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรม 1.56 และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.9 มีค่าเฉลี่ย 1.12

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม

ตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน			
ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ	1.43	.31	ดี
ด้านกิจกรรมด้านร่างกาย	1.13	.44	ปานกลาง
ด้านโภชนาการ	1.75	.34	ดี
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	1.32	.37	ปานกลาง
ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	1.56	.43	ดี
ด้านการจัดการกับความเครียด	1.40	.40	ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	1.38	.27	ดี

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านกิจกรรมด้านร่างกาย และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ตามตัวแปร เพศ โดยการทดสอบค่าที (t-test) ดังปรากฏตาม ตาราง 8

ตาราง 8 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำแนกตามเพศ

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	\bar{X}	SD	t	P
เพศ				.223	.637
ชาย	139	1.34	.26		
หญิง	177	1.41	.28		
รวม	316	1.38	.27		

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เพศชายมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 1.34 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .26 เพศหญิงมีค่าเฉลี่ย 1.41 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .28 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

ตอนที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ตามตัวแปร อายุ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Sheffe Method)

ตาราง 9 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำแนกตาม อายุ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ตัวแปร	จำนวน	\bar{X}	SD	ระดับพฤติกรรม
1. อายุ				
ต่ำกว่า 45 ปี	49	1.30	.26	ปานกลาง
45 – 55 ปี	77	1.46	.25	ดี
56 – 65 ปี	65	1.35	.21	ดี
สูงกว่า 65 ปีขึ้นไป	125	1.37	.30	ดี
รวม	316	1.39	.27	ดี
2. รายได้ต่อเดือน				
น้อยกว่า 4,000 บาท	167	1.35	.26	ดี
4,000 – 10,000 บาท	90	1.30	.25	ปานกลาง
10,001 – 16,000 บาท	26	1.39	.27	ดี
มากกว่า 16,000 บาท	33	1.70	.15	ดี
รวม	316	1.38	.27	ดี
3. สถานภาพสมรส				
โสด	36	1.35	.19	ดี
คู่	202	1.39	.29	ดี
ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่	78	1.36	.26	ดี
รวม	316	1.38	.27	ดี

ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	\bar{X}	SD	ระดับพฤติกรรม
4. อาชีพ				
รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ	57	1.54	.27	ดี
เกษตรกรรม	50	1.47	.23	ดี
รับจ้าง	34	1.30	.20	ปานกลาง
ค้าขาย	31	1.21	.31	ปานกลาง
อื่น ๆ	144	1.34	.25	ดี
รวม	316	1.38	.27	ดี
5. ระยะเวลาเจ็บป่วย				
ต่ำกว่า 1 ปี	46	1.34	.34	ดี
1 – 2 ปี	85	1.41	.29	ดี
3 – 4 ปี	29	1.29	.198	ปานกลาง
มากกว่า 4 ปี	156	1.39	.25	ดี
รวม	316	1.38	.27	ดี

จากตาราง 9 แสดงว่า

อายุ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่อยู่ในช่วงอายุ 45 – 55 ปี มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ย 1.46 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .25 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุสูงกว่า 65 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ย 1.37 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .30 ช่วงอายุ ที่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยที่สุด คือช่วงอายุต่ำกว่า 45 ปี มีค่าเฉลี่ย 1.30 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .26

รายได้ต่อเดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีรายได้ในช่วงมากกว่า 16,000 บาท มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ย 1.70 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .15 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ในช่วง 10,001 บาท – 16,000 บาท มีค่าเฉลี่ย 1.39 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .27 และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำสุดคือผู้ป่วยที่มีรายได้ในช่วง 4,000 บาท – 10,000 บาท มีค่าเฉลี่ย 1.30 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .25

สถานภาพสมรส ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ย 1.39 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .29 และกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสโสดมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.35 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .19

อาชีพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีอาชีพทำงานรัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ค่าเฉลี่ย 1.54 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .27 รองลงมาได้แก่

อาชีพเกษตรกรรม ค่าเฉลี่ย 1.47 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .23 และอาชีพค้าขาย มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.21 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .31

ระยะเวลาเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วย 1 – 2 ปี มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 1.41 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .29 รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 4 ปี ค่าเฉลี่ย 1.39 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .25 และผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วย 3 – 4 ปี มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำสุด ค่าเฉลี่ย 1.29 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .198

ตาราง 10 ผลวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำแนกตามตัวแปร อายุ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย

ตัวแปรที่ศึกษา	แหล่งความแปรปรวน	Df	SS	MS	F	P
1. อายุ	ระหว่างกลุ่ม	3	1589.701	529.900	4.407**	.005
	ภายในกลุ่ม	312	37517.296	120.248		
	รวม	315	39106.997			
2. รายได้ต่อเดือน	ระหว่างกลุ่ม	3	6848.849	2282.950	22.081**	.000
	ภายในกลุ่ม	312	32258.147	103.391		
	รวม	315	39106.997			
3. สถานภาพสมรส	ระหว่างกลุ่ม	2	159.108	69.554	.559	.573
	ภายในกลุ่ม	313	38967.889	124.498		
	รวม	315	39106.997			
4. อาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	4	5227.787	1306.947	11.997**	.000
	ภายในกลุ่ม	311	33879.210	108.936		
	รวม	315	39106.997			
5. ระยะเวลาเจ็บป่วย	ระหว่างกลุ่ม	3	595.933	198.644	1.609	.187
	ภายในกลุ่ม	312	38511.064	123.433		
	รวม	315	39106.997			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 10 แสดงว่า

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Sheffe Method) ดังปรากฏตามตาราง 11

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Sheffe Method) ดังปรากฏตามตาราง 12

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกัน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Sheffe Method) ดังปรากฏตามตาราง 13

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกัน

ตาราง 11 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำแนกตามตัวแปรอายุ

ช่วงอายุ	\bar{X}	ต่ำกว่า 45 ปี	45 – 55 ปี	56 – 65 ปี	สูงกว่า 65 ปีขึ้นไป
ต่ำกว่า 45 ปี	1.30	0.00			
45 – 55 ปี	1.46	6.78*	0.00		
56 – 65 ปี	1.35	1.95	4.83	0.00	
สูงกว่า 65 ปีขึ้นไป	1.37	3.13	3.65	1.18	0.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุ 45 – 55 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 45 ปี ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 12 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำแนกตามตัวแปร รายได้ต่อเดือน

รายได้	\bar{X}	น้อยกว่า 4,000 บาท	4,000 – 10,000 บาท	10,001 – 16,000 บาท	มากกว่า 16,000 บาท
น้อยกว่า 4,000 บาท	1.35	0.00			
4,000 – 10,000 บาท	1.30	2.25	0.00		
10,001 – 16,000 บาท	1.39	1.29	3.55	0.00	
มากกว่า 16,000 บาท	1.70	14.18*	16.43*	12.88*	0.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่า 16,000 บาท มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ 4,000 บาท – 10,000 บาท และ 10,001 – 16,000 บาท ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 13 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	\bar{X}	รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ	เกษตรกร	รับจ้าง	ค้าขาย	อื่น ๆ
รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ	1.54	0.00				
เกษตรกร	1.47	2.82	0.00			
รับจ้าง	1.30	9.52*	6.70	0.00		
ค้าขาย	1.21	13.21*	10.39*	3.69	0.00	
อื่น ๆ	1.34	8.24*	5.42*	1.278	4.97	0.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งพบในกลุ่มของผู้ป่วยที่มีอาชีพทำงาน

รัฐวิสาหกิจข้าราชการ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้าง, ค้าขาย และอาชีพอื่น ๆ ส่วนผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพค้าขาย และอาชีพอื่น ๆ ส่วนคู่อื่นไม่พบความแตกต่าง

ตอนที่ 7 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

ตาราง 14 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

ตัวแปร	จำนวน (คน)	r	P-value
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	316	.655**	.000
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม	316	.784**	.000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 15 แสดงว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 และ 8

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ตามตัวแปร อายุ เพศ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับตรวจ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำนวน 1,500 คน (โรงพยาบาลนครปฐม 2542 : 133)

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับตรวจ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำนวน 316 คน เป็น ชาย จำนวน 139 คน หญิง จำนวน 177 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณหากลุ่มตัวอย่างจากสูตรยามานะ (Yamane) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และระยะเวลาการเจ็บป่วย ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นลักษณะคำถามปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม โดยมีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ

ลักษณะคำตอบของข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ มีข้อคำถาม 41 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ ลักษณะคำตอบของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย มีข้อคำถาม 35 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม โดยมีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ ลักษณะคำตอบข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับคือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย มีข้อคำถาม 37 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical package for the social science / Personal computer Plus) ดำเนินการวิเคราะห์ตามขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม โดยการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และตัดสินค่าระดับการรับรู้ นำเสนอในรูปของตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และตัดสินค่าระดับการรับรู้ นำเสนอในรูปของตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และตัดสินระดับพฤติกรรม รายด้าน และโดยรวม นำเสนอ ในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ตามตัวแปร เพศ โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 นำเสนอในรูปของตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ตามตัวแปร อายุ รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) เมื่อผลการทดสอบพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติจึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ เชฟเฟ (Sheffe Method) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2,3,4,5, และ 6 นำเสนอในรูปของตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 7 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 7 และ 8 นำเสนอในรูปของตารางประกอบความเรียง

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56 มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 39.5 รายได้ต่อเดือนพบว่ามีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 4,000 บาท มีเป็นจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 54.7 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 63.9 อาชีพ เป็นแม่บ้าน เลี้ยงหลาน ไม่มีอาชีพ เป็นจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 54.6 ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 4 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.3
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านที่อยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านโภชนาการ รองลงมาคือด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านกิจกรรมด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด
3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับดี
4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับดี
5. การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน
 - 5.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน
 - 5.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาล นครปฐม ที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาล นครปฐม ที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.5 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาล นครปฐม ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

5.6 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาล นครปฐม ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

5.7 การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5.8 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ตามตัวแปร เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ อภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.38$, $S = .27$) หมายถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเป็นการแสดงออกถึงการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดีเพื่อให้ทุเลาจากโรค หรือชะลอความรุนแรงของโรค และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับดี มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับดี จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ดังที่เพนเดอร์ (ดารีณี สุภาพ. 2542 : 120 อ้างอิงมาจาก Pender.1996) อธิบายไว้ว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จ นอกจากนี้บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะมีการรับรู้ต่ออุปสรรคต่ำ จึงมีความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมในระดับดี ตามทฤษฎีของเพนเดอร์ (ดารีณี สุภาพ. 2542 : 120 อ้างอิงมาจาก Pender.1996) บุคคลจะกระทำพฤติกรรมโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำ

พฤติกรรมนั้น การคาดหวังต่อผลประโยชน์จึงเป็นผลทางบวกต่อจิตใจและเป็นแรงเสริมให้บุคคลกระทำพฤติกรรม ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวคนธ์ กุรัตน(2539 : 62) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 3.06$) การศึกษาของ จิตรา จันชนะกิจ (2541 : 79) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรังอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.90$) การศึกษาของ จิราภรณ์ ฉลานุวัฒน์ (2541 : 79) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลัง ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุที่ปวดหลังอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{X} = 3.10$, $SD = .36$) การศึกษาของอัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540 : 70) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานครเหมาะสมที่สุด ($\bar{X} = 318.99$, $SD = 24.29$) การศึกษาของ สุธิดา นิรพิพันธ์ (2543 : 94) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราชมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี และจากการศึกษาคั้งนี้ยังพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบด้านโภชนาการมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด รองลงมาคือด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านกิจกรรมด้านร่างกายตามลำดับ

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกัน แสดงว่าเพศ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทั้งนี้เนื่องจากไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรวรรณ อินคุ่ม (2541 : 72) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการศึกษาพบว่าเพศไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ การศึกษาของจิราภรณ์ ฉลานุวัฒน์ (2541 : 88) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลัง ผลการศึกษาพบว่าเพศไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลังได้ การศึกษาของ สุธีรา เทศวงษ์ (2543 : 103) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกลาง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาใน

แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกลาง ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุมากกว่า 65 ปี อยู่ถึง ร้อยละ 39.5 ดังนั้นไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุต่างก็มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจด้วยกันทั้งนั้น ทำให้เพศหญิงและเพศชายประสบปัญหาต่าง ๆ ในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นเนื่องจากเลนส์ตาเสื่อม ความสามารถในการปรับระยะภาพ (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ. 2528 : 6) ความสามารถในการได้ยินลดลงการเคลื่อนไหวลำบาก รวมทั้งการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่สมรส เพื่อน ญาติพี่น้อง สูญเสียความสำคัญทางสังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องเกษียณอายุ (กมลพรรณ หอมนาน, 2539 : 17) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกันจึงมีการปฏิบัติในการแสวงหาทางในการขจัดความผิดปกติเหล่านั้น เพื่อให้มีชีวิตยืนยาวซึ่งได้แก่ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การมาตรวจตามนัดการสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น ดังนั้นไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบย่อมต้องเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหมือนกัน เป็นผลให้การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพของเพศชายและเพศหญิงคล้ายคลึงกัน จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ ลัสค์ เคอร์และโรนิส (Lusk, Kerr and Ronis. 1995 : 20-24) ศึกษาเรื่องรูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนทำงาน 3 ระดับ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนทำงาน เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศชาย การศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 52 – 55) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ , สุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 91) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ อารีย์ พวงเพชร (2540 : 126 – 129) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (Orem. 1991 : 238 – 241) ที่กล่าวว่าอายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 143) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การศึกษาของ สุจิตา นิรุพินน์ (2543 : 95) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การศึกษาของ สุธีรา เทศวงษ์ (2543 : 103) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกลางที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วนลดา ทองใบ (2540 : 133) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคนงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่าคนงานสตรีที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน การศึกษาของวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 32) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และเช่นเดียวกับ นุชระพี สุทธิกุล (2540 : 195) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร

4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี ($\bar{X} = 1.54$) แตกต่างจากอาชีพ รับจ้าง, ค้าขาย และอาชีพอื่น ๆ (แม่บ้าน, ไม่มีอาชีพ, เลี้ยงหลาน) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอาชีพเกษตรกรรมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.47$) แตกต่างจากอาชีพค้าขาย และอาชีพอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 104) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานหรือไม่ได้ประกอบอาชีพมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดี การศึกษาของยุพิน เจตมงคลวงศ์ (2543 : 68) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มารับบริการในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน แผนกสูติรีเวชกรรมวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ สุธีรา เทศวงษ์ (2543 : 105) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วย

นอกโรงพยาบาลกลาง ที่ประกอบอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าอาชีพค้าขายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำสุดเนื่องจากอาชีพค้าขายเป็นงานที่ต้องทำตลอดเวลาไม่มีวันพักถ้าหยุดก็จะเสียรายได้ไป ทำให้ผู้ป่วยไม่ค่อยมีเวลาว่างหรือพักผ่อนไม่ได้รับฟังข่าวสารเรื่องสุขภาพจึงเป็นผลให้ขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่วนอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจเป็นอาชีพที่ทำงานเลิกงานเป็นเวลาและส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอที่จะหาความสะดวก, อุปกรณ์และเลือกสรรอาหารที่เหมาะสมกับตนเองอีกทั้งมีเวลาในการรวมกลุ่มครอบครัวหรือกลุ่มกิจกรรมอื่นเนื่องจากมีวันหยุดที่ชัดเจน มีแหล่งให้พักผ่อนและออกกำลังกายรวมทั้งโรงพยาบาลยังอำนวยความสะดวกในการตรวจรักษานอกเวลาราชการทั้งเช้าและเย็นผู้ป่วยที่ไม่มีอาการสามารถรักษาและพบแพทย์อื่น ๆ ได้ตลอดเวลา และยังมีศักยภาพในการพูดคุยปรึกษากับแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ เพื่อแสวงหาความรู้เรื่องสุขภาพมากกว่าอาชีพอื่น ๆ อีกด้วย

5. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์(Pender. 1987 : 161 – 162) ที่กล่าวว่าผู้ที่มีรายได้สูงจะเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลให้ตนเองได้รับอาหารเพียงพอตลอดจนเข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งสามารถจัดหาข้าวของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเอง การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 16,000 บาทขึ้นไปมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001 – 16,000 บาท , 4,000 – 10,000 บาท และรายได้น้อยกว่า 4,000 บาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ไฮเจวี และเบอร์นาร์ด (Ahijevyeh and Bernard. 1994 : 86 – 89) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำ พบว่ารายได้เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการศึกษาของวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 52 – 55) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของอัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540 : 60) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การศึกษาของ สุธีรา เทศวังษ์ (2543 : 106) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกลาง ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกลางที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพิน เจตมงคลวงศ์ (2543 :

69) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน ผลการศึกษาพบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีรายได้อ่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน การศึกษาของ ชมพู วิสุทธิเมธีการ (2540 : 111) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่าสตรีวัยกลางคนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีรายได้อ่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

6. ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ ไฮเจวี และเบอร์นาร์ด (Ahijevyeh and Bernard. 1994 : 86 – 89) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงผิวดำ ผลการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงผิวดำ ลัสค์ เคอร์ และโรนิส (Lusk, Kerr and Ronis. 1995 : 22) ศึกษาเรื่องรูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนทำงาน ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสไม่ทำให้คนที่ทำงานในระดับต่าง ๆ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน การศึกษาของสุทธินิจ หุณฑสาร (2439 : 158) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี การศึกษาของ ชมพู วิสุทธิเมธีการ (2540 : 106 – 109) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน การศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล (2540 : 140) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถม สังกัดกรุงเทพมหานคร การศึกษาของ จินตนา พรมลาย (2541 : 163 – 167) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากร เขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากร เขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย การศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 32) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวรินทร์ หันกิตติกุล (2541 : 92) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปางพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การศึกษาของ พิเชฐ เจริญเกษ (2540 : 110) ศึกษาเรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษาจังหวัด นครนายก ผลการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรรถนะความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ครูมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนครนายกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 การ ศึกษาของ สุธีรา เทศวงษ์ (2543 : 105) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มา รับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มี สถานภาพสมรรถนะต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทุกสถานภาพสมรรถนะมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพในระดับดี เนื่องจากลักษณะครอบครัวไทยเป็นครอบครัวที่เอื้ออาทร มีญาติ พี่ น้อง บุตรหลาน เพื่อนฝูง ให้ความดูแลช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างดี ไม่ทอดทิ้งกันดัง นั้นจึงไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

7. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัด นครปฐม ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันมี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี แสดงว่า ไม่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะมีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานเท่าไรก็มีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ ฉลาณรงค์ (2541 : 89) ศึกษา เรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลัง ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ปวดหลัง ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน การศึกษาของ อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540 : 89) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจใน กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานครอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้อง กับการศึกษาของจิรวรรณ อินคุ่ม (2541 : ง) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจ ตีบเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคนี้ในระยะแรกจะ มีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจ และพฤติกรรมตอบสนอง ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว โกรธ ซึมเศร้า ปฏิเสธ และถดถอยไม่ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย เมื่อเวลาผ่านไประยะเวลาหนึ่ง ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับและพยายามปรับตัวต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำ ของบุคลากรทีมสุขภาพในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองและแก้ไขให้ถูกต้อง และการมารับการรักษา อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ดี และเป็นปฏิกิริยาสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง และมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตนให้ถูกต้อง ซึ่งการปรับตัวต่อสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

จะให้เวลานานประมาณ 3-6 เดือนหลังการเจ็บป่วย (ประภา รัตนเมธานนท์ 2532 : 93) ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 4 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ และโดยทั่วไปแล้วบุคคลจะให้ความหมายว่าหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่ง ดังนั้นเมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่ว่าจะเจ็บป่วยเป็นระยะเวลา นานเท่าใดก็ตาม ย่อมต้องการที่จะดูแล และรักษาให้หายจากอาการโรคโดยเร็ว อีกทั้งแนวทาง ในทางปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามแผนการรักษา ก็มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ประกอบกับ อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งจะก่อให้เกิดปัญหาผู้ป่วยในรูปแบบเดียวกัน เช่น เจ็บหน้าอก เหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น นอกจากนี้ความรู้และคำแนะนำที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคลากรทีม สุขภาพจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยคาดการณ์ได้ล่วงหน้า เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นและสามารถ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกันจึงมีการปรับตัว ท่ามกลางความเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกันและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

8. การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r = .655$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสติปเบอร์เจน และเบคเกอร์ (Stuifbergen and Becker. 1994 : 3 – 13) ศึกษาเรื่อง การทำนายวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนพิการ ผลการศึกษาพบว่าคนพิการจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มากกว่าถ้าเขามีการรับรู้ความสามารถของตนเองเฉพาะด้านสูง การศึกษาของวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 33) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .46$) การศึกษาของสุวคนธ์ กุรัตน (2539 : 64) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .24$) การศึกษาของจิตรา จันชนะกิจ (2541 : 91) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .566$) การศึกษาของจิราภรณ์ ฉลนานุวัฒน์ (2541 : 87) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลัง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .494$) การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องตามแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender. 1996 : 62) ที่กล่าว

ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองจะเป็นแรงจูงใจหรือโน้มน้าวให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่น หรือ มั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยตรง (Pender. 1986 : 70) เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถ ของบุคคลที่จะกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura. 1986 : 391) เพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งการรับรู้ ความสามารถของตนเองนี้เป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้เกิดความผาสุกในชีวิต ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดความพยายาม ในการปฏิบัติกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพจนประสบความสำเร็จ ในขณะที่เดียวกันความสำเร็จ ในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพก็มีผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีการรับรู้ความ สามารถของตนเองสูงขึ้นด้วยเช่นกัน โดยถ้าผู้ป่วยรับรู้และมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติ กิจกรรมใด ๆ ได้สำเร็จ และเกิดผลในทางบวกต่อตนเอง ก็จะเป็นแรงเสริมให้พยายามปฏิบัติ กิจกรรมนั้น ๆ อย่างต่อเนื่องจนเกิดความเคยชินและสามารถสอดแทรกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการ ดำเนินชีวิตประจำวันได้

9. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r = .784$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 และสอดคล้องกับการศึกษาของ เคลลี และคณะ (Kelly, et al. 1991 : 311 – 320) ศึกษาเรื่องอิทธิพลความเชื่อทางสุขภาพการสนับสนุนทาง สังคมและความสามารถตนเองในการทำนายแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกือบทุกด้านของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยของ Family Practice Residency Program ชานเมืองคลีฟแลนด์ การศึกษาของ จิตรา จันชนะกิจ (2541 : 91) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .484$) การ ศึกษาของ นุชระพี สุทธิกุล (2540 : ก) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพของ ครูประถมศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender. 1996 : 69) ที่กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมทั้งโดยตรงและโดยอ้อม นั่นคือถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมก็จะเป็นการเสริมแรงให้กระทำพฤติกรรมนั้น และจากการ ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติสูง ย่อมก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านกิจกรรมด้านร่างกาย และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการออกกำลังกาย และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งเป็นการติดต่อระหว่างกลุ่มผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ให้มากขึ้น ซึ่งอาจดำเนินการเป็นกลุ่มสัมพันธ์ หรือกิจกรรมสุขภาพศึกษาในเรื่องการออกกำลังกายโดยเฉพาะการให้สุขภาพศึกษาโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและการฝึกปฏิบัติไปด้วย

2. มีกิจกรรมกลุ่มของผู้ป่วยโดยให้มีการพูดคุยพบปะกันในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เพื่อส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและยังเป็นการถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ และรับรู้ถึงประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้เห็นตัวอย่างผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีและเกิดผลดีกับโรคที่ตนเองเป็นจะเป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยอื่น ๆ ปฏิบัติตาม

3. ควรมีการสอนสุขภาพโดยยึดความสอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วย เช่นกลุ่มอายุ กลุ่มอาชีพ เนื่องจากแต่ละช่วงอายุมีความแตกต่างกันผู้ป่วยที่สูงอายุมาก ความเสื่อมของร่างกายทำให้ต้องให้ความรู้แบบค่อยเป็นค่อยไป กิจกรรมบางอย่างต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบ, เนื้อหา และระยะเวลาให้เหมาะสมกับกลุ่มแต่ละกลุ่ม ในกลุ่มอาชีพก็เช่นเดียวกันผู้ป่วยกลุ่มที่ทำงานเป็นเวลาอาจรีบเข้าพบแพทย์รับยา หรือมาตรวจในเวลาอื่น ๆ ดังนั้น การให้สุขภาพอาจต้องใช้เวลานั้นๆ เนื้อหาเฉพาะเรื่อง หรือในรูปของแผ่นพับคำแนะนำ หรือเป็นการปรึกษาปัญหาเฉพาะรายบุคคลซึ่งมีความจำเป็นอย่างมาก

4. การรณรงค์เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและส่งเสริมสุขภาพควรทำเป็นระยะ ๆ โดยเฉพาะกลุ่มญาติผู้ป่วยเอง กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากเป็นการให้ความรู้ และยังให้บุคคลเหล่านี้ตระหนักในภาวะเสี่ยงของตนเองอีกด้วย อาจใช้วิธีการของการจัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ โทรทัศน์วงจรปิด คู่มือ แผ่นพับ ไปสเตอร์ หรือการลงไปจัดกิจกรรมในชุมชน

5. ควรศึกษาในเชิงปฏิบัติการ เช่น โปรแกรมสุขภาพศึกษา, กระบวนการกลุ่ม หรือการประเมินผลโครงการต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางและทางเลือกในการจัดกิจกรรมให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ป่วยกลุ่มที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีในแต่ละด้าน เช่น กลุ่มที่มีกิจกรรมด้านร่างกายดี เพื่อศึกษาถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ป่วยให้อยู่กับโรคเรื้อรังเช่นโรคหัวใจนี้ว่ามีการปรับเปลี่ยนอย่างไร มีปัจจัยอะไรบ้างที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี มีกระบวนการแสวงหาความรู้อย่างไร
2. ควรศึกษาปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมตามกรอบแนวคิดของเพนเตอร์ในด้านอื่น ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ในงานสุขศึกษาต่อไป และควรศึกษาในตัวแปรแต่ละด้านกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น กลุ่มอายุกับพฤติกรรมรายด้านแต่ละด้าน
3. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่สามารถนำมาทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่ละด้านได้

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ จันทร์แดง. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541. อัดสำเนา.
- กมลพรรณ หอมนาน. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.
- เกษม นครเขตต์. "การส่งเสริมสุขภาพ : สภาวะปัจจุบันของศาสตร์," จดหมายข่าวสมาคมนักประชากร. 12 (3) : 18 - 20 ; กรกฎาคม-กันยายน 2537.
- เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2528.
- คณิตกร เต็งรัง. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการสตรีโสดสังกัดส่วนกลางกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2543. อัดสำเนา.
- ชุมศักดิ์ พุกกาพงค์. "ออกกำลังป้องกันมะเร็งได้," ใกล้หมอ. 19(12) : 38 - 42 ; ธันวาคม 2538.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- ชมพู วิสุทธเมธีกร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540. อัดสำเนา.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และอรชร ณ ระนอง. "ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัวแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ในกรุงเทพมหานคร," รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- จันทนา พงษ์สมบูรณ์. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.
- จิราภรณ์ ฉลาณูวัฒน์. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541. อัดสำเนา.
- จิตรา จันชนะกิจ. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541. อัดสำเนา.
- จินตนา ยูนิพันธ์. "การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยที่ซ้อนกับการวิจัยทางการแพทย์พยาบาล," พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 1(1) : 42-59 ; พฤษภาคม - สิงหาคม 2532.

- จินตนา พรมลาย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากร เขตที่ 3
กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541. อัดสำเนา.
- จิรวรรณ อินคัม. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.
วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.
- จุรีรัตน์ เพชรทอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธร
จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
อัดสำเนา.
- ทิพย์ฉัมพร เกษโกมล. การพัฒนามาตรวัดความเชื่อในสมรรถนะของตนเองในการดูแลตนเอง
ของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540. อัด
สำเนา.
- เทพเวที, พระ(ประยูร) ปยุตโต. พุทธธรรม : กุฎธรรมชาติและคุณค่าสำหรับชีวิต. พิมพ์ครั้งที่
3. กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย, 2532.
- ดาริณี สุภาพ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงาน
ในโรงงานอุตสาหกรรมที่มารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์. วิทยานิพนธ์ พย.ด.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542. อัดสำเนา.
- ตรีนาช โกวิทเจริญตระกูล. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับบริการใน
สำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช. ปริญา
นิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2542. อัดสำเนา.
- นุชระพี สุทธิกุล. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยา
นิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.
- บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง
แรง. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2531.
- ประภา รัตนเมธานนท์. การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ
เนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.
_____. "พฤติกรรมสุขภาพ," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา หน่วยที่ 1 - 7
บรรณาธิการโดย กิตติ วัฒนกุล. หน้าที่ 151-212. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมราช, 2534.
- _____. "การส่งเสริมสุขภาพ : การปรับบทบาทใหม่ของสุขภาพศึกษา," ใน เอกสาร
ประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 . ณ โรงแรมเจริญไฮเต็ล
จังหวัดอุดรธานี, 2538

- ประสิทธิ์ กล้าหาญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541. อัดสำเนา.
- พรรณณี เสถียรโชค และ ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. "โรคหัวใจขาดเลือด," ใน ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. บรรณาธิการโดย สมชาย โลจายะ. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2 หน้า 429-473. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร, 2536.
- พิชิต ภูติจันทร์. เวชศาสตร์การกีฬา. กรุงเทพมหานคร : โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์, 2535.
- พิเชษ เจริญเกษ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษาจังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ , 2538.
- ไพบูลย์ ไส้สุนทร. ระบาดวิทยา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
- ไพโรจน์ พรหมพันใจ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- มานพ ประภาษานนท์. "การออกกำลังกายในโรคหอบหืด," ใกล้หมอ. 19(3) : 77 - 80 ; มีนาคม 2538.
- ยุพิน เจตมงคลวงศ์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มาใช้บริการในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือนแผนกสูตินรีเวชกรรม วชิรพยาบาล. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2543. อัดสำเนา.
- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญการพิมพ์, 2525.
- โรงพยาบาลนครปฐม. รายงานประจำปี 2542. นครปฐม : ม.ป.ท. , 2542.
- วนลดดา ทองใบ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพนักงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- วิชุด คณิงสุขเกษม. "การออกกำลังกายกับสุขภาพหัวใจ," ใกล้หมอ. 19(4) : 95-104 ; เมษายน 2538.

- วิเชียร ทองแดง. "Ischemic Heart Disease (IHD)," ใน เวชปฏิบัติทันยุค. บรรณาธิการโดย สุรพล อิศรไกรศรี และ อนงค์ เพียรกิจกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 554-574. กรุงเทพฯ : ชัยเจริญ, 2537.
- วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2538.
- ศิริมา เขมะเพชร. ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดระดูที่คลินิกวัยทองโรงพยาบาลตำรวจกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541. อัดสำเนา
- ศรินทิพย์ โถนสันเทียะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541. อัดสำเนา.
- ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. "โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วยอายุน้อย," โรคหัวใจ 1(1) : 2-3 ; มกราคม 2530.
- ศุภวรินทร์ หันกิติกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.
- ไสว พรหมมณี. "นโยบายรัฐบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ," ใน การสัมมนาโครงการศึกษาวิจัยครบวงจร. หน้า 13-17 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- สิวลี ศรีวิล. จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. ฉบับแก้ไขเพิ่มเติมครั้งที่ 2. ภาควิชามนุษยศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. "โรคหัวใจขาดเลือด," ใน ตำราอายุรศาสตร์ 2. บรรณาธิการโดยวิชา ศรีดามา. หน้า 214-247. กรุงเทพฯ : ยูนิตี้ พับลิเคชั่น, 2539.
- สุรเกียรติ อชานานภาพ. "วิถีชีวิตใหม่และสุขภาพ," หมอชาวบ้าน. 16(189) : 13-24 ; มกราคม 2538.
- สุวรรณ ธีระวรพันธ์, วิสสุดา สุวิทยาวัฒน์ และ เพ็ญโฉม ฟิงวิชา. สรีรวิทยาระบบไหลเวียนโลหิต. พิมพ์ครั้งที่ 4(ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ : ไทยมิตรการพิมพ์, 2539.
- สุวคนธ์ กุรัตน. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.
- สุทธนิจ หุนทสาร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.
- สุกัญญา ไผทโสภณ. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.

- สุดารัตน์ ขวัญเงิน. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537. อัดสำเนา.
- สุธิดา นีรพิพนธ์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2543. อัดสำเนา.
- สุธีรา เทศวงษ์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกลาง. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2543. อัดสำเนา.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ , 2539.
- สุเอ็ด คชเสนี. โรคหัวใจขาดเลือด. คลินิก. 4(5) : 337-340 ; พฤษภาคม 2531.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- _____ . การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : วี เจ พรินติ้ง, 2537.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2540.
- สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2540.
- _____ . สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2543.
- สำนักงานสถิติจังหวัดนครปฐม. สมุดรายงานสถิติจังหวัดนครปฐม ฉบับ พ.ศ. 2544. นครปฐม : ม.ป.ท. 2544.
- อนามัย,กรม. ข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันและแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับคนไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2532.
- อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : ลิฟวิงทรานส์ มีเดีย, 2540.
- อัจฉริยา พ่วงแก้ว. การศึกษาพฤติกรรมของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล. อัดสำเนา, 2540.

- อารีย์ พ่วงเพชร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540. อัดสำเนา.
- Ahijevtch, K. and Bernard, L. "Health Promoting Behaviors of African American Woman" . Nursing Research. 43 (1) : 86-89 ;January – February, 1994.
- Bandura, Albert. Social Learning theory. New York : W.H. Freeman and company, 1977.
- _____. Social Foundations of Thought and Action : A Social Cognitive Theory. New Jersey: Prentice – Hall, 1986.
- _____. Self – Efficacy : the Exercise of Control. New York : W.H. Freeman and company, 1997.
- Braunwald, Eugene. Heart Disease : A Text of Cardiovascular Medicine. 5th. ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1997.
- Carlson,E.V.B.,Braun,L.T. & Murphy,M.P. "Coronary Artery Disease," in Andreoli's Comprehensive Cardiac. Edited by Kinney,M.R. & Packa,C.R.p.256-275. St.Louise : Mosby Year Book, 1996.
- Gershlick,A.H. "Antiplatelet Therapy Following Stent Deployment," Heart. 78(6) : 21-23 ; June,1997.
- Gossage, C.B. "Acute Myocardial Infarction Reperfusion Strategies," Chest. 106(6) : 1851 – 1866 ; December, 1994.
- Hass,R. "Implantation and Imagine of Coronary Stents," Radiologic Technology. 7(3) : 233-248 ; March, 1996.
- Kelly,R.B. Zyzanski,S.J. & Alemagno,S.A. "Prediction of Motivation and Behavior Change Following Health Pomotion : Rloe of health Beliefs,Social Support and Self – Efficacy," Social Science & Medicine. 32(3) : 311-320 ; March, 1991.
- Lewis,S.M. & Collier,I.C. Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems 3rd.ed. Missouri: Mosby – Year Book, 1992.
- Lincoff, A.M. & Topol, E.J. "Interventional Catheterization Techniques," In Heart Disease : A Textbook of Cardiovascular Medicine. Edited by Braunwald, E. 5th . ed., p. 1366 – 1387. Philladelphia : W.S. Saunders, 1997.

- Lusk , S.L.,Kerr,M.J. and Ronis, D.L. "Health Promoting Lifestyle of Blue Collar Skill Trade and White Collar Worker," Nursing Research. 44(1) : 20-24 ; January - February ,1995.
- Lusk,S.L. and others. "Test of the Health Promotion Model as a Causal Model of Workers Use of Hearing Protection," Nursing Research.43(2) : 151-157 ;March - April, 1994.
- Luckmann, Joan, Sorensen and Karen Creason. Medical-Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach. 3rd.ed. Canada: W.B. Saunders, 1989.
- Murray, R.B., & Zentner, J.P. Nursing Assessment and Health Promotion Strategies Through the Life Span. 5th .ed. stamford, C.T. : Appleton & Lange, 1993.
- Orem. D. E. Nursing : Concepts. 3rd ed. New York : McGraw-Hill book Company, 1991.
- Palang, C.L. "Determinant of Health – Promotive Behavior," Nursing Clinics of North America. 26(12) : 815-832 ; December, 1991.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. New York : Appeton Century Croft, 1987.
- _____. Predicting Health – Promoting Lifestyles in the Workplace. Nursing Research, 39(6) : 326 – 332 ; November – December 1990.
- _____. Health Promotion in Nursing. 3rd . ed. Stamford, Connecticut : Appleton & Lange, 1996.
- Perrins,A. "Antithrombotic Therapy with Intracoronary Stenting," Heart. 78(6) : 21-23 ; 1997.
- Powell, K.E., and others, "Physical Activity and Incident of Coronary Heart Disease," Annual Review of Public Health, 8(3) : 251 – 287 ; May – June, 1987.
- Schant, R. C. & Alexander, R. W. Hurt's The Heart. 8th.ed. New York: Mc Graw Hill, 1994.
- Sherer, M. and other. "The Self – Efficacy Scal : Construction and Validity," Psychological Report. 51(6) : 633 – 671 ; December,1982.
- Sjoland,H. and others. "The Impact of Coronary Artery Bypass Grafting on Various Aspect of Quality of Life," European Journal of Cardio Thoracic Surgery. 12(4) : 612-619 ; July – August,1997.
- Stuifbergen, A.K. and Becker, H. A. "Predictors of health promoting lifestyles in persons with disabilities" . Research in Nursing & Health. 17(1) : 3-13 ; January,1994

- Synder, M.L. & Declstra, M.H. Interventional Cardiology Techniques. In Cardiac Nursing. 3rd. ed. Edited by Woods, S.L. p.506 – 523. Philadelphia : J.B. Lippicott, 1995.
- Thadani,U. & Opie,L.H. "Nitrates," in Drugs for the Heart. Edited by Opie,L.H. p.34-37. Philadelphia : W.B.Saunders, 1995.
- Thelan,L.A. and others. Critical Care Nursing : Diagnosis and Management. 2nd.ed. St.Louise: Mosby Year Book, 1994.
- Twaddle, A.C. Sickness Behavior and the Sick Role. Massachusetts : Schenkman – Publishing, 1981.
- Urden,L.D. , Lough,M.E. & Stacy,K.M. Priorities in Critical Care Nurseing. 2nd.ed. St.Louise: Mosby Year Book, 1995.
- Vitello – Cicciu, J. & Morrissey, A.M. Coronary Artery Disease. In AACN'S Clinical Reference for Critical – Care Nursing. 3rd. ed. Edited by Kinney, M.R. , Packg, D.R. & Donbar, S.B. p.509 – 569. St. Liouse : Mosby, 1993.
- Walker S.N, Sechrist, k.R, & Pender, N.J. "The Health – Promoting Lifestyles Profile : Development and Psychometric Characteristics," Nursing Research. 36(1) : 70 – 81 ; January – February, 1987.
- Weitzel, M.H. "A Test of the Health Promotion Model with Blue Collar Worker," Nursing Research. 38(2) : 99 – 104 ; March – April, 1989. .
- Woods,S.L. and others. Cardiac Nursing. 3rd.ed. Philadelphia: J.B. Lippicott, 1995.
- Yamane. Taro Statistics An Introductory. 2nd.ed. New York: Harper and Row, 1969.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

ที่ ทม 1012/ 1092



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑๑ กุมภาพันธ์ 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสมปอง ใจกล้า นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌมางกูร และ อาจารย์สุปราณี จุลเดชะ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์อุษาวดี อัครวิเศษ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวสมปอง ใจกล้า ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 258-4119



ที่ ทม 1012/ 1๐๙๑

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

11 กุมภาพันธ์ 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 4 ราชบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสมปอง ใจกล้า นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌิมานุกร และ อาจารย์สุปราณี จุลเดชะ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวสมปอง ใจกล้า ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 258-4119

รับที่ 170
 14 ก.พ. 45
 13.35 น.

โดยทางไปรษณีย์
 วันที่ 2006
 วันที่ 12 ก.พ. 2545
 เวลา 10.35

บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

ที่ ทม 1012/ 1091

11 กุมภาพันธ์ 2545

คำสั่งราชบัณฑิตยสถาน
 นิตยสาร ๒๕๔๕
 เลขที่ ๓๔
 วันที่ 12 ก.พ. 2545
 เวลา 10.35

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสมปอง ใจกล้า นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม" โดยมี รองศาสตราจารย์ นภาพร มีธมมางกูร และ อาจารย์สุปราณี จุลเดชะ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์มิตร รุ่งเรืองวานิช อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจ และหลอดเลือด และ นางสาวรัตนา วงศ์พิทักษ์โรจน์ พยาบาลวิชาชีพ 8 เป็นผู้ผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวสมปอง ใจกล้า ซึ่งเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ลายเซ็น)

(รองศาสตราจารย์นภาพร มีธมมางกูร)
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

๒๕๔๕

๒๕๔๕

๒๕๔๕

๒๕๔๕

๒๕๔๕

๒๕๔๕

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
 โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644
 โทรสาร. 258-4119

12 ก.พ. 2545

(ลายเซ็น)

(ลายเซ็น)



บันทึกข้อความ

ฝ่ายธุรการ
เลขที่ 117
วันที่ 19 กรกฎาคม 2545
เวลา 09.00

ราชการ โรงพยาบาลนครปฐม

วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2545

๑ ขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

๒ ผู้ดำเนินการโรงพยาบาลนครปฐม

เพื่อส่งข้อมูล จีเอ็มม นางสาว สัมปอง ใจกล้ำ พยาบาลวิชาชีพ 7 ปฏิบัติงานที่ห้องผู้ป่วยหนัก
บูรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม กำลังศึกษาต่อระดับปริญญาโท วิชาเอกสังคมวิทยา มหาวิทยาลัย
นครินทร์โรดม ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิจัยเมานีพันธ์ เรื่อง " พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม"
ซึ่งกำลังทำเรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูล จากทางมหาวิทยาลัย ในระหว่าง รอดหนึ่งซึ่งนี้ จีเอ็มม ขอ
อนุญาตเก็บข้อมูลผู้ป่วย ที่ OPD. ฉายากรรมไม่ก่อน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุญาต และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(สัมปอง ใจกล้ำ)

พยาบาลวิชาชีพ 7

๓ ผู้ดำเนินการโรงพยาบาลนครปฐม

เพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

ชื่อ อ.อ.อ.

18 ม 45

นางชูจิตต์ ศรีปฐมสวัสดิ์
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

๔ อ.อ.อ.

ขอเก็บข้อมูลดังกล่าว ดังเป็นไปเพื่อ

วิชาสังคมวิทยา มหาวิทยาลัย

- ให้เป็น Protocol มหาวิทยาลัย

บูรกรรม นครปฐม

- ขอทราบเป็นเอกสารประกอบ

เพื่อส่งไปเป็นเอกสารประกอบ

นางสาว สัมปอง ใจกล้ำ

19 กุมภาพันธ์ 2545

ที่ ทม 1012/ 1149



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

14 กุมภาพันธ์ 2545

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสมปอง ใจกล้า นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปฏิญานิพนธ์เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌมางกูร และ อาจารย์สุปราณี จุลเคชะ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปฏิญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำนวน 50 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2545

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสมปอง ใจกล้า ได้เก็บข้อมูลในการทำปฏิญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 258-4119

ภาคผนวก ข

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

แบบสอบถาม

ตารางแสดงค่า IOC และค่าอำนาจจำแนก (r)

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

- | | |
|--|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรสุข หุ่นรินทร์ | ภาควิชาสุศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. อาจารย์ ดร. อุษาวดี อัครวิเศษ | ภาควิชาการพยาบาลตติยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. นายแพทย์ พันัส พฤษสุนันท์ | ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 จังหวัดราชบุรี |
| 4. นายแพทย์ มิตร รุ่งเรืองวานิช | แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหลอดเลือดหัวใจ
แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม |
| 5. นางสาว รัตนา วงศ์พิทักษ์โรจน์ | พยาบาลวิชาชีพ 8 หัวหน้าห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
โรงพยาบาลนครปฐม |

คำชี้แจงและพิกัดสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ดิฉัน นางสาวสมปอง ใจกล้า พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงาน ณ ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาล นครปฐม ขณะนี้กำลังศึกษาในระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิก โรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในครั้งนี้ท่านเป็นบุคคลสำคัญยิ่งในการให้ข้อมูล จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบ แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

ในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ไม่มีคำตอบถูกหรือผิด ท่านสามารถเลือกตอบ ตามการปฏิบัติจริง และตามความคิดเห็นของท่านได้อย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้นอกจากจะเป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์แล้ว ยังเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการเสนอต่อโรงพยาบาลนครปฐมเพื่อปรับปรุงการให้บริการในคลินิกโรคหัวใจ เพื่อประโยชน์สำหรับท่านและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอื่นๆต่อไป ในการตอบแบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูล ที่ได้จากท่านทั้งหมดไว้เป็นความลับ มีการนำเสนอผลการศึกษาในภาพสรุปรวมเท่านั้น

การศึกษาครั้งนี้จะประสบความสำเร็จไม่ได้ถ้าหากไม่ได้ความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่าน จึงขอ กราบขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

นางสาวสมปอง ใจกล้า

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....ยินดีเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ด้วยความสมัครใจ ภายหลังจากอ่านข้อความข้างบนเข้าใจอย่างชัดเจนแล้ว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อคำถามแต่ละข้อและตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับข้อมูลของท่าน หรือเติมคำในช่องว่าง

1. เพศ
 - ชาย
 - หญิง

2. อายุ
 - ต่ำกว่า 45 ปี
 - 45-55 ปี
 - 56-65 ปี
 - สูงกว่า 65 ปี

3. รายได้
 - น้อยกว่า 4,000 บาท
 - 4,000-10,000 บาท
 - 10,001-16,000 บาท
 - มากกว่า 16,000 บาท

4. สถานภาพสมรส
 - โสด
 - คู่
 - ม่าย / หย่า / แยก

5. อาชีพ
 - รัฐวิสาหกิจ / ข้าราชการ
 - เกษตรกรรม
 - รับจ้าง
 - ค้าขาย
 - อื่นๆ (ไม่มีอาชีพ , แม่บ้าน , เลี้ยงหลาน)

6. ระยะเวลาการเจ็บป่วย
 - ต่ำกว่า 1 ปี
 - 1-2 ปี
 - 3-4 ปี
 - มากกว่า 4 ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสอบถามข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของท่าน 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และ การจัดการกับความเครียด ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อทางซ้ายมือแล้วพิจารณาว่าในสถานการณ์แต่ละข้อนั้น ท่านปฏิบัติมากน้อยเพียงใด ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือโดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำหรือทุกครั้ง

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นบางครั้งหรือนานๆ ครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่มีพฤติกรรมหรือไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. ท่านอ่านข่าวสาร ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ			
2. ท่านหลีกเลี่ยงที่จะปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น			
3. ท่านไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ			
4. ท่านตรวจร่างกายประจำปี			
5. ท่านมาตรวจรักษากับแพทย์ตามนัด			
6. ท่านไม่ได้หยุดพักผ่อนเมื่อมีอาการผิดปกติ			
7. ท่านรับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่ง			
8. ท่านออกกำลังกายโดยการเดิน, วิ่งเหยาะ, ขี่จักรยาน, ว่ายน้ำหรือกิจกรรมอื่นที่ทำติดต่อกัน ครั้งละ 20-30 นาที			
9. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง			
10. ท่านออกกำลังกายก่อนหรือหลังรับประทานอาหารไม่น้อยกว่า 30 นาที			
11. ท่านสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย เช่น อาการเจ็บหน้าอก เหนื่อย ใจสั่น			
12. ท่านเริ่มออกกำลังกายเบา ๆ ก่อนแล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น			
13. ท่านค่อย ๆ ลดการออกกำลังกายลงเมื่อท่านจะหยุดออกกำลังกาย			
14. ท่านไม่ทำอะไรเลยขณะอยู่บ้าน			
15. ท่านทำงานเบา ๆ ให้เหงื่อออก			
16. ท่านนั่งดูทีวีเพื่อเป็นการออกกำลังกาย			
17. ท่านรับประทานอาหารอย่างง่ายมีคุณค่าครบ 5 หมู่			
18. ท่านรับประทานผักและผลไม้ที่ให้กากใยอาหาร			
19. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันพืช			
20. ท่านปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวหรือญาติเมื่อมีปัญหาเรื่องโรคของท่าน			
21. ท่านรับฟังข้อแนะนำเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นอยู่จากเพื่อน			
22. ท่านพูดคุยเรื่องการดูแลตนเองกับผู้ป่วยเป็นโรคเดียวกันกับท่าน			
23. ท่านปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับโรคของท่าน			
24. ท่านไม่สบายใจเมื่อต้องเปิดเผยเรื่องโรคหัวใจของท่านต่อผู้อื่น			

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
25. คนในครอบครัวดูแลท่านเมื่อท่านเจ็บป่วย			
26. เมื่อมีเวลาว่างท่านเข้าร่วมกลุ่มกับเพื่อนทำกิจกรรมทางสังคม เช่น รักษาสิ่งแวดล้อม ชมรมผู้สูงอายุ ท่องเที่ยว ✓			
27. ท่านปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้เกิดความสงบสุข			
28. ท่านฝึกจิตใจให้สงบพร้อมเผชิญกับความเปลี่ยนแปลง			
29. ท่านพิจารณาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นอย่างมีสติ			
30. เมื่อเจ็บป่วยท่านดูแลตนเองเป็นอย่างดี			
31. ท่านทำประโยชน์กับผู้อื่นอย่างมีความสุขเสมอ ✓			
32. ท่านบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้			
33. ท่านค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหา			
34. ท่านพิจารณาเหตุการณ์ต่าง ๆ ด้วยใจเป็นกลาง			
35. เมื่อไม่สบายใจท่านพูดคุยกับคนคุ้นเคย			
36. เมื่อไม่สบายใจท่านหางานอดิเรกทำ			
37. ท่านฝึกหายใจเข้าลึก ๆ และออกช้า ๆ เพื่อให้จิตใจสงบ			
38. ท่านมักหมกมุ่นอยู่กับปัญหา			
39. ท่านใช้ประสบการณ์ที่มีเพื่อแก้ปัญหา			
40. เมื่อมีผู้ทำให้โกรธหรือหงุดหงิดท่านพยายามนับหนึ่งถึงสิบ			
41. ท่านนั่งสมาธิเพื่อคลายเครียด			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสอบถาม การรับรู้ถึงความสามารถของท่านว่าท่านคิดว่าท่านสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของท่านโดยสามารถรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ สามารถทำกิจกรรมด้านออกกำลังกาย สามารถเลือกบริโภคอาหารหรือดูแลด้านโภชนาการ สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สามารถพัฒนาจิตวิญญาณ และสามารถจัดการกับความเครียด ได้มากน้อยเพียงใด โดยให้ท่านอ่านข้อความด้านซ้ายมือและพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นตรงกับความเห็นความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใด ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือโดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเห็นของท่านเพียงบางส่วน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเห็นของท่านเลย

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
1. ท่านสามารถเข้าใจข่าวสารที่อ่าน หรือฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์			
2. ท่านสามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เช่น อาการเจ็บหน้าอก ใจสั่นได้			
3. ท่านสามารถบอกอาการผิดปกติของท่านให้แพทย์และพยาบาล รับทราบได้			
4. ท่านสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเจ็บป่วยกระทันหัน ได้			
5. ท่านสามารถไปตรวจสุขภาพประจำปีด้วยตนเอง			
6. ท่านสามารถมาตรวจรักษาที่แพทย์ตามนัดได้			
7. ท่านสามารถดูแลตนเองได้เมื่อมีอาการผิดปกติ			
7. ท่านออกกำลังกายได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย			
8. ท่านสามารถนับชีพจรของตนเองก่อนและหลังออกกำลังกายได้			
9. ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกายได้ เช่น อาการเจ็บหน้าอก			
10. ท่านสามารถทำกิจกรรมเพื่อเป็นการออกกำลังกายได้			
11. ท่านสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เช่น งานบ้าน ดูแลต้นไม้ ได้			
12. ท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ได้			
13. ท่านสามารถปรุงอาหารที่เหมาะสมกับโรคของท่านได้			
14. ท่านไม่สามารถดัดเครื่องดัดที่มีแอลกอฮอล์ได้			
15. ท่านสามารถเลิกดื่มน้ำชา กาแฟได้			
16. ท่านสามารถลดน้ำหนักหรือควบคุมให้น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้			
17. ท่านสามารถปรึกษาปัญหาสุขภาพกับคนใกล้ชิดได้อย่างสบายใจ			
18. ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้เมื่อมีความจำเป็น			
19. ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของคนในครอบครัว			
20. เมื่อเจ็บป่วยท่านต้องดูแลตนเองโดยลำพังเสมอ			
21. ท่านเป็นที่รักของเพื่อนๆ ในวัยเดียวกัน			
22. ท่านสามารถทำตัวให้เป็นที่รักของครอบครัวได้			
23. ท่านคิดว่าตนเอง <u>ไม่</u> เป็นที่สนใจของผู้อื่น			

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
24. ท่านสามารถให้คำแนะนำกับคนใกล้ชิดเรื่องที่ท่านเป็น			
25. ท่านสามารถเป็นตัวอย่างในการดูแลสุขภาพ			
26. สุขภาพของท่านแข็งแรงดีพอที่จะช่วยเหลือคนข้างเคียงได้			
27. ท่านสามารถเป็นผู้หนึ่งที่ประสบความสำเร็จในชีวิต			
28. ท่านสามารถฝึกจิตใจให้สงบพร้อมที่จะเผชิญปัญหาและความเปลี่ยนแปลงในชีวิต			
29. ท่านสามารถปฏิบัติตามศาสนาตามที่ต้องการได้			
30. ท่านสามารถช่วยเหลือบุคคลที่ลำบากกว่าได้			
31. ท่านสามารถคิดหาเหตุผลแก้ปัญหาดัง ๆ ได้			
32. ท่านสามารถจัดการความเครียดโดยการนั่งสมาธิ และสวดมนต์ได้			
33. ท่านไม่สามารถระงับความโกรธได้			
34. ท่านสามารถหางานอดิเรกทำได้เพื่อให้เกิดความสบายใจ			
35. ท่านสามารถพูดคุยระบายปัญหาต่าง ๆ กับคนคุ้นเคยได้			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของท่าน 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการมีความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ มีกิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด โดยให้ท่านอ่านข้อความด้านซ้ายมือและพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใด ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือโดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

- | | | |
|--------------|---------|--|
| เห็นด้วยมาก | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่ |
| เห็นด้วยน้อย | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเห็นของท่านเป็นเพียงบางส่วน |
| ไม่เห็นด้วย | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเห็นของท่านเลย |

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
1. การได้รับข่าวสาร จากวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือที่เกี่ยวกับสุขภาพทำให้ท่านมีความรู้ในการดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น			
2. การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เช่น อาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น ทำให้ท่านได้รับการรักษาได้รวดเร็วขึ้น			
3. การปรึกษาแพทย์และพยาบาลทำให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง			
4. การเล่าอาการเปลี่ยนแปลงในร่างกายให้แพทย์และพยาบาลรับทราบทำให้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง			
5. การตรวจร่างกายประจำปีทำให้ทราบภาวะสุขภาพของท่าน			
6. การมาตรวจรักษากับแพทย์ตามนัดทำให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง			
7. ใ้ยาอมใต้ลิ้นเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกจะช่วยลดอาการเจ็บได้ก่อนมาโรงพยาบาล			
8. การรับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่งทำให้ไม่เกิดอาการแทรกซ้อน หรืออาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น			
9. การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 20-30 นาที จะช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงขึ้น			
10. การเริ่มออกกำลังกายเบาๆก่อนแล้วค่อยๆเพิ่มขึ้นทำให้ร่างกายและหัวใจปรับตัวได้แล้วจึงค่อยๆลดลงจึงจะไม่เกิดอันตรายต่อร่างกาย			
11. การตรวจนับชีพจรก่อนและหลังออกกำลังกาย <u>ไม่มีผล</u> ต่อกายออกกำลังกาย			
12. การทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง			
13. การเดินลีลาศทำให้หัวใจแข็งแรง			
14. การรดน้ำต้นไม้ทำให้หัวใจทำงานหนัก			
15. การรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายมีคุณค่าครบ 5 หมู่ ทำให้ไม่เกิดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อและได้สารอาหารครบด้วย			
16. อาหารที่ทำจากไขมันสัตว์ หรือเนื้อสัตว์ติดมันทำให้เพิ่มไขมันในเส้นเลือด			

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
17. อาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ ทำให้ถ่ายสะดวก ไม่เกิดอาการท้องผูกไม่ต้องออกแรงเบ่งถ่าย			
18. การดื่มยาชูกำลังทำให้เลือดสูบฉีดได้ดีหัวใจทำงานดีขึ้น			
19. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้วทำให้ร่างกายสดชื่น			
20. การรับประทานอาหารรสจัดช่วยขจัดไขมันในเส้นเลือด			
21. การพูดคุยขอคำแนะนำจากเพื่อนหรือผู้ที่เป็นโรคเดียวกัน จะทำให้ท่านได้แนวทางการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น			
22. การให้ความรักความอบอุ่นกับบุคคลในครอบครัวจะช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีแก่ครอบครัวท่าน			
23. การร่วมกิจกรรมในชมรมหรือสังคมต่างๆทำให้ท่านรู้จักคุ้นเคยกับบุคคลต่างๆมากขึ้น			
24. การบอกเล่าอาการผิดปกติให้คนในครอบครัวรับทราบทำให้ได้รู้อาการคืบหน้าของโรคและให้การช่วยเหลือได้ทัน			
25. การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวทำให้มีความเข้าใจกัน เอาใจใส่ ห่วงใยกัน			
26. การฝึกจิตใจให้สงบทำให้ท่านพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่จะเกิดขึ้น			
27. การทำกิจกรรมทางศาสนาทำให้ท่านรู้สึกมีความสุขและสงบมากขึ้น			
28. การตั้งเป้าหมายในชีวิตทำให้ท่านไม่ย่อท้อแม้จะมีอุปสรรค			
29. ท่านตั้งใจดูแลสุขภาพของท่านให้แข็งแรงเพื่อจะได้ทำประโยชน์ให้กับครอบครัวและสังคม			
30. การทำใจยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้ชีวิตมีความสุข			
31. มีธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจทำให้จิตใจสงบขึ้น			
32. การหาสาเหตุของปัญหาและหนทางแก้ไขปัญหาเป็นการลดความเครียด			
33. เมื่อมีความเครียดท่านหายใจเข้าลึกๆและออกช้าๆเพื่อทำจิตใจให้สงบ			

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
34. การแสดงความรักและความห่วงใยต่อกันในครอบครัวทำให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น			
35. เมื่อมีอาการของโรคท่านบอกกับตนเองว่าสามารถรักษาได้			
36. การบอกเล่าอาการเจ็บป่วยกับคนใกล้ชิดทำให้ท่านสบายใจขึ้น			
37. การนั่งสมาธิช่วยลดความเครียดได้และเกิดความสงบ			

ตารางแสดงค่า IOC

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ข้อความ	ค่า IOC	ค่า r	หมายเหตุ
1. ท่านอ่านข่าวสาร ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ	0.8	.22	เลือกไว้
2. ท่านสังเกตอาการผิดปกติในตัวท่าน เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยง่าย	0.8	.14	คัดออก
3. ท่านหลีกเลี่ยงที่จะปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น	1	.29	เลือกไว้
4. ท่านไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ	0.8	.46	เลือกไว้
5. ท่านสอบถามเกี่ยวกับระบบการให้บริการเมื่อเจ็บป่วยกระทันหัน	0.8	.18	คัดออก
6. ท่านตรวจร่างกายประจำปี	0.8	.28	เลือกไว้
7. ท่านมาตรวจรักษากับแพทย์ตามนัด	1	.27	เลือกไว้
8. ท่านไม่ได้หยุดพักก่อนเมื่อมีอาการผิดปกติ	1	.27	เลือกไว้
9. ท่านนอนพักแทนการอมยาใต้ลิ้นเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก	0.8	.15	คัดออก
10. ท่านรับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่ง	1	.24	เลือกไว้
11. ท่านออกกำลังกายโดยการเดิน, วิ่งเหยาะ, ขี่จักรยาน, ว่ายน้ำ หรือกิจกรรมอื่นที่ทำติดต่อกัน ครั้งละ 20-30 นาที	0.8	.43	เลือกไว้
12. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	0.8	.43	เลือกไว้
13. ท่านออกกำลังกายก่อนหรือหลังรับประทานอาหารไม่น้อยกว่า 30 นาที	1	.46	เลือกไว้
14. ท่านหลีกเลี่ยงการนับชีพจรก่อนและหลังออกกำลังกาย	0.8	.05	คัดออก
15. ท่านสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย เช่น อาการเจ็บหน้าอก เหนื่อย ใจสั่น	0.8	.39	เลือกไว้
16. ท่านเริ่มออกกำลังกายเบาๆก่อนแล้วค่อยๆเพิ่มขึ้น	1	.32	เลือกไว้
17. ท่านค่อยๆลดการออกกำลังกายลงเมื่อท่านจะหยุดออกกำลังกาย	1	.40	เลือกไว้
18. ท่านไม่ทำอะไรเลยขณะอยู่บ้าน	0.6	.34	เลือกไว้
19. ท่านทำงานเบาๆให้เหงื่อออก	0.8	.41	เลือกไว้
20. ท่านนั่งดูทีวีเพื่อเป็นการออกกำลังกาย	0.6	.29	เลือกไว้
21. ท่านรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายมีคุณค่าครบ 5 หมู่	1	.56	เลือกไว้
22. ท่านรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง	1	.03	คัดออก
23. ท่านรับประทานอาหารที่มีน้ำมันและเนื้อสัตว์ติดมัน	1	.10	คัดออก

ข้อความ	ค่า IOC	ค่า r	หมายเหตุ
24. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัดหรือเค็มจัด	1	.18	คัดออก
25. ท่านรับประทานผัก และผลไม้ ที่ให้กากใยอาหาร	0.8	.37	เลือกไว้
26. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันพืช	1	.41	เลือกไว้
27. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1	.18	คัดออก
28. ท่านดื่มน้ำชากาแฟแทนอาหารเช้า	0.6	.02	คัดออก
29. ท่านปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวหรือญาติเมื่อมีปัญหาเรื่องโรคของท่าน	1	.35	เลือกไว้
30. ท่านรับฟังจากเพื่อนแนะนำเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นอยู่	0.8	.52	เลือกไว้
31. ท่านพูดคุยเรื่องการดูแลตนเองกับผู้ป่วยโรคเดียวกับท่าน	0.8	.46	เลือกไว้
32. ท่านปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับโรคของท่าน	0.8	.24	เลือกไว้
33. ท่านไม่สบายใจเมื่อต้องเปิดเผยเรื่องโรคหัวใจของท่านต่อผู้อื่น	0.8	.25	เลือกไว้
34. ท่านต้องการกำลังใจจากเพื่อนหรือคนใกล้ชิดเมื่อมีอาการป่วย	1	.05	คัดออก
35. คนในครอบครัวดูแลท่านเมื่อท่านเจ็บป่วย	0.8	.55	เลือกไว้
36. ท่านได้รับความรักและความอบอุ่นจากบุคคลใกล้ชิด	0.8	.56	เลือกไว้
37. เมื่อมีเวลาร่วมกันเข้าร่วมกลุ่มกับเพื่อนทำกิจกรรมทางสังคม เช่น รับประทานอาหารค่ำ ชมรมผู้สูงอายุ ท่องเที่ยว	0.6	.14	คัดออก
38. ท่านปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้เกิดความสงบสุข	0.8	.48	เลือกไว้
39. ท่านฝึกจิตใจให้สงบพร้อมเผชิญกับความเปลี่ยนแปลง	0.8	.50	เลือกไว้
40. ท่านพิจารณาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นอย่างมีสติ	0.6	.51	เลือกไว้
41. เมื่อเจ็บป่วยท่านดูแลตนเองเป็นอย่างดี	0.6	.38	เลือกไว้
42. ท่านพยายามรักษาตนเองเพื่อให้มีชีวิตยืนยาวต่อไป	0.75	.52	เลือกไว้
43. ท่านไม่เคยปรึกษาเพื่อนเพราะเพื่อนไม่สามารถช่วยท่านได้	0.8	.18	คัดออก
44. ท่านทำประโยชน์กับผู้อื่นอย่างมีความสุขเสมอ	0.8	.63	เลือกไว้
45. ท่านยอมรับว่าความเจ็บป่วยเป็นเรื่องของเวรกรรม	0.8	.21	เลือกไว้
46. ท่านบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้	0.8	.44	เลือกไว้
47. ท่านค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหา	1	.54	เลือกไว้
48. ท่านพิจารณาเหตุการณ์ต่างๆด้วยใจเป็นกลาง	0.8	.56	เลือกไว้
49. เมื่อไม่สบายใจท่านพูดคุยกับคนคุ้นเคย	0.8	.40	เลือกไว้
50. เมื่อไม่สบายใจท่านหางานอดิเรกทำ	1	.42	เลือกไว้
51. ท่านฝึกหายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกช้า ๆ เพื่อให้จิตใจสงบ	1	.38	เลือกไว้
52. ท่านทะเลาะกับผู้อื่นด้วยเรื่องเล็กน้อย	0.8	.13	คัดออก
53. ท่านมักหมกมุ่นอยู่กับปัญหา	1	.24	เลือกไว้
54. ท่านใช้ประสบการณ์ที่มีแก้ปัญหา	0.8	.58	เลือกไว้
55. เมื่อมีผู้ทำให้โกรธหรือหงุดหงิดท่านพยายามนับหนึ่งถึงสิบ	0.8	.23	เลือกไว้
56. ท่านนั่งสมาธิเพื่อคลายเครียด	0.8	.47	เลือกไว้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ข้อความ	ค่า IOC	ค่า r	หมายเหตุ
1. ท่านสามารถเข้าใจที่อ่านหรือฟัง ข่าวสาร วิทยุ หรือ ดูโทรทัศน์	0.8	.30	เลือกไว้
2. ท่านสามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เช่น อาการเจ็บหน้าอก ใจสั่นได้	1	.23	เลือกไว้
3. ท่านไม่กล้าปรึกษาอาการและดูแลสุขภาพตนเองกับแพทย์หรือพยาบาล	1	.01	คัดออก
4. ท่านสามารถบอกอาการผิดปกติของท่านให้แพทย์และพยาบาลรับทราบได้	1	.40	เลือกไว้
5. ท่านสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเจ็บป่วยกระทันหันได้	1	.46	เลือกไว้
6. ท่านสามารถไปตรวจสุขภาพประจำปีด้วยตนเอง	0.6	.30	เลือกไว้
7. ท่านสามารถมาตรวจรักษากับแพทย์ตามนัดได้	1	.56	เลือกไว้
8. ท่านสามารถดูแลตนเองได้เมื่อมีอาการผิดปกติ	1	.67	เลือกไว้
9. ท่านออกกำลังกายได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย	0.6	.41	เลือกไว้
10. ท่านไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป	0.8	.16	คัดออก
11. ท่านสามารถนับชีพจรของตนเองก่อนและหลังออกกำลังกายได้	1	.27	เลือกไว้
12. ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกายได้ เช่น อาการเจ็บหน้าอก	1	.41	เลือกไว้
13. ท่านสามารถทำกิจกรรมเพื่อเป็นการออกกำลังกายได้	0.6	.56	เลือกไว้
14. ท่านสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เช่น งานบ้าน ดูแลต้นไม้ได้	0.8	.73	เลือกไว้
15. ท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ได้	0.6	.61	เลือกไว้
16. ท่านสามารถปรุงอาหารที่เหมาะสมกับโรคของท่านได้	0.8	.55	เลือกไว้
17. ท่านไม่สามารถงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้	1	.47	เลือกไว้
18. ท่านสามารถเลิกดื่มหน้าชา กาแฟได้	0.8	.25	เลือกไว้
19. ท่านไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ หรือสิ่งเสพติดได้	1	.10	คัดออก
20. ท่านสามารถรับประทานไขมันสัปดาห์ละ 5 ฟอง โดยไม่เป็นอันตรายต่อโรคหัวใจของท่านได้	0.6	.08	คัดออก
21. ท่านสามารถดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว	1	.12	คัดออก

ข้อความ	ค่า IOC	ค่า r	หมายเหตุ
22. ท่านสามารถลดน้ำหนักหรือควบคุมให้น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติได้	1	.44	เลือกไว้
23. ท่านสามารถปรึกษาปัญหาสุขภาพกับคนใกล้ชิดได้อย่างสบายใจ	1	.69	เลือกไว้
24. ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้เมื่อมีความจำเป็น	1	.79	เลือกไว้
25. ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของคนในครอบครัว	1	.47	เลือกไว้
26. เมื่อเจ็บป่วยท่านต้องดูแลตนเองโดยลำพังเสมอ	0.8	.38	เลือกไว้
27. ท่านเป็นที่รักของเพื่อนๆ ในวัยเดียวกัน	1	.58	เลือกไว้
28. ท่านสามารถทำตัวให้เป็นที่รักของครอบครัวได้	0.8	.79	เลือกไว้
29. ท่านคิดว่าตนเองไม่เป็นที่สนใจของผู้อื่น	0.6	.48	เลือกไว้
30. ท่านสามารถให้คำแนะนำเรื่องโรคที่ท่านเป็นกับคนใกล้ชิดได้	0.6	.57	เลือกไว้
31. ท่านปฏิบัติตนไม่ให้เป็นภาระกับคนใกล้ชิดได้	1	.32	เลือกไว้
32. ท่านสามารถเป็นตัวอย่างแก่คนข้างเคียงในการดูแลสุขภาพ	0.8	.59	เลือกไว้
33. สุขภาพของท่านแข็งแรงดีพอที่จะช่วยเหลือคนข้างเคียงได้	0.6	.52	เลือกไว้
34. ท่านสามารถเป็นผู้หนึ่งที่ประสบความสำเร็จในชีวิต	0.6	.59	เลือกไว้
35. ท่านสามารถฝึกจิตใจให้สงบพร้อมที่จะเผชิญปัญหาและความเปลี่ยนแปลงในชีวิต	0.6	.57	เลือกไว้
36. ท่านสามารถปฏิบัติตามกิจทางศาสนาตามที่ต้องการได้	0.8	.61	เลือกไว้
37. ท่านสามารถช่วยเหลือบุคคลที่ลำบากกว่าได้	0.8	.63	เลือกไว้
38. ท่านสามารถค้นหาเหตุผลแก้ปัญหาต่างๆ ได้	1	.67	เลือกไว้
39. ท่านสามารถจัดความเครียดโดยการทำสมาธิ และสวดมนต์ได้	0.8	.61	เลือกไว้
40. ท่านไม่สามารถระงับความโกรธได้	1	.43	เลือกไว้
41. ท่านสามารถหางานอดิเรกทำได้เพื่อให้เกิดความสบายใจ	1	.46	เลือกไว้
42. ท่านสามารถพูดคุยระบายปัญหาต่างๆ กับคนคุ้นเคยได้	1	.55	เลือกไว้
43. ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียดโดยการไปเที่ยวสถานเริงรมย์ได้	1	.13	คัดออก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ข้อความ	ค่า IOC	ค่า r	หมายเหตุ
1. การได้รับข่าวสาร จากวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือที่เกี่ยวกับสุขภาพ ทำให้ท่านมีความรู้ในการดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น	1		
2. การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เช่น อาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น ทำให้ท่านได้รับการรักษาได้รวดเร็วขึ้น	1	.56	เลือกไว้
3. การปรึกษาแพทย์และพยาบาลทำให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง	0.6	.66	เลือกไว้
4. การเล่าอาการเปลี่ยนแปลงในร่างกายให้แพทย์และพยาบาลรับทราบทำให้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง	0.6	.72	เลือกไว้
5. การรับรู้ระบบบริการของโรงพยาบาลทำให้เข้าใจขั้นตอนในการมารับการรักษา	0.8	.72	เลือกไว้
6. การตรวจร่างกายประจำปีทำให้ทราบภาวะสุขภาพของท่าน	0.6	.53	เลือกไว้
7. การมาตรวจรักษากับแพทย์ตามนัดทำให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	1	.69	เลือกไว้
8. การนอนพักเมื่อมีอาการผิดปกติจะช่วยลดอาการลงได้	1	.11	คัดออก
9. ใช้น้ำอมไตลินเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกจะช่วยลดอาการเจ็บได้ก่อนมาโรงพยาบาล	1	.39	เลือกไว้
10. การรับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่งทำให้ไม่เกิดอาการแทรกซ้อน หรืออาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น	1		
11. การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 20-30 นาที จะช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงขึ้น	0.6	.26	เลือกไว้
12. การเริ่มออกกำลังกายเบาๆก่อนแล้วค่อยๆเพิ่มขึ้นทำให้ร่างกายและหัวใจปรับตัวได้แล้วจึงค่อยๆลดลงจึงจะไม่เกิดอันตรายต่อร่างกาย	1	.46	เลือกไว้
13. การตรวจนับชีพจรก่อนและหลังออกกำลังกายไม่มีผลต่อกายออกกำลังกาย	1	.32	เลือกไว้

ข้อความ	ค่า IOC	ค่า r	หมายเหตุ
14. การทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง	1	.21	เลือกไว้
15. การเดินลีลาทำให้หัวใจแข็งแรง	1	.27	เลือกไว้
16. การรดน้ำต้นไม้ทำให้หัวใจทำงานหนัก	1	.23	เลือกไว้
17. ขณะออกกำลังกายท่านควรสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อากาศเจ็บหน้าอก เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น	1	.17	คัดออก
18. การรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายมีคุณค่าครบ 5 หมู่ ทำให้ไม่เกิดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อและได้สารอาหารครบด้วย	1	.54	เลือกไว้
19. อาหารที่ทำจากไขมันสัตว์ หรือเนื้อสัตว์ติดมันทำให้เพิ่มไขมันในเส้นเลือด	1	.42	เลือกไว้
20. อาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ ทำให้ถ่ายสะดวก ไม่เกิดอาการท้องผูกไม่ต้องออกแรงเบ่งถ่าย	1	.57	เลือกไว้
21. เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ช่วยทำให้เลือดสูบฉีดได้ดีขึ้นหัวใจทำงานดีขึ้น	1	.15	คัดออก
22. การดื่มกาแฟตอนเช้าทำให้สมองตื่นตัว รู้สึกสดชื่น หัวใจทำงานได้ดีขึ้น	1	.06	คัดออก
23. การดื่มนมเป็นอาหารเช้าช่วยควบคุมน้ำหนักได้	1	.08	คัดออก
24. การรับประทานอาหารเสริมทำให้หัวใจแข็งแรงขึ้น	0.8	.11	คัดออก
25. การดื่มชาชูกำลังทำให้เลือดสูบฉีดได้ดีหัวใจทำงานดีขึ้น	0.8	.33	เลือกไว้
26. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้วทำให้ร่างกายสดชื่น	0.8	.29	เลือกไว้
27. การรับประทานอาหารรสจัดช่วยขจัดไขมันในเส้นเลือด	1	.21	เลือกไว้
28. การพูดคุยขอคำแนะนำจากเพื่อนหรือผู้ที่เป็นโรคเดียวกัน จะทำให้ท่านได้แนวทางการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น	1	.57	เลือกไว้
29. การให้ความรักความอบอุ่นกับบุคคลในครอบครัวจะช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีแก่ครอบครัวท่าน	1	.33	เลือกไว้
30. การร่วมกิจกรรมในชมรมหรือสังคมต่างๆทำให้ท่านรู้จักคุ้นเคยกับบุคคลต่างๆมากขึ้น	1	.36	เลือกไว้
31. การบอกเล่าอาการผิดปกติให้คนในครอบครัวรับทราบทำให้ได้รู้อาการคืบหน้าของโรคและให้การช่วยเหลือได้ทัน	1	.49	เลือกไว้

ข้อความ	ค่า IOC	ค่า r	หมายเหตุ
32. การอยู่คนเดียวทำให้ท่านสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงได้	1	.13	ตัดออก
33. การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวทำให้มีความเข้าใจกัน เอาใจใส่ ห่วงใยกัน	1	.74	เลือกไว้
34. การฝึกจิตใจให้สงบทำให้ท่านพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่จะเกิดขึ้น	0.6	.55	เลือกไว้
35. การทำกิจกรรมทางศาสนาทำให้ท่านรู้สึกมีความสุขและสงบมากขึ้น	0.6	.72	เลือกไว้
36. การตั้งเป้าหมายในชีวิตทำให้ท่านไม่ย่อท้อแม้จะมีอุปสรรค	0.6	.80	เลือกไว้
37. ท่านตั้งใจดูแลสุขภาพของท่านให้แข็งแรงเพื่อจะได้ทำประโยชน์ให้กับครอบครัวและสังคม	0.6	.80	เลือกไว้
38. การทำใจยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้ชีวิตมีความสุข	0.6	.80	เลือกไว้
39. มีธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจทำให้จิตใจสงบขึ้น	0.6	.65	เลือกไว้
40. การได้รศันามันต์จะช่วยให้หายจากโรคที่เป็นอยู่	0.8	.10	ตัดออก
41. การหาสาเหตุของปัญหาและหนทางแก้ไขปัญหาเป็นการลดความเครียด	0.8	.61	เลือกไว้
42. เมื่อมีความเครียดท่านหายใจเข้าลึกๆและออกช้าๆเพื่อทำจิตใจให้สงบ	0.6	.61	เลือกไว้
43. การแสดงความรักและความห่วงใยต่อกันในครอบครัวทำให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น	1	.40	เลือกไว้
44. เมื่อมีอาการของโรคท่านบอกกับตนเองว่าสามารถรักษาได้	1	.44	เลือกไว้
45. การบอกเล่าอาการกับคนใกล้ชิดทำให้ท่านสบายใจขึ้น	1	.48	เลือกไว้
46. การนั่งสมาธิทำให้ลดความเครียดได้และเกิดความสงบ	1	.63	เลือกไว้

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวสมปอง ใจกล้า
วัน เดือน ปีเกิด	13 กรกฎาคม 2509
สถานที่เกิด	จังหวัดนครปฐม
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2522	ประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนวัดสุขวัฒนาราม อ. บางเลน จ.นครปฐม
พ.ศ. 2525	มัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนภัทรญาณวิทยา อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม
พ.ศ. 2528	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนพระปฐมวิทยาลัย อ. เมือง จ. นครปฐม
พ.ศ. 2532	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาล พุทธชินราช พิษณุโลก
พ.ศ. 2545	กศ.ม. (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	3/1 ม. 6 ต. บางระกำ อ. บางเลน จ.นครปฐม 73130
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 7 ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ
โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ
ของ
สมปอง ใจกล้า

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
พฤษภาคม 2545

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา และ เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ตามตัวแปร อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 316 ราย เป็นชาย 139 ราย และเป็นหญิง 177 ราย ได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวหรือทดสอบค่าเอฟ และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอสเอส (SPSS: Statistical Package for the Social Science)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ที่มี อายุ รายได้ อาชีพ ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ที่มี เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วยต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

HEALTH PROMOTION BEHAVIOR OF CORONARY HEART DISEASE PATIENTS AT
HEART DISEASE CLINIC NAKORNPATTHOM HOSPITAL IN CHANG WAT
NAKORNPATTHOM

AN ABSTRACT
BY
SOMPONG JAIGLA

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
May 2002

The objectives of this study were to study and compare health promotion behavior of coronary heart disease patients at heart disease clinic Nakornpathom Hospital in Changwat Nakorn Pathom with variables age, sex, income per month, marital status, occupation, length of illness, perceived self-efficacy and perceived benefits of action and study correlation between perceived self-efficacy and perceived benefits of action with health promotion behavior of coronary heart disease patients.

The samples in this study were 316 of coronary heart disease patients 139 males and 177 females at heart disease clinic Nakornpathom Hospital were selected by purposive sampling. The questionnaires were used to collect the data. Analyze the data by Statistical Package for the Social Science (SPSS). The percentage, arithmetic mean, standard deviation, t-test, one way analysis of variance or F-test and Pearson product moment correlation.

The results of this study were as follows.

1. The coronary heart disease patients at heart disease clinic Nakornpathom Hospital in Changwat Nakorn Pathom had health promotion behavior at good level.

2. The coronary heart disease patients with different age, income per month, occupation, perceived self-efficacy and perceived benefits of action showed statistical difference in health promotion behavior at .05 level of significance. There were no statistical difference in health promotion behavior of coronary heart disease patients with variables sex, marital status, length of illness.

3. Perceived self-efficacy, and perceived benefits of action have a significant positive correlation with health promotion behavior of coronary heart disease patients at .01 level of significance.