



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

.....
สุขศึกษา

สาขา

.....
พลศึกษา

ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Factors Relating to the Behaviors of caregiver in Coronary Artery Disease Patient
Care of Cardiovascular and Thoracic Clinic, Out Patient Department of Surgery,
Phramongkutklao Hospital

นามผู้วิจัย นางสาวหทัยชนก สุจิต

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(.....
รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีระเวชเจริญชัย, วท.ม.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(.....
อาจารย์รพีพร เทียมจันทร์, วท.ด.)

หัวหน้าภาควิชา

(.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ มาลีหอม, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

.....
(.....
รองศาสตราจารย์กัญญา ชีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

สืบสินธุ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Factors Relating to the Behaviors of caregiver in Coronary Artery Disease Patient Care of
Cardiovascular and Thoracic Clinic, Out Patient Department of Surgery,
Phramongkutklao Hospital

โดย

นางสาวหทัยชนก สุจิต

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2553

หทัยชนก สุจิต 2553: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ปรินญาวิทยาสาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, วท.ม. 159 หน้า

การวิจัยเชิงพรรณนาเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบคลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 104 คน เลือกโดยวิธีเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ สถิติ Contingency Coefficient ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อยู่ในระดับสูง
2. ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
3. ปัจจัยภายในตัวบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
4. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
5. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มี 2 ตัวแปร คือ แรงสนับสนุนทางสังคม และ อายุ โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้ร้อยละ 32.7 ตัวแปรที่ทำนายดีที่สุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายได้ร้อยละ 28.7

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

Hathaichanok Sukito 2010: Factors Relating to the Behaviors of caregiver in Coronary Artery Disease Patient Care of Cardiovascular and Thoracic Clinic, Out Patient Department of Surgery, Phramongkutklao Hospital. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Supat Teravecharoenchai, M.Sc. 159 pages.

The purpose of this descriptive research was to study Factors Relating to the Behaviors of caregiver in Coronary Artery Disease Patient Care of Cardiovascular and Thoracic Clinic, Out Patient Department of Surgery, Phramongkutklao Hospital. Samples were consisted of 104 purposively chosen registered caregiver in Coronary Artery. Data were collected by the questionnaires constructed by the researcher. Data were analyzed by computer program for percentage, mean, standard deviation, Chi-square, Contingency Coefficient, Spearman's rank order correlation and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The research results were as follows:

1. The behaviors of caregiver in Coronary Artery Disease Patient Care of Cardiovascular and Thoracic Clinic, Out Patient Department of Surgery, Phramongkutklao Hospital were at a high level.
2. The biosocial factors namely ; Age was positively significant correlated with the Behaviors of caregiver in Coronary Artery Disease.
3. The internal factor was positively significant correlated with the behaviors of caregiver, including knowledge about coronary artery disease, attitude toward behavior in taking care coronary artery disease, perception about the severity of disease , perception about the risk of severe complication, and perception of advantages and disadvantages in taking care coronary artery disease.
4. External personal factor such as social support was significantly and positively associated with the behaviors of caregiver in Coronary Artery Disease Patient Care.
5. There were 2 factors that could predict Behaviors of caregiver in Coronary Artery Disease Patient Care accounting for 32.7 percent: social support and age. The best predictor was social support which was 28.7 percent.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.รพีพร เทียมจันทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบแบบสอบถามที่ใช้ ในการวิจัย ทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาสละเวลาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมทั้ง ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง ให้งานวิจัยมีความถูกต้อง สมบูรณ์ และมีคุณค่าทางวิชาการ ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ห้องตรวจคัดลอกกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บแบบสอบถาม ญาติและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทุกท่านที่ให้โอกาส และเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ตลอดจนบุคคลอื่นๆ ที่มีได้กล่าวนาม ที่มีส่วนช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ น้องชาย ผู้ซึ่งมีส่วนในการให้กำลังใจ ความรักและความห่วงใย รวมทั้งคุณอาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา สถาบันการศึกษาทุกแห่งตั้งแต่นั้นจนถึงปัจจุบัน ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือ ตลอดมา ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

หทัยชนก สุจิตโต

กุมภาพันธ์ 2553

สารบัญ

หน้า

สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(5)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
การตรวจเอกสาร	12
อุปกรณ์และวิธีการ	65
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	78
ผลการวิจัย	78
ข้อวิจารณ์	113
สรุปและข้อเสนอแนะ	124
สรุป	124
ข้อเสนอแนะ	129
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	132
ภาคผนวก	140
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ	141
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	143
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	159

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การจำแนกความรุนแรงของโรคหัวใจตามความสาารถในการทำกิจกรรม และอาการแสดงของโรคหัวใจ	22
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม	80
3	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด หัวใจตีบ จำแนกเป็นรายข้อ	84
4	จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	86
5	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำแนกเป็นรายข้อ	86
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	88
7	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ การรับรู้ความรุนแรงของโรค หลอดเลือดหัวใจ, การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ของโรคหลอดเลือดหัวใจ, การรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึงอุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำแนกเป็นรายข้อ	89
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรง ของโรคหลอดเลือดหัวใจ, การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ, การรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึง อุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	92
9	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ แรงสนับสนุนทางสังคมของ ผู้ดูแลผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำแนกเป็นรายข้อ	92
10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับแรงสนับสนุน ทางสังคมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	94

สารบัญตาราง (ต่อ)

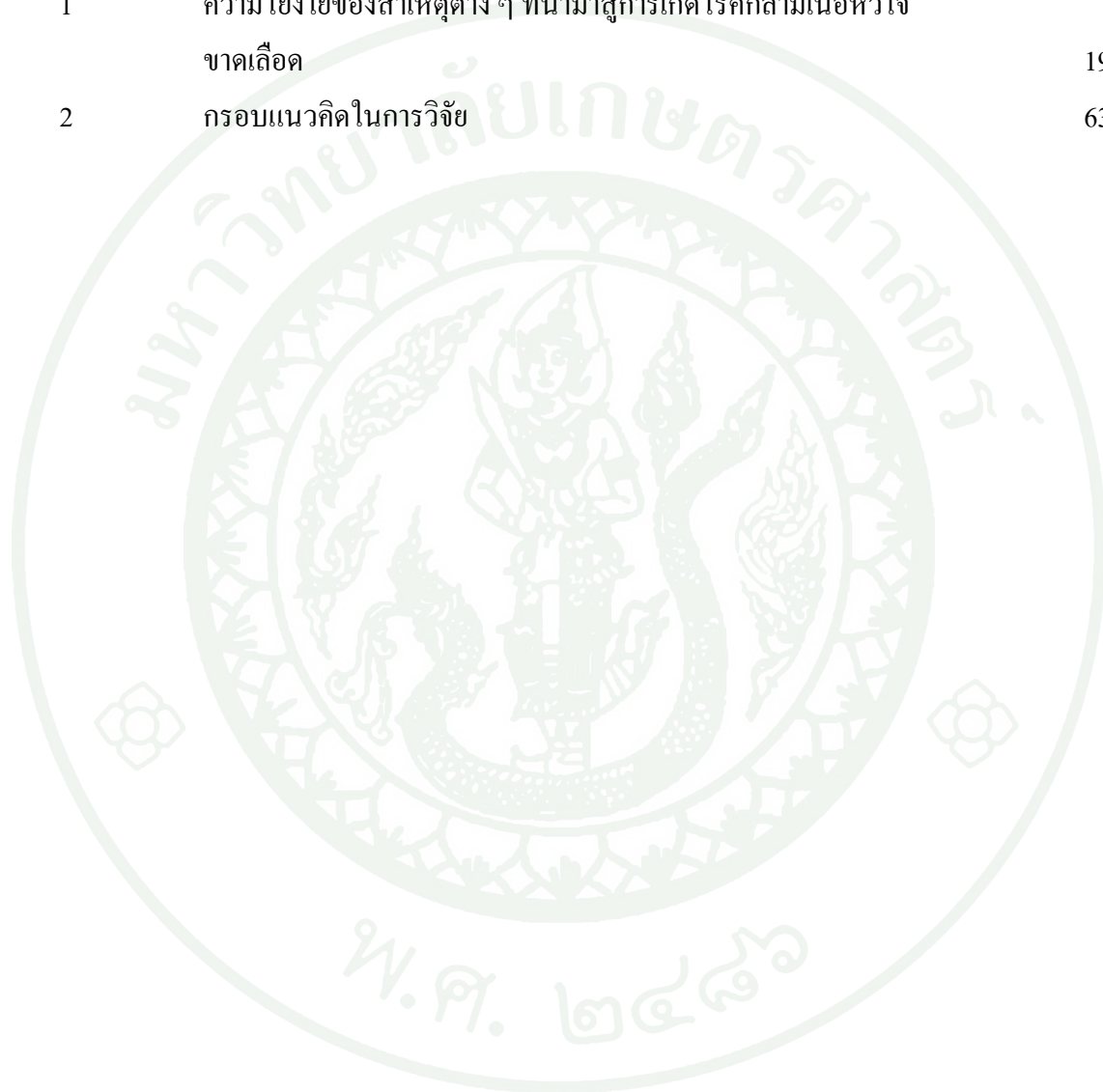
ตารางที่		หน้า
11	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบคลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอกแผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำแนกเป็นรายข้อ	95
12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	99
13	ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	100
14	ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	101
15	ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพการสมรส กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	102
16	ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	103
17	ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	104
18	ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	105
19	ความสัมพันธ์ระหว่าง การศึกษา กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	106
20	ความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	107
21	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	109

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
22	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกตัวบุคคลกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	110
23	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แสดงตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	111
24	รูปแบบสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	111

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ความโยงใยของสาเหตุต่าง ๆ ที่นำมาสู่การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	19
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	63



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
 คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก
 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

**Factors Relating to the Behaviors of caregiver in Coronary Artery Disease
 Patient Care of Cardiovascular and Thoracic Clinic, Out Patient
 Department of Surgery, Phramongkutklao Hospital**

คำนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Artery Disease, Coronary Heart Disease or Artherosclerotic Heart Disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญและทวีความรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นในเกือบทุกประเทศทั่วโลก (Thom *et al.*, 2001) จากรายงานสถานการณ์ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดและหัวใจทั่วโลก พบว่าประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในปี 2533 จำนวน 14 ล้านคน และในอีก 30 ปีข้างหน้าสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นนี้มีแนวโน้มที่จะเพิ่มความรุนแรงสูงขึ้นเป็นลำดับ โดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 25 ล้านคน ในปี 2563 (WHO, 1996) และในประเทศไทย พบว่า ปัจจุบันโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 3 ของโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 28.4 ต่อประชากรแสนคนต่อปี (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) และมีแนวโน้มที่อัตราการเกิดโรค และอัตราการเสียชีวิตของประชาชนจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติสาธารณสุขปีพ.ศ.2540 – 2549 พบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นอัตรา 3.2, 3.6, 7.9, 10.1, 12.4, 14.4, 19.1, 17.7, 18.69 และ 19.4 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2549) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดหัวใจจัดว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในอันดับต้น ๆ ของประเทศ ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาเพื่อลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเกิดจากการตีบแคบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ จากการมีคราบไขมันสะสมที่ผนังเยื่อหุ้มด้านในของหลอดเลือดแดงทำให้หลอดเลือดแข็งและตีบแคบลงส่งผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ

ความต้องการ (Davies, 2001) ส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ผลที่ตามมาคือ หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้เพียงพอ และอาจทำให้ถึงแก่ชีวิต ซึ่งแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหัวใจเพิ่มมากขึ้น และโรคหัวใจที่เกิดขึ้นเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตเพิ่มมากขึ้น ทุกปีเช่นกัน ปัจจุบันประเทศไทยได้พัฒนาเป็นประเทศอุตสาหกรรมได้รับเทคโนโลยีใหม่ ๆ และวัฒนธรรมจากประเทศทางตะวันตกเป็นอย่างมากจึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะในเมืองใหญ่ ๆ เช่น กรุงเทพฯ ตั้งแต่การก่อสร้างตึก อาคารต่าง ๆ มากมาย มีการดำเนินชีวิตอย่างเร่งรีบ มีการแข่งขันกันตลอดเวลา มีประชากรมากและอยู่กันอย่างแออัด การจราจรติดขัด สภาวะที่เต็มไปด้วยมลพิษ จากสภาวะการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ประชาชนเกิด ความกดดัน ความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ จึงทำให้ขาดการละเลยในการปฏิบัติตัว และมีพฤติกรรมที่ไม่ดี เช่น การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาด การพักผ่อน เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งหลายที่เกิดขึ้นล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจทั้งสิ้น จากการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจสืบจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอย่างทุกข์ทรมานจากอาการ ของโรค ได้แก่ เหนื่อยหอบ (Dyspnea) เจ็บแน่นหน้าอก (Chest pain) การเต้นของชีพจรผิดปกติหวั่นไหว (Palpitation) บวม (Edema) อ่อนเพลีย (Fatigue) ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ตามปกติ ทั้งกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติบทบาทครอบครัว การงานและด้านอื่น ๆ ผลจากสมรรถภาพ ของหัวใจที่ลดลงนี้ก่อให้เกิดความกลัวแก่ผู้ป่วย กลัวเสียชีวิต กลัวมีผลกระทบต่อครอบครัวทั้งคู่ สมรสและบุตร แล้วเป็นภาระแก่ผู้อื่น กลัวในเรื่องค่าใช้จ่าย ค่ารักษาพยาบาล ซึ่งใช้เวลาในการรักษา ตลอดชีวิต กลัวการสูญเสียแล้วแต่เป็นการเพิ่มความเครียดให้แก่ผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีการปรับตัวของตนเองอย่างมากในทุก ๆ ด้าน เพื่อที่จะสามารถเนิ่นชีวิตต่อไปอย่างปกติสุข

โรคหลอดเลือดหัวใจนอกจากจะเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและตายที่สำคัญ ยังมี ความสำคัญในแง่ของผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศชาติด้วย เนื่องจาก โรคดังกล่าวเป็นโรคที่ต้องการการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ต้องใช้บุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะด้าน ตลอดจนต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ต่าง ๆ ซึ่งทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลสูง (กุลธิดา, 2536) ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกรุงเทพมหานคร นิยมมารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐมากขึ้น เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ มีความพร้อม ในด้านต่าง ๆ มีบุคลากร เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยสามารถตรวจรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนใหญ่จะพบว่าผู้ป่วยที่จะมารับการรักษาก็ต่อเมื่อภาวะของโรคลุกลามที่รุนแรง เช่น ภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจวาย การที่จะป้องกันไม่ให้ภาวะของโรคลุกลามมากขึ้นนั้น ต้องอาศัยการดูแล และการปฏิบัติตัวเป็นสำคัญเพราะโรคนี้เกิดจากพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต

ที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นควรมีการกำหนดการป้องกันอันเป็นหนทางที่ดีกว่าการรักษาในปัจจุบัน แนวคิดใหม่เกี่ยวกับสุขภาพมองว่าสุขภาพไม่ใช่เป็นเรื่องของการเจ็บป่วยและความพิการทางร่างกายที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้นหากแต่เป็นเรื่องของสภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของคนทุกคนและสังคมทุกภาคส่วน เนื่องจากสุขภาพของคนเราไม่เพียงแต่ขึ้นกับเทคโนโลยีและการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้นหากแต่ยังมีปัจจัยทางด้านมนุษย์ และสิ่งแวดล้อมอันหลากหลายอีกด้วย (สุรเกียรติ, 2551) โดยเฉพาะการสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพให้เป็นไปในแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อสร้างไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนอันจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีการเลือกใช้บริการทางการแพทย์เท่าที่จำเป็นอย่างเหมาะสมเป็นการสนับสนุนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของแต่อย่างใดก็ตามในผู้ป่วยที่เป็นโรคและการชะลออาการของโรคที่เป็นไม่ให้เป็นหรือรุนแรงมากขึ้นจะต้องมีการดูแลสุขภาพที่ดี นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) ได้เน้นเรื่อง สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี มีรากฐานที่แข็งแรงจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชนมีการบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปรับผิดชอบดูแลตนเองมากขึ้น นั้นหมายถึงทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับการแนะนำและฝึกให้มีความรู้ที่ดีที่จะดูแลตนเองทั้งทางด้านการส่งเสริมการป้องกันและการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ถ้าการดูแลตนเองไม่ได้รับการคงไว้ การเจ็บป่วยการเป็นโรค หรือการตายจะเกิดขึ้น ซึ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการประกอบอาชีพ เนื่องจากความสามารถในการทำงานของหัวใจลดลง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ผู้ดูแลนับว่าเป็นกำลังสำคัญและมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าในสังคม ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อสุขภาพผู้ป่วย

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นศูนย์การแพทย์ทหารสังกัดกระทรวงกลาโหมที่มีภารกิจหลักในการให้บริการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพอนามัยแก่ทหารครอบครัวตลอดจนประชาชนทั่วไปที่ได้รับการรับรองให้เป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน(HA: HOSPITAL ACCREDITATION) ในเดือนมีนาคม 2546 มีผู้มารับบริการอย่างหลากหลายทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อยุบรวมถึงโรคหลอดเลือดหัวใจจากสถิติผู้ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยศัลยกรรมนอกหน่วยหัวใจและทรวงอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (กรมแพทย์ทหารบก, 2548) พบว่ามีผู้รับบริการที่มีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นจาก ผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2542-2548 จำนวน 17,186 18,253 16,784 17,074 16,596 15,543

และ 16,505 คน เรียงตามลำดับ แม้จะได้รับการรักษาแล้ว ยังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก ถ้าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา เป็นต้น ดังนั้นต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวและญาติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการในระดับตติยภูมิจึงให้ความสำคัญของการที่ครอบครัวและญาติจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาคนั้นจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพ และที่สำคัญ คือ การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการกลับไปอยู่กับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข จึงเป็นจุดมุ่งหมายที่สำคัญของบุคลากรในทีมสุขภาพทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสในการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตและได้รับความช่วยเหลือในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

จากเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการสร้างเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้องของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
พระมงกุฎเกล้า

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบคลินิกทางระบบ
หลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับ
การศึกษา รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย กับพฤติกรรมของ
ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก
แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ,
ทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, การรับรู้ความรุนแรงของโรค
หลอดเลือดหัวใจตีบ, การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือด
หัวใจตีบ, การรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึงอุปสรรคของผู้ดูแลกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการ
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรม
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
4. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรม
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

5. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประโยชน์ที่จะได้รับ

ในการวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ที่สำคัญ ดังนี้

1. ผลการวิจัย ทำให้ทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก รพ.พระมงกุฎเกล้า
2. ผลการวิจัยนี้จะนำไปเป็นข้อมูลในการดำเนินงานสุศึกษา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก รพ.พระมงกุฎเกล้า สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม อันจะเป็นการลดอัตราค่าถึงของเจ้าหน้าที่ และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจลงได้อย่างมาก
3. ผลการวิจัยนี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทาง ในการดำเนินงานสุศึกษา เพื่อพัฒนาส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ได้
4. ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนต่อไป
5. ผลจากการวิจัยจะใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม หรือเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจในการศึกษาวิจัยต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเฉพาะในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าคลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. การศึกษาครั้งนี้จะเป็นการศึกษาเฉพาะเรื่องพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล

- 1.1 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
- 1.2 ทักษะการดูแลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
- 1.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
- 1.4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
- 1.5 การรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตามกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

2.1 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว

2.2 การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ

2.3 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในด้าน

1. การรับประทานยา
2. การรับประทานอาหาร
3. การออกกำลังกาย
4. การจัดการความเครียด
5. การสังเกตอาการผิดปกติ
6. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงสูง
7. การมาตรวจรักษาตามแพทย์นัด

ตัวแปรอธิบาย

ปัจจัยด้านชีวสังคมของผู้ดูแล ประกอบด้วย

1. เพศ
2. อายุ
3. ระดับการศึกษา
4. สถานภาพ
5. อาชีพ
6. รายได้ต่อเดือน
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
8. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบคนอื่นๆ

นิยามศัพท์

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดคำนิยามที่เกี่ยวข้องไว้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ การป้องกัน การควบคุมโรค ปัจจัยที่ทำให้โรคมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิต รวมถึงการปฏิบัติในเกิดความรู้และความเข้าใจของญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การพัฒนาให้เกิดความรู้และความเข้าใจ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด การแปลความ หรือตีความของญาติหรือผู้ดูแลในการประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่จะเกิดขึ้น กับผู้ป่วย ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ทำให้ถึงกับพิการหรือเสียชีวิต การวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หมายถึง การรู้สึกนึกคิด การแปลความ หรือตีความ การประเมินอันตรายของผู้ป่วยถึงโอกาสเสี่ยง ต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคและส่งผลกับผู้ป่วย การวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรค

การรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตามกับพฤติกรรมของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หมายถึง ความเข้าใจของผู้ดูแลที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจตีบถึงผลประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องซึ่งมีมากกว่าอุปสรรค

ทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หมายถึง ลักษณะทางจิตใจ ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย โดยมีองค์ประกอบ 3 ประการ องค์ประกอบ แรก คือ ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลผู้ป่วย องค์ประกอบที่สอง คือ ความรู้สึกพอใจ หรือต้องการที่จะดูแลผู้ป่วย และองค์ประกอบที่สาม คือ แนวโน้มของการมุ่ง กระทำพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง การวัดทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หมายถึง เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล ให้คำแนะนำและให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล การได้รับคำแนะนำจากครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เช่น แผ่นพับหรือนิทรรศการ เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หมายถึง การกระทำของญาติ หรือผู้ดูแลที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายโลหิตเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งที่กระทำอยู่แล้วหรือ พร้อมทั้งจะกระทำให้เกิดการเรียนรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจตีบ ในด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสังเกตอาการผิดปกติ การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงสูง การมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด

ปัจจัยทางชีวสังคม หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย ที่ได้กำหนดไว้ดังนี้ คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบคนอื่น ๆ

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลทั้งเพศ หญิงและชายที่เป็นญาติหรือผู้ที่ดูแลที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายโลหิตของผู้ป่วยซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการรับผิดชอบให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง



การตรวจเอกสาร

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยดำเนินการประมวลเอกสารการวิจัยเกี่ยวกับ

1. บริบทของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
 - 2.1 พยาธิสรีระวิทยา
 - 2.2 สาเหตุ อาการ ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
 - 2.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
 - 2.4 แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
 - 2.5 บทบาทของญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
3. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 3.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ
 - 3.2 แนวคิด ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
 - 3.3 แนวคิด ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Model)

บริบทของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

บริบททั่วไป (General Context)

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นหน่วยขึ้นตรงของศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า ถือกำเนิดจากการที่กองทัพบกดำริที่จะจัดให้มีสถานพยาบาลส่วนกลางสำหรับทหารขึ้นใน พ.ศ. 2475 โดยจัดตั้งเป็นกองเสนารักษ์ จังหวัดทหารบกกรุงเทพ และได้รับพระราชทานพระราชวังพญาไท จากพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 7 ให้เป็นที่ตั้งสถานพยาบาล ต่อมา ในปี พ.ศ. 2476 ได้เปลี่ยนชื่อเป็นกองเสนารักษ์มณฑลทหารบกที่ 1 และใช้ชื่อนี้ตลอดมาจนกระทั่งวันที่ 3 มกราคม 2489 ได้แปรสภาพเป็นโรงพยาบาลกองทัพบก (โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2548)

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในระดับตติยภูมิของกองทัพบก ปฏิบัติงานในลักษณะของการเป็นศูนย์การแพทย์ทหารของกระทรวงกลาโหม ซึ่งนอกจากการเป็นสถาบันที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในทุกระดับการบริการแล้ว ยังเป็นสถาบันการศึกษาของวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางของแพทย์สภา ซึ่งให้การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางได้ครบทุกสาขา และ มีภารกิจหน้าที่ให้บริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ (หน่วยตรวจโรค ณ ที่ตั้งของหน่วยทหารในสังกัดกองทัพบกในเขตกรุงเทพมหานคร) และตติยภูมิ (ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า) แก่ ทหาร ครอบครัว และประชาชนทั่วไป เปิดให้ บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและโรคเฉพาะทาง ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม จักษุกรรม โสต ศอ นาสิกกรรม ออร์โธปิดิกส์ จิตเวช เวชศาสตร์ฟื้นฟู เวชกรรมฉุกเฉิน และอุบัติเหตุ โดยสาขาที่มีความเชี่ยวชาญพิเศษและได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นศูนย์การแพทย์เฉพาะทางในระดับตติยภูมิขั้นสูง (Center of Excellence) ได้แก่ ศูนย์มะเร็ง ศูนย์อุบัติเหตุ ศูนย์โรคหัวใจ นอกจากนี้ทางโรงพยาบาล มีนโยบายที่จะผลักดันให้เป็นศูนย์การแพทย์ที่เป็นเลิศอีก 2 ศูนย์ ได้แก่ ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ และศูนย์เวชศาสตร์ทหาร

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็น “สถาบันหลัก” ในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ได้รับอนุมัติจากแพทย์สภาให้เปิดฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาต่างๆ มากกว่า 30 หลักสูตร รวมถึงสาขาที่เปิดฝึกอบรมใหม่ 2 สาขา ได้แก่ สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และเวชศาสตร์ครอบครัว และเป็นโรงเรียนแพทย์ซึ่งจัดการเรียนการสอนในระดับคลินิกให้แก่ นักเรียนแพทย์ทหารของวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า และนักเรียนพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาล

กองทัพบก ในแต่ละปีจะมีนักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้านจากต่างประเทศ มาขอศึกษาและ
 ฝึกงานในสาขาต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ได้แก่ อายุรกรรม (โรคติดเชื้อ) กุมารเวชศาสตร์ และเวชศาสตร์
 ครอบครัว และ เป็นศูนย์การแพทย์ที่ได้ผลิตผลงานวิจัยทางคลินิกและวิทยาศาสตร์พื้นฐานซึ่งได้รับ
 การตีพิมพ์ทั้งในระดับประเทศและนานาชาติอย่างต่อเนื่อง โดยมีอาจารย์แพทย์ที่มีผลงานวิจัย
 และสิ่งประดิษฐ์ซึ่งได้รับรางวัลทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ

ปัจจุบันโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีขนาด 1200 เตียง และสามารถขยายได้ถึง 1600 เตียง
 เมื่อมีสถานการณ์การสู้รบ ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ส่วนใหญ่เป็นพลเรือนร้อยละ
 75 เป็นทหารและครอบครัวร้อยละ 25

ในปี พ.ศ.2547 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยนอกจำนวน 942,808 ราย
 (สูงขึ้นกว่าปี พ.ศ.2546 ร้อยละ 5.5) โดยร้อยละ 68.8 เป็นผู้ป่วยสังกัดพลเรือน คงเป็นข้าราชการและ
 ครอบครัว ร้อยละ 31.2 และมีสถิติผู้ป่วยในรวม 27,335 ราย (สูงขึ้นกว่าปี พ.ศ.2546 ร้อยละ
 3.6) โดยร้อยละ 77.1 เป็นผู้ป่วยสังกัดพลเรือน และ เป็นข้าราชการและครอบครัว ร้อยละ 22.9

การให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาด้วยโรคหัวใจ ในปี 2547 เป็นผู้ป่วยนอกอายุรกรรม
 หัวใจ จำนวน 16,080 ราย ศัลยกรรมหัวใจ จำนวน 4,513 ราย

วิสัยทัศน์ พันธกิจ อุดมการณ์

วิสัยทัศน์ (Vision) เป็นศูนย์การแพทย์ทหารที่มีความเป็นเลิศทางวิชาการ และงานบริการ
 เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและระดับภูมิภาค

พันธกิจ (Mission)

1. ให้บริการสุขภาพที่ประทับใจและถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพแก่ทหารครอบครัว
 ข้าราชการ และประชาชน

2. จัดฝึกศึกษาให้นักเรียนแพทย์ทหาร นักเรียนพยาบาล แพทย์ประจำบ้านตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับให้เพียบพร้อมด้วยคุณธรรม จริยธรรม และความรู้ความสามารถในทางการแพทย์

3. ผลิตผลงานวิจัยที่มีคุณภาพระดับสากลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาบริการสุขภาพที่จัดให้แก่ผู้ป่วย

4. ปฏิบัติภารกิจตามที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยเหนืออย่างมีประสิทธิภาพ

5. ส่งเสริมและธำรงรักษานับธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมไทย

อุดมการณ์ (Core Values)

1. ภาวะผู้นำ (Leadership)

2. การบริการที่ดี (Service Mind)

3. การมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Achievement motivation)

4. การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ (Expertise)

5. การเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง ทั้งผู้รับผลงานในระดับองค์กร/ หน่วยบริการสุขภาพทหารและประชาชนผู้รับบริการ (Customer focus)

6. ความร่วมแรงร่วมใจทำงานเป็นทีม สามัคคี มีความเอื้ออาทร ในลักษณะกัลยาณมิตร (Teamwork)

7. วัฒนธรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (Learning dynamics)

8. การเป็นองค์กรที่มีวัฒนธรรมคุณภาพ การประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (Quality mind)

9. การรักษามาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพในระดับสูง (Integrity)

ลักษณะโดยรวมของบุคลากร จำนวน สัดส่วน ความเชี่ยวชาญ ผู้อยู่ในกำกับดูแล

1. อาจารย์แพทย์ที่มีความรู้ ประสบการณ์และทักษะในสาขาหลักและอนุสาขากันต่าง ๆ ที่ได้รับ อนุมัติจากแพทยสภาให้เปิดฝึกอบรม มากกว่า 200 คน มีแพทย์ประจำบ้านในสาขาหลัก และแพทย์ ประจำบ้านต่อยอดในอนุสาขากันต่าง ๆ รวมมากกว่า 200 คน โดยอาจารย์แพทย์นอกจากทำงานรักษา พยาบาลผู้ป่วย และสอนนักเรียนแพทย์/ แพทย์ประจำบ้านแล้วยังอุทิศตนเองให้กับงานวิจัยและงาน บริการทางวิชาการของราชวิทยาลัยฯ สมาคมวิชาชีพ และชมรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางต่าง ๆ และบางท่านได้รับการยอมรับให้ปฏิบัติหน้าที่อันทรงเกียรติในตำแหน่งประธานราชวิทยาลัยฯ นายกสมาคมฯ และประธานชมรมฯ อาจารย์แพทย์ส่วนใหญ่มีผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ

2. พยาบาลวิชาชีพซึ่งมีความรู้ ประสบการณ์ และทักษะวิชาชีพทั่วไป และเฉพาะทาง จำนวน 634 คน โดยเฉพาะในหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน ในระดับ คติภูมิขั้นสูง นอกจากนี้ ยังมีพยาบาลวิชาชีพจำนวนหนึ่งที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ ณ หน่วยตรวจโรคต่าง ๆ โดยพยาบาลส่วนหนึ่งแม้จะได้โอนย้ายไปรับตำแหน่งที่สูงขึ้นนอกโรงพยาบาล แต่ยังคงขอมาช่วย ราชการในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าต่อไปในบทบาทที่ปรึกษาทางการพยาบาล

3. นักเรียนแพทย์ทหารและแพทย์ประจำบ้านที่ขึ้นมาปฏิบัติงานและรับการฝึกอบรม ทั้งนี้ การปฏิบัติงานอยู่ภายใต้การกำกับดูแลและรับผิดชอบของอาจารย์แพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย มีลักษณะเป็นกล้ามเนื้อพิเศษอยู่ในช่องอกด้านซ้าย เหนือกระบังลม ทำหน้าที่เหมือนเครื่องปั้มน้ำช่วยสูบฉีดเลือดของร่างกายให้ไหลเวียน โดยนำเลือด แดงที่มีออกซิเจนจากห้องหัวใจซีกซ้ายผ่านไปยังทางท่อส่งซึ่งได้แก่หลอดเลือดแดงต่าง ๆ นำไป

ประกอบการสันดาปให้เกิดพลังงานแก่ร่างกาย ขณะเดียวกันของเสียจากการสันดาปในรูปของ คาร์บอนไดออกไซด์จากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะถูกส่งกลับมาทางท่อส่งกลับซึ่งได้แก่หลอดเลือดดำกลับมาที่หัวใจซีกขวา ซึ่งจะรับเลือดดำ และปัมหรือสูบฉีดเลือดดำไปฟอกที่ปอดจนเป็นเลือดแดงกลับเข้าสู่ห้องหัวใจซีกซ้ายและสูบฉีดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายต่อไป การทำงานนี้เหมือนปั้มน้ำจึงจำเป็นต้องมีลิ้นปิดเปิดเพื่อไม่ให้เลือดรั่ว ขณะเดียวกันกล้ามเนื้อพิเศษของหัวใจก็จำเป็นต้องมีเลือดมาหล่อเลี้ยงเหมือนอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย โดยมีท่อส่งและรับเลือดที่มีชื่อเรียกเฉพาะว่าหลอดเลือดโคโรนารีที่ประกอบด้วยแขนงของหลอดเลือดใหญ่ ๆ 3 แขนงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจด้านต่าง ๆ

ระบบไหลเวียนโลหิตหรือระบบหลอดเลือดทั่วร่างกายเป็นเครือข่ายของท่อที่เรียกว่าหลอดเลือดและมีน้ำเลือดอยู่ภายใน ซึ่งทำหน้าที่นำอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายและนำของเสียและคาร์บอนไดออกไซด์จากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายกลับมาทิ้งออกตามช่องต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่

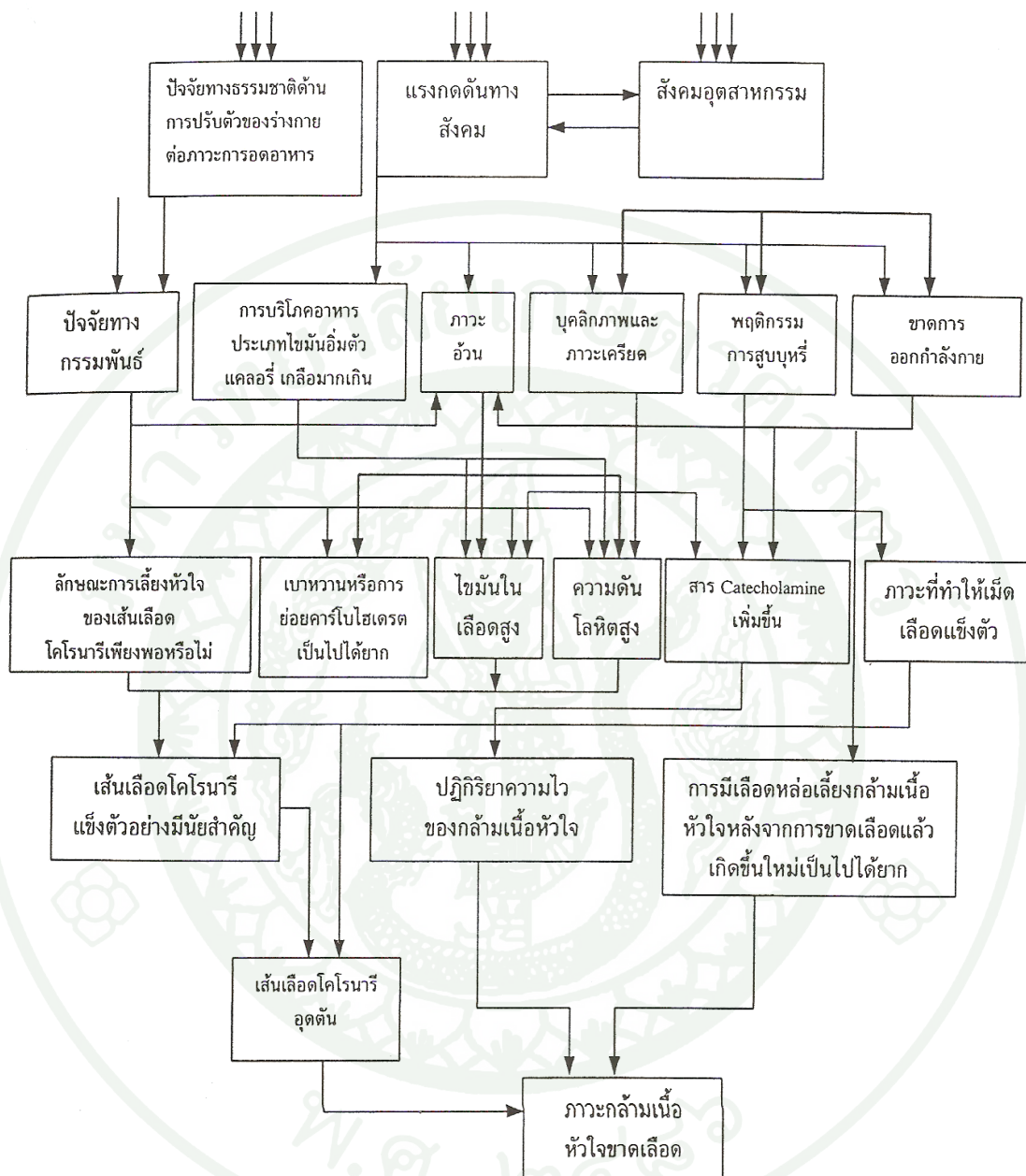
1. หลอดเลือดแดงที่นำเลือดจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย
2. หลอดเลือดดำที่นำเลือดจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผ่านหัวใจไปฟอกที่ปอด
3. หลอดเลือดฝอยเป็นหลอดเลือดเล็ก ๆ ที่เชื่อมระหว่างหลอดเลือดแดงและดำ

ถ้านำเอาท่อหรือหลอดเลือดภายในร่างกายทั้งหมดมาวัดความยาวจะพบว่าสามารถวัดได้เกือบ 60,000 ไมล์ หรือ 108,000 กิโลเมตร

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary artery disease, CAD) มีชื่อเรียกหลายชื่อ เช่น โรคหลอดเลือดโคโรนารีแข็งตัว (Atherosclerotic heart disease, ASHD) หรือ โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease, IHD) เป็นโรคหัวใจที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง มีผลให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างการได้รับออกซิเจน กับความต้องการใช้ออกซิเจนของหัวใจ (Oxygen supply and oxygen demand) ซึ่งมีสาเหตุใหญ่ ๆ (จรรยา, 2542) ดังนี้

1. หลอดเลือดโคโรนารีแข็งตัวจากการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ซึ่งร้อยละ 80 - 90 เกิดจากภาวะที่มีการหนาตัวและแข็งตัวของผนังหลอดเลือด (Atherosclerosis) ทำให้หลอดเลือดไม่สามารถขยายตัวได้เมื่อหัวใจบีบตัว เนื่องจากมีคราบไขมัน (Atherosclerotic plaque) ก่อตัวพอกสะสมเกาะตามผนังภายในหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้ทางเดินของเลือดตีบแคบหรืออุดตัน เป็นผลให้การไหลของเลือดช้าลง ขั้นตอนการเกิดคราบไขมันจะเป็นไปอย่างช้า ๆ เมื่อคราบไขมันสะสมและหนาตัวขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ผนังภายในหลอดเลือดตีบแคบ และถ้ามีการตีบเกิน 2 ใน 3 หรือร้อยละ 70 ของพื้นที่หน้าตัดของรูหลอดเลือดแดงโคโรนารี จะทำให้ปริมาณของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก (Angina pectoris) เมื่อมีการออกแรงได้

2. ภาวะของหลอดเลือดโคโรนารีหดเกร็ง (Coronary spasm) เกิดจากการแข็งตัวของเส้นเลือด (Atherosclerosis) อันมีปัจจัยเสริมทางกรรมพันธุ์ เพศ อายุ และสาเหตุที่เกิดจากพฤติกรรม หรือการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมในด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย บุคลิกภาพ และความเครียด ซึ่งพฤติกรรมแต่ละบุคคลในสังคมนับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเกิดโรคดังกล่าว โดยปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มักมีมากกว่าหนึ่งปัจจัย และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระบบสรีระทั้งร่างกายและจิตใจอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนจากสรีระปกติทีละน้อย ๆ ไปสู่การมีพยาธิสภาพ ซึ่งกว่าจะรู้ตัวก็เมื่อมีพยาธิสภาพมากแล้ว และ / หรือปรากฏอาการให้เห็น ดังรูปภาพที่ 1 ที่แสดงถึงความโยงใยต่าง ๆ ที่นำไปสู่การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Web of Causation for Myocardial Infarction) ของ G. Friedman



ภาพที่ 1 ความโยงใยของสาเหตุต่าง ๆ ที่นำมาสู่การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ที่มา: Friedman (n.d. อ้างใน ฉายศรี, 2540)

พยาธิสภาพของการเกิดโรคหัวใจ (Pathology of Coronary Artery Disease)

จรรยา (2542) กล่าวถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ

ระดับ 1 รอยไขมัน (Fatty Streak) จัดเป็นพยาธิสภาพระยะเริ่มแรก ของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ลักษณะที่เห็นด้วยตาเปล่า คือ ผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงมีลักษณะเป็นแผ่นสีเหลืองหรือขาว เมื่อนำส่วนของหลอดเลือดแดงที่มีรอยไขมันมาตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์และวิธีทางชีวเคมี จะพบว่าผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงมีเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ ซึ่งในภาวะปกติจะพบเฉพาะในผนังชั้นกลาง แต่เซลล์กล้ามเนื้อเรียบได้แทรกกรุกล้ำเข้ามาอยู่กับเซลล์เยื่อชั้นใน โดยที่เซลล์กล้ามเนื้อเรียบที่เข้ามาแทรกอยู่ในผนังชั้นในนี้มีลักษณะผิดปกติด้วย กล่าวคือมีไขมันคั่งอยู่ภายในเซลล์ พยาธิสภาพแบบรอยไขมันนี้ถือว่ามีความรุนแรงน้อยที่สุดยังไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของหลอดเลือด

ระดับ 2 แผ่นพังผืด (Fibrous Plaque) จัดเป็นพยาธิสภาพของภาวะหลอดเลือดแดงแข็งที่มีความรุนแรงมาก ลักษณะที่เห็นด้วยตาเปล่า คือ ผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงมีลักษณะหนาตัวขึ้นจนเป็นรอยนูนยื่นเข้าไปในโพรงของหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดอุปสรรคต่อการไหลเวียนเลือดได้ เมื่อนำส่วนของหลอดเลือดแดงที่เป็นแผ่นพังผืดนี้มาตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ และวิธีทางชีวเคมี จะพบว่าพยาธิสภาพประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ศูนย์กลางของผนังพังผืด ส่วนนี้ประกอบด้วยไขมันที่อยู่นอกเซลล์และซากเซลล์และส่วนหวนกของแผ่นพังผืด ส่วนนี้มีลักษณะเป็นหวนกรอบศูนย์กลางของแผ่นพังผืดไว้ ประกอบด้วยเซลล์กล้ามเนื้อเรียบที่กรุกล้ำเข้ามาในผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดง โดยมีไขมันมาคั่งอยู่ภายในและภายนอกเซลล์กล้ามเนื้อเรียบและมีเนื้อเยื่อยึดเหนี่ยวเพิ่มมากขึ้นด้วย การเกิดพยาธิสภาพในระดับ 1 และ 2 นี้ เป็นระยะที่เรียกว่า ภาวะเส้นเลือดโคโรนารีแดงแข็งตัว อย่างมีนัยสำคัญ (Arteriosclerosis)

ระดับ 3 บาดแผลซับซ้อน (Complicated Lesion) บาดแผลซับซ้อน คือ แผ่นพังผืดนั่นเอง แต่พยาธิสภาพที่ความรุนแรงมากขึ้น กล่าวคือเยื่อเซลล์ของผนังชั้นในหลอดเลือดแดงอาจถูกทำลายเกิดเป็นแผลและมีเลือดออก แคลเซียม (Calcium) จะมาพอกจับที่บาดแผลซับซ้อน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก เกิดการจับตัวของเม็ดเลือด กลายเป็นก้อนเลือด (Thrombus) ถ้าก้อนเลือดมีขนาดโตมากขึ้นเรื่อย ๆ จะทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงได้ ทำให้กล้ามเนื้อ

หัวใจบริเวณที่เลือดไปเลี้ยงไม่ได้ เกิดภาวะหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease: IHD) เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจเกิดภาวะขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจก็จะตายเป็นหย่อม ๆ (Myocardial Infarction: MI) นอกจากเลือดที่ไหลเวียนอยู่อาจพัฒนาเอาก่อนเลือดที่เกิดตรงตำแหน่งแรกของหลอดเลือดแดงให้ลอยไปในกระแสเลือด ซึ่งอาจก่อให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่มีขนาดเล็ก ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณที่หลอดเลือดถูกอุดตันขาดเลือดไปเลี้ยงทันที เป็นภาวะรุนแรง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณที่หลอดเลือดถูกอุดตันขาดเลือดไปเลี้ยงทันที เป็นภาวะรุนแรง ก่อให้เกิดกล้ามเนื้อตายอย่างฉับพลัน (Acute Myocardial Infarction) ถ้าให้การช่วยเหลือไม่ทันทั่วทั้งที่จะเสียชีวิตได้

การเกิดพยาธิสภาพของภาวะหลอดเลือดแดงนี้เรียกโดยรวมว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease: CAD) ซึ่งมีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป มีผู้รายงานว่าได้มีการตรวจพบรอยไขมันในหลอดเลือดแดงในเด็กอายุ 10 ปี ถ้าหากความผิดปกตินี้ไม่ได้รับการแก้ไขจะเปลี่ยนไปเป็นพังผืดในช่วงอายุ 20 – 30 ปี และในที่สุดจะกลายเป็นบาดแผลซับซ้อน เมื่ออายุประมาณ 40 ปี เมื่อภาวะหลอดเลือดแข็งมีพยาธิสภาพอยู่ในชั้นแผ่นพังผืด หรือบาดแผลซับซ้อนแล้ว จะมีผลทำให้หลอดเลือดแดงสูญเสียคุณสมบัติความยืดหยุ่น ซึ่งก่อให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (วิชัย, 2529)

สาเหตุ อาการ ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ในเรื่องของสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจนั้น (อิสรา, 2536) ได้อธิบายถึงสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ ไว้ว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 80 – 90 เกิดจากหลอดเลือดโคโรนารีอุดตันจาก Atherosclerosis โดยเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังด้านในของหลอดเลือดซึ่งแบ่งลักษณะของพยาธิสภาพได้ 3 ประการ คือ ในระยะแรกจะเกิดรอยไขมันที่ผนัง ต่อมาจะกลายเป็นเนื้อเยื่อพังผืดหนาผนังที่หนาตัวขึ้นจะเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ มีเลือดออก และมีหินปูนจับเกาะ รอยไขมันที่มีเนื้อเยื่อพังผืดหนามักพบในคนกลุ่มหนุ่มสาวซึ่งจะยังไม่ทำให้เกิดอุดตันของหลอดเลือดจึงยังไม่เกิดอาการ ซึ่งเป็นลักษณะของ Atherosclerosis ในรายที่เป็นมากแล้ว จะพบเป็นก้อนสีขาวยื่นนูนออกไปภายในหลอดเลือดก่อนนี้ประกอบด้วย ไขมันซึ่งส่วนใหญ่เป็นคอเลสเตอรอลที่สะสมขึ้นในกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือด ถ้ามี Complicated lesion จะทำให้เกิดการตายของเซลล์ และเกิดก้อนเลือดแข็งตัวที่ผนังของเนื้อเยื่อพังผืดนอกจากนี้ภาวะหัวใจขาดเลือดยังเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้อีก เช่น โรคหลอดเลือดโคโรนารี ชนิดที่ไม่ได้เกิดจาก Atherosclerosis ได้แก่

1. เป็นมาแต่กำเนิด เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี มีกำเนิดออกจากหลอดเลือดแดงพัลโมนารี ซึ่งเป็นหลอดเลือดที่นำเลือด (มีออกซิเจนน้อย) จากหัวใจห้องล่างขวามาฟอกที่ปอดให้เป็นเลือดแดง (มีออกซิเจนมาก) เมื่อหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีกำเนิดจากหลอดเลือดแดงพัลโมนารี ก็จะทำให้เลือดที่เลี้ยงหัวใจมีออกซิเจนไม่เพียงพอ ทำให้เกิดโรคหัวใจโคโรนารีได้

2. ความผิดปกติของ Connective tissue เนื่องจากรรมพันธุ์ และทำให้ผนังหลอดเลือดโคโรนารีผิดปกติ ซึ่งมีสาเหตุจาก

2.1 หลอดเลือดโคโรนารีบีบเกร็ง โดยที่หลอดเลือดโคโรนารีปกติ

2.2 ความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งเกิดขึ้นภายหลัง เช่น มีก้อนเลือดอุดตันผนังหลอดเลือดปริ เป็นต้น

ระดับความรุนแรงของโรค

ในการจำแนกระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจนั้น (พรรณี และ ประดิษฐ์ชัย, 2536) ได้อธิบายถึงความรุนแรงของโรคจะขึ้นอยู่กับจำนวนหลอดเลือดที่เป็น และเปอร์เซ็นต์ของการตีบแคบในหลอดเลือดได้จำแนกระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตามความสามารถในการทำกิจกรรมและอาการของโรคหัวใจ ดังนี้

ตารางที่ 1 การจำแนกความรุนแรงของโรคหัวใจตามความสามารถในการทำกิจกรรมและอาการแสดงของโรคหัวใจ

ชั้นความรุนแรง	ข้อบ่งชี้ความรุนแรง
Class 1	- ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม - สามารถทำกิจกรรมทั่วไปได้โดยไม่แสดงอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก - ผู้ป่วยโรคหัวใจมีความสุขสบายเหมือนคนปกติในขณะพัก แต่มีความจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ชั้นความรุนแรง	ข้อบ่งชี้ความรุนแรง
Class 2	- มีอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอกเมื่อทำกิจกรรมปกติทั่ว ๆ ไป
Class 3	- ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมชัดเจน แต่ยังอาจรู้สึกสบายในขณะพัก - เมื่อทำกิจกรรมเบา ๆ ที่น้อยกว่ากิจกรรมธรรมดา จะมีอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก - ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างสบาย - มีอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอกในขณะพัก โดยที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใด ๆ
Class 4	- เมื่อทำกิจกรรมอาการต่าง ๆ จะเพิ่มมากขึ้น

อาการทางคลินิก

สำหรับอาการทางคลินิกของโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบบ่อยนั้น (อิสรา, 2536) ได้อธิบายไว้ดังนี้

1. อาการเจ็บบริเวณหัวใจ (Angina Pectoris) เป็นผลมาจากความสมดุลของออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงเลี้ยงหัวใจ โดยเกิดการแข็งตัว อาการเจ็บหน้าอก แองจينا แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

Stable Angina Pectoris

หมายถึง การเจ็บหน้าอกค่อนข้างจะเรื้อรัง เป็นลักษณะเดียวกันกับบริเวณที่เจ็บระยะเวลาที่เจ็บและมีตัวกระตุ้นคล้าย ๆ กัน โดยเฉพาะเป็นมาในเวลานานกว่า 2 เดือน ขึ้นไป

ลักษณะการเจ็บ ผู้ป่วยจะบรรยายแตกต่างกันไปบ้าง เช่น มีความรู้สึกแน่นหน้าอกหรือมีอาการหนัก ๆ เหมือนถูกของหนักกดทับ หรือเหมือนมีใครมาบีบบริเวณหน้าอก หายใจไม่สะดวก ส่วนน้อยอาจรู้สึกแสบ ๆ หรือชา

บริเวณที่เจ็บ จะอยู่บริเวณตรงกลางหน้าอกด้านซ้ายหรือขวา บริเวณสะบักหลังหรือบริเวณไหล่ซ้าย และเมื่อเจ็บหน้าอกจะมีอาการร้าวไปที่แขนซ้ายมากกว่าแขนขวา หรือไปที่ คอ กราม หรือที่ไหล่ซ้าย ระยะเวลาที่เจ็บประมาณ 2 – 5 นาที น้อยรายที่จะเจ็บนานถึง 30 นาที

สิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการ มักจะพบว่า ถ้าผู้ป่วยออกกำลังกายหรือมีอาการเจ็บ เช่น เดินขึ้นบันได ขั้บรถ เดินหลังจากอาหารมื้อเย็น หรือกระทบอากาศเย็นเกินไป หรือร้อนเกินไป ในระหว่างที่มีอารมณ์เครียด โมโห ตกใจ หรือขณะกำลังสูบบุหรี่ อาการดีขึ้นถ้าหยุดพัก หรือพ่นยาในไตรกรีเซอรอลีนได้

การวินิจฉัย การวินิจฉัยทำได้โดยการซักประวัติ และการตรวจต่าง ๆ มาพิจารณาร่วมด้วยการซักประวัติ เป็นสิ่งสำคัญที่สุด ถ้าประวัติชัดเจนโดยการถามอย่างละเอียด จะทำให้การวินิจฉัยแยกโรคนี้ได้ง่ายขึ้น นอกจากนั้นควรถามไปถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคนี้ เช่น สูบบุหรี่ ความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน ไขมันสูง และประวัติในครอบครัวที่มีโรคนี้อยู่แล้ว

การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกายอาจไม่ได้ช่วยอะไรมาก เพราะจะไม่พบสิ่งผิดปกติมากนัก แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าตรวจโดยละเอียดอาจจะพบสิ่งผิดปกติของอาการแทรกซ้อนได้ เช่น อาจพบความดันเลือดสูงร่วมด้วย พบเสียงฟู่หัวใจในช่วงซิสโตลิกเช่นเสียงลิ้นหัวใจไมตรัลรั่ว กล้ามเนื้อหัวใจทำงานผิดปกติ ลิ้นเออร์ติกติบนอกจากนั้นอาจตรวจพบ Xanthelasma ที่เปลือกตาหรือ Tendonous Xanthoma เป็นต้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจนับเม็ดเลือดและฮีโมโกลบิน (CBC) ตรวจปัสสาวะและตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกมักพบว่า ปกติ การตรวจระดับไขมันในเลือด มักพบว่า cholesterol สูง Triglyceride อาจปกติหรือสูง จัดเป็น Hyperlipoproteinemia type II หรือ Type IV ส่วน HDL มักจะต่ำหรือปกติ Cardiac Enzyme จะพบว่าปกติเสมอ

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อาจปกติถึง 40 – 50 % นอกจากกรายที่กล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน จะพบคลื่น Q ชัดเจน หัวใจเต้นผิดปกติจะเกิดขึ้น โดยเฉพาะ Premature Ventricular Contraction การบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 24 ชั่วโมง อาจมีส่วนช่วยได้มาก โดยผู้ป่วยจะมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะมีการเปลี่ยนแปลง ST ที่ต่ำลง ถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหัวใจร่วมด้วย ยิ่งจะพบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น

Unstable Angina Pectoris

มักพบว่ามีอาการภายใน 1 – 2 เดือน มีประวัติการเจ็บหน้าอกเพิ่มมากขึ้นภายใน 1 – 2 เดือน การเจ็บหน้าอกอาจมีลักษณะรุนแรง ระยะเวลาสั้นขึ้นกว่า 10 นาที เจ็บถี่และนานขึ้น อาจมีอาการเจ็บหน้าอกนานกว่าครึ่งชั่วโมง มีหน้ามืดเป็นลม อาการเจ็บหน้าอกอาจเป็นขณะพักผ่อนหรือเกิดขึ้นขณะหลับ

Variant Angina Pectoris

1. เป็นการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเฉพาะเวลาพักผ่อน โดยไม่มีการออกกำลังกาย หรือมีอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง มักเป็นช่วงเวลากลางคืนถึงเช้ามืด การตรวจหลอดเลือดโคโรนารี พบว่ามีการหดเกร็งของหลอดเลือดเกิดขึ้น
2. กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และจะไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้
3. ตายโดยปัจจุบันทันด่วน (Sudden Death) หมายถึง การตายในเวลาอันสั้นและโดยมิได้คาดหมายล่วงหน้ามาก่อน อาจเกิดทันทีทันใดหรือจากระยะเวลาที่มีอาการจนกระทั่งถึง 24 ชั่วโมง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

อิสรา (2536) กล่าวว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจแข็งยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัย ที่เรียกกันว่า เป็นปัจจัยเสี่ยง ซึ่งอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ และ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น เพศ อายุ กรรมพันธุ์ และบางชนิดสามารถเปลี่ยนแปลง และ ควบคุมได้ด้วยพฤติกรรม การดูแลตนเอง เช่น การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ความอ้วน ความเครียด และ บุคลิกภาพชนิดเอ (Personality Type A) การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น (นิธิ และคณะ, 2543) ถ้าสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ได้ จะช่วยลดอัตราการเกิดโรค ลดอัตราการเสียชีวิต และ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลงได้

ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ ประกอบด้วย

1. ความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง systolic และ diastolic pressure ที่เพิ่มสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท หรือผู้ที่มิเฉพาะ diastolic pressure ที่สูงเกินกว่า 90 มม.ปรอท พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและเกิดการตายอย่างกะทันหันได้สูงถึง 2 เท่า และมีโอกาสสูงถึง 4 เท่าต่อการเกิด Stroke เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ จาก The Framingham study พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 160/95 มม.ปรอท จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้สูงถึง 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท
2. การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและพบได้บ่อยในโรคหลอดเลือดหัวใจ ในประเทศไทย พบว่าบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 62.2 สำหรับประเทศตะวันตกพบได้สูงถึงร้อยละ 86 จากการศึกษาของ The Framingham study and British Regional Heart Study พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึงสามเท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ต้องสูดควันบุหรี่ก็มีความเสี่ยงเท่ากับผู้ที่สูบบุหรี่เช่นกัน จากรายงานการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า ในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสหรือมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจหลอดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดสูง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอีก 1.5 เท่า แต่หากผู้สูบบุหรี่นั้นเป็นทั้งความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง จะเสี่ยงต่อโรคหัวใจถึง 8 เท่าของคนทั่วไป โดยเฉพาะแล้วผู้ที่ติดบุหรี่จะพบว่ามีเส้นเลือดเสื่อม และเกิดความตีบตันเร็วกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 10 – 15 ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า 1 ใน 4 หรือร้อยละ 25 ของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบเป็นผลจากการสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่มีผลทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง

3. ระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติ ระดับไขมันที่มีส่วนทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งได้ คือ LDL-C, VLDL, Triglycerides (TG) ส่วน HDL-C ที่สูงๆจะเป็นตัวช่วยป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งได้ มีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับ serum total cholesterol ที่เกินกว่า 200 mg/dl (5-15 mmol/L) หรือมี LDL – C สูงกว่า 130 mg/dl (3.35 mmol/L) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากเนื่องจาก LDL คอเลสเตอรอลที่เพิ่มมากขึ้นไปพอกไว้ที่ผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงสูงกว่าผู้ที่มีระดับ คอเลสเตอรอลในเลือดน้อยกว่า 250 มิลลิกรัม ต่อเลือด 100 มิลลิตร ถึง 2 และ 3 เท่า จากข้อมูลดังกล่าว องค์การอนามัยโลก จึงได้กำหนดให้ภาวะคอเลสเตอรอลสูงในเลือดเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและได้เสนอแนะให้คนปกติไม่ควรมียกระดับคอเลสเตอรอล มากกว่า 200 มิลลิกรัม ต่อเลือด 100 มิลลิกรัม ทั้งนี้ระดับไขมันในเลือดต่าง ๆ จะมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ต่างกัน และพบว่าปัจจัยเสี่ยงร่วมที่ทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดได้มากถึง 8 เท่า คือการสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง

4. ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี มีรายงานการศึกษามากมายที่สนับสนุนการออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ คือ หนึ่งสัปดาห์ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 5 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที พบว่าสามารถช่วยลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

5. เบาหวาน ในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน พบว่า มีโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้บ่อย ๆ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคเบาหวานเป็นเวลานาน และมักพบเป็น 2 เท่า ของคนปกติ ภาวะเบาหวานทำให้ไขมัน ไตรกรีเซอไรด์ และ LDL สูงขึ้น ส่วน HDL จะมีน้อย คนภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerotic) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากในผู้ป่วยเบาหวาน คนที่เป็นโรคเบาหวานอาจมีคราบไขมันพอกเต็มเส้นเลือดเร็วขึ้น จึงทำให้เกิดหัวใจขาดเลือด อัมพาต หรือเส้นเลือดไปเลี้ยงขาตีบลงง่ายขึ้น

6. ความอ้วน การที่น้ำหนักตัวเกินปกติ มากกว่า 30 % หรือ ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก/เมตร และการวัดความหนาของเอว ผู้ชายไม่ควรเกิน 90 ซม. และผู้หญิงไม่ควรเกิน 80 ซม. โดยความอ้วนจะเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ มากขึ้น ความอ้วนส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิต เช่น นั่ง นอนอยู่กับที่ ไม่ใช้พลังงาน ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง คนที่อ้วนมักพบว่ามีโรคหลอดเลือดแข็งได้บ่อย แต่อาจเป็นเพราะว่าคนอ้วนมักจะมีโรคอื่น ๆ แทรกด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มีไขมันในเลือดสูง

โดยเฉพาะ LDL และพบว่ามี HDL ต่ำ และคนอ้วนที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวก็อาจพบหลอดเลือดแข็งได้แต่ไม่มากนัก ซึ่งเชื่อว่าเป็น “กระบวนการเสื่อมสลาย” (degenerative changed) ของหลอดเลือด

7. ความเครียด เมื่อคนเราเกิดความเครียดก็จะเกิดปฏิกิริยาเคมีในร่างกายโดยไฟฟ้าในสมองจะทำให้ต่อมธาลามัสสั่งการให้ต่อมพิทูอิทารีหลั่งฮอร์โมน adrenocorticotropin (ACTH) ACTH จะเข้าไปในกระแสเลือด ส่งผลไปถึงไต ACTH ทำให้ต่อมอะดรีนัลหลังคอร์ติซอลและอีปีเนฟรินซึ่งมีผลกระทบต่ออวัยวะทุกส่วนขณะที่ฮอร์โมนอีปีเนฟรินทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น กระเพาะหลั่งกรดที่ช่วยให้การเผาผลาญอาหารเร็วขึ้น ทำให้โปรตีนแตกตัวเร็วขึ้นทั่วร่างกาย กระทบบระบบเจริญพันธุ์และเสียสมดุลฮอร์โมนเพศหญิง ส่วนไตหลังเร็นินทำให้หลอดเลือดบีบตัวระดับคอร์ติซอลที่สูงขึ้น ทำอันตรายต่อการผลิตเม็ดเลือดขาว ม้ามและไขกระดูกอาจหดตัวทำให้ระดับภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง ความเครียดจึงมีส่วนกระตุ้นให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และการหลั่งฮอร์โมนอีปีเนฟริน คอร์ติซอลเพิ่มขึ้นทำให้ร่างกายมีระดับโคเรสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น นำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้เช่นกัน (ศุภชัย, 2534)

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ (อภิชาติ และ ศรีณย์, 2546)

1. อายุ อุบัติการณ์ของอายุที่เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในเพศหญิงและเพศชายแตกต่างกัน คือ เพศชายเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ก่อนอายุ 40 ปี และเพศหญิงจะเกิดโรคได้เมื่ออายุมากกว่า 55 ปี โดยเชื่อว่าภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง มักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลอายุมาก

2. เพศ มีรายงานการศึกษาของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (1997) พบว่าเพศชายที่อายุระหว่าง 35-44 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าเพศหญิง 5-6 เท่า ในช่วงอายุเดียวกัน ความแตกต่างในอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจะใกล้เคียงกันในช่วงอายุมากกว่า 54 ปี เนื่องจากเพศหญิงยังมีประจำเดือน ซึ่งเป็นเอสโตรเจนฮอร์โมนในการช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

3. กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีสายเลือดเดียวกันเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่า ผู้ที่ไม่มีประวัติกรรมพันธุ์ในครอบครัว และจะเพิ่มความเสี่ยงมากยิ่งขึ้นหากมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งบทบาทของพันธุกรรมที่มีต่อ

โรคหลอดเลือดหัวใจยังไม่ทราบแน่ชัดอาจเกี่ยวข้องกับยีน (Genes) ที่ถ่ายทอดกันมาก็ได้ ปัจจัยทางพันธุกรรมหนึ่งยีนน่าสู่ 4 ลักษณะ ซึ่งทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง คือ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือด โรคเบาหวาน และโรคอ้วน ในการศึกษาของ เฟรมิงแฮม เป็นการศึกษาโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะยาวกว่าประวัติครอบครัวที่เป็นโรคหัวใจ ถูกพบว่าสามารถทำนายได้อย่างอิสระ ถึงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ชายแต่ไม่พบในผู้หญิง

แนวทางการรักษา

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมี 3 วิธี คือ

1. การรักษาโดยใช้ยา (จรรยา, 2542) โดยยาที่ใช้ในการรักษามีดังนี้

1.1 ให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant agents) ช่วยลดการขยายขนาดของลิ่มเลือดและเพิ่มกลไกการละลายลิ่มเลือดในหลอดเลือดหัวใจ

1.2 ให้ยาไนเตรท (Nitrate) เป็นยาขยายหลอดเลือด ช่วยลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยลดปริมาณเลือดที่ไหลกลับหัวใจ

1.3 ให้ยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplateletes agents) ช่วยลดการเกาะรวมของเกร็ดเลือด

1.4 ให้ยาปิดกั้นเบต้า (Beta blocker agents) ช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดการทำงานและการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

1.5 ให้ยาต้านแคลเซียม (Calcium channel blocker) ช่วยลดการหดเกร็งของหลอดเลือดหัวใจ และลดอัตราการเต้นของหัวใจ สามารถลดการทำงานของหัวใจได้

2. การขยายหลอดเลือดหัวใจ

เป็นการรักษาที่ช่วยให้เกิดการไหลผ่านของเลือดในหลอดเลือดที่ตีบแคบ หรืออุดตัน ให้สามารถไหลผ่านไปยังกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามปกติ และเป็นการทำให้หลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบแคบเปิดกว้างออกใหม่ เลือดสามารถไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างเพียงพอ โดยการใส่สายสวนที่มีลูกโป่ง (Balloon) เล็ก ๆ ที่บริเวณส่วนหัวของสายสวน ไปยังตำแหน่งที่มีรอยตีบ แล้วใช้แรงดัน ทำให้บอลูนกางออก แรงดันของบอลูนจะดันลิ้มเลือด หรือ คราบไขมันให้แฟบติดกับผนังหลอดเลือด ทำให้เลือดสามารถไหลผ่านได้สะดวกขึ้น หรือ อาจทำการฝังขดลวดหรือโครงตาข่าย เนื่องจากรอยตีบยังขยายได้ไม่กว้างพอ หรือ เพื่อลดโอกาสเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ โดยจะใช้สายสวนที่มีขดลวดอยู่ปลายสายใส่เข้าไปยังบริเวณที่เคยตีบในลักษณะเดียวกันกับที่ใส่สายบอลูน และขยายขดลวดให้ขดลวดกางออกไปสัมผัสและยึดติดกับผนังหลอดเลือด การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูน และขดลวด มีข้อดี คือ ไม่ต้องทำการผ่าตัดและไม่ต้องดมยาสลบ ดังนั้นโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงต่ำกว่าการผ่าตัด ส่วนข้อจำกัดของการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูนและขดลวด คือ ลักษณะการตีบบางอย่างไม่เอื้อต่อการทำบอลูน อาจทำไม่สำเร็จ ไม่ปลอดภัย หรือได้ผลที่ไม่ดีนัก และที่สำคัญก็คือ อาจเกิดการตีบซ้ำบริเวณเดิมที่ทำบอลูน หรือ บริเวณที่ใส่ขดลวดไว้ (Restenosis)

3. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงของเส้นเลือดหัวใจ (พันธุศักดิ์และสัมพันธ์, 2543) มีความจำเป็น โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการรักษาทางยาและการขยายหลอดเลือดไม่ได้ผลหลักในการรักษา โดยการผ่าตัดมีวัตถุประสงค์ คือ

- 3.1 ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดได้รับเลือดไปเลี้ยงได้เพียงพอโดยเร็วที่สุด
- 3.2 กล้ามเนื้อส่วนที่ตายถูกจำกัดปริมาณไม่ให้เพิ่มมากขึ้น
- 3.3 เพิ่มปริมาณเลือดไปในส่วนของหัวใจที่ขาดเลือด

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพื่อลดภาวะเสี่ยงที่รุนแรง

สมจิตร (2537) ได้อธิบายถึงการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งตัวผู้ป่วยเองมีส่วนที่จะทำให้ตนเองกลับมามีสภาวะการมีสุขภาพที่ดีอย่างเหมาะสม และป้องกันการลุกลามของโรค โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้ตามปกติ ประกอบด้วย

1.1 การส่งเสริมสุขภาพโดยรักษาสุขภาพให้แข็งแรง หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด รักษาอนามัยส่วนบุคคล เช่น รักษาความสะอาดของร่างกาย ปากและฟัน ในรายที่มีอาการคันของผิวหนัง ควรทำความสะอาดร่างกายด้วยสบู่อ่อน ๆ หรือไม่ใช้สบู่เลย ถ้าผิวแห้งมากควรทาด้วยครีมที่ทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น

1.2 ดื่มน้ำให้เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย โดยการได้รับน้ำวันละ 6-8 แก้ว

1.3 โภชนาการ หลักในการรักษาทางโภชนาการ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์แก่ร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง รวมทั้งรับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้น

1.4 การพักผ่อนและการออกกำลังกายอย่างน้อยอาทิตย์ละ 2 ครั้ง ตามความสามารถ และความเหมาะสมของวัย จัดเวลานอนให้เหมาะสมในแต่ละวัน คือ กลางคืนนอนไม่ต่ำกว่า 6-8 ชั่วโมง และไม่ควรนอนดึก กลางวันให้พักผ่อนได้ไม่เกิน 1-2 ชั่วโมง

1.5 การปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยควรพบแพทย์ตามนัด เพื่อตรวจร่างกายและตรวจเลือดซ้ำ เป็นการติดตามการดำเนินของโรคและถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น อาการเจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก แน่นอึดอัดเหมือนถูกบีบรัด ให้มียาใต้ลิ้นทันทีและรีบมาพบแพทย์เพื่อขอคำแนะนำ และรับการรักษาทันที

1.6 ด้านสุขภาพจิต เนื่องจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ฉะนั้นการได้รับทราบความจริงเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาลและทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและปรับตัวให้ดีขึ้น อย่างน้อยที่สุดก็ได้รับทราบว่า คนที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจยังมีโอกาสมีชีวิตอย่างปกติสุข และมีเพียงจำนวนน้อยเท่านั้นที่ต้องเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม ความเรื้อรังของโรคอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดหรือวิตกกังวลและเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า ท้อแท้สิ้นหวังในชีวิต ฉะนั้น การเรียนรู้ การพยายามหาวิธีการแก้ไขภาวะเครียดหรือวิตกกังวลเหล่านี้ จึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยควรกระทำ เช่น การระบายอารมณ์เครียด การทำงานอดิเรก เช่น การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูทีวี การออกกำลังกายที่เหมาะสม การสวดมนต์ การทำสมาธิ การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับสภาพจิตใจของผู้ป่วย เพราะลักษณะของโรคบางครั้งทำให้ต้องแยกตัวเองออกจากสังคม ฉะนั้น การที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและการยอมรับจากสังคม จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและปรับตัวให้ดีขึ้น

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันผลเสียต่อสุขภาพ ได้ดังนี้

- 2.1 ประกอบอาชีพของตนเองตามความเหมาะสมของสภาพร่างกาย
- 2.2 สามารถมีคู่ครอง และเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ ตามสภาพร่างกาย
- 2.3 มีสิทธิในการรับการตรวจรักษาสุขภาพเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป

3. ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ให้สามารถปฏิบัติอย่างเคร่งครัดประกอบด้วย

3.1 ยา ให้รับประทานยาครบทุกมื้อตามเวลาไม่ลด เพิ่มยา หรือหยุดยาเอง และอยู่ในการควบคุมดูแลของแพทย์ ถ้ามีอาการของฤทธิ์ข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น มึนงง ปวดศีรษะ ใจสั่น ปัสสาวะบ่อย หน้ามืด หมดสี ถ้าอาการต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ดีขึ้น ให้รีบปรึกษาแพทย์ทันที

3.2 สังเกตอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น อ่อนเพลีย มีไข้ เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน บวมทั้งตัว หากพบอาการผิดปกติ ควรรีบไปปรึกษากับเจ้าหน้าที่ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษาที่สถานบริการที่ผู้ป่วยไปรับบริการไปรับการตรวจร่างกายตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

3.3 ผู้ป่วยต้องยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองและยอมรับรู้ถึงความจำเป็นในการมารับการตรวจร่างกายตามนัด เพื่อไม่ให้เกิดภาวะคุกคามของโรค

3.4 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการลุกลามของโรค โดยไม่ดื่มสุรา เบียร์ หรือของมีแอลกอฮอล์ และ การซื้อยามารับประทานเอง

3.5 ควรพบแพทย์ทุกครั้ง ถ้าไม่สามารถพบแพทย์ได้ทุกครั้ง ให้แจ้งแพทย์เพื่อทราบ เพื่อส่งต่อไปรับการรักษายังโรงพยาบาลใกล้บ้าน

3.6 ติดตามสอบถามผลการวินิจฉัย แนวทางการรักษาและการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค

สำหรับการเรียนรู้ที่จะปรับกิจกรรมการดูแลตนเองให้เป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะที่ตนเองยังเป็นบุคคลหนึ่งในครอบครัว และสังคม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรักษาอาหาร การดื่มน้ำ การทำงาน การนอนหลับพักผ่อน การป้องกันอันตราย การเข้ากลุ่มครอบครัว บำบัด เพื่อให้ทราบถึงการปฏิบัติตัว ตลอดจนการหาทางออกที่เหมาะสมเมื่อพบปัญหา ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะมีการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองและจะต้องมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างมีเป้าหมาย เพื่อควบคุมระดับความรุนแรงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งประกอบด้วย

1. การควบคุมและแก้ไขปัญหาวงจรการบริโภคอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง คือ ไขมันสูงกว่า 220-250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (วิชัย, 2536) และร่างกายต้องการพลังงานเพียงวันละ 2,000-2,800 แคลอรี (สมทรง และ จูรีพร, 2534) ซึ่งเป็นอันตรายต่อผนังหลอดเลือดและยังขัดขวางการบีบตัวและเมื่อเกิดการอุดตันจะเกิดอันตรายทำให้เสียชีวิตทันที

2. การควบคุมการสูบบุหรี่ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่รวมทั้งการดูแลสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการรณรงค์ให้หน่วยงานและชุมชนต่าง ๆ ปลอดควันบุหรี่ ทำให้ผนังหลอดเลือดแดง ถูกทำลาย (กนกพร, 2540)

3. การควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มคาเฟอีน คือ ถ้าดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ปริมาณมากกว่า 30 กรัมต่อวัน เป็นระยะเวลานานติดต่อกัน (สุเอ็ด, 2531) หรือการดื่ม เครื่องดื่มที่มีปริมาณคาเฟอีนมากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อวัน ก็จะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้ดื่ม

4. ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้สูงเกินไป เพราะความดันโลหิตที่สูงจะมีผลต่อการ ทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งประกอบด้วย

4.1 การควบคุมน้ำหนักตัว โดยการลดน้ำหนัก 1 กิโลกรัม จะสามารถลดระดับ ความดันโลหิตได้ 2.5/1.5 มิลลิเมตรปรอท (Mac Mahon, 1984)

4.2 การกำจัดเกลือ โดยไม่รับประทานอาหารรสเค็มจัด ไม่เติมเกลือหรือน้ำปลาในอาหาร ที่ปรุงแล้ว หรือแกล้มไม่ควรเกิน 1 ช้อนชา ต่อวัน ตลอดจน ควรหลีกเลี่ยงอาหารหมักดองต่าง ๆ (เกษม, 2532)

4.3 การมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องซึ่งจะสามารถทราบถึง ภาวะของผู้ป่วยในขณะนั้นได้

5. การส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที หรือมากกว่า (Pender, 1996) การออกกำลังกายจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงอัตราการเต้นของ หัวใจลดลง การสูบน้ำคืดโลหิตแต่ละครั้งมีปริมาณมากขึ้น และไหลผ่านหลอดเลือดไปสู่เนื้อเยื่อได้ดี ขึ้น การออกกำลังกายช่วยลดความเครียดของอารมณ์ น้ำหนัก และความดันโลหิตได้เล็กน้อย และ ยังช่วยลดระดับไขมันชนิดที่เป็นอันตราย (LDL) ในขณะที่เพิ่มไขมันชนิดที่เป็นประโยชน์ (HDL) (Powell, 1987)

ขั้นตอนของการออกกำลังกาย (มานพ, 2538) ประกอบด้วย การฝึกหายใจ การฝึกความผ่อนคลาย การควบคุมการหายใจขณะทำกิจกรรม การเพิ่มความเคลื่อนไหวของทรวงอก และลำตัว การเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ ซึ่งวิธีการออกกำลังกายประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

5.1 การอบอุ่นร่างกาย ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกายขั้นตอนต่อไป

5.2 ขั้นตอนการออกกำลังกายอย่างแท้จริง เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกายมากที่สุด โดยคิดจาก ร้อยละ 65-80 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด โดยคำนวณจากสูตร

ความสามารถของหัวใจที่เต้นได้สูงสุดในหนึ่งนาที = $220 - \text{อายุของบุคคล}$

การออกกำลังกายแบบนี้ ได้แก่ การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน โยนลูกบอล การออกกำลังกายแบบนี้จะช่วยเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อหัวใจ ใช้เวลาประมาณ 15 – 40 นาที

5.3 ขั้นตอนการผ่อนคลาย จะต้องมีการผ่อนคลายในช่วงท้ายอีก เพื่อให้ร่างกายปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติโดยปลอดภัย อาจเป็นการออกกำลังกายเหมือนช่วงการเตรียมตัวก็ได้

6. การจัดการกับความเครียด ต้องรู้จักเลือกวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะ (สมจิตร, 2537) ดังนี้

6.1 การมุ่งแก้ปัญหา เป็นการเผชิญความเครียดโดยการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างคน กับสิ่งแวดล้อม ให้สถานการณ์ดีขึ้น รู้จักจัดการกับความเครียดหรือจัดการกับตนเอง โดยมุ่งแก้ปัญหา

6.2 การจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

6.2.1 การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิต ได้แก่การรู้จักบริหารเวลา รับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น

6.2.2 ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ และการรับรู้ของตนเอง เรียนรู้พัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น วิธีการพักผ่อน การทำสมาธิ การฝึกการหายใจ การใช้จิตควบคุมการตอบสนองทางร่างกาย

7. กิจกรรมทางเพศ ควรขอให้แผลผ่าตัดหายเป็นปกติเสียก่อน ซึ่งโดยทั่วไปจะใช้เวลาประมาณ 4 – 6 สัปดาห์ ท่านสามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ ถ้าสามารถก้าวขึ้นบันไดอย่างรวดเร็ว 2 ชั้น หรือเดินบนที่ราบ 1000 เมตร ในเวลา 10 นาที โดยไม่มีอาการหอบเหนื่อย

ดังนั้นบทบาทในการดูแลผู้ป่วยซึ่งญาติหรือผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิตและทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีกำลังใจเพื่อที่จะดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข ซึ่งญาติต้องดูแลผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน เช่น ด้านการรับประทานยา ควรดูแลการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์และควรสังเกตอาการข้างเคียงของยา ควรปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยควรพบแพทย์ตามนัด ด้านการรับประทานอาหารคือ การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์แก่ร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง อาหารเค็ม ควรออกกำลังกายที่เหมาะสม ตามคำแนะนำและระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยแต่ละคน การสังเกตอาการที่ผิดปกติที่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ทันที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

แนวคิดทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในการวิจัย

แนวคิดทฤษฎี ความรู้ การรับรู้ และ ทักษะ

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

Bloom (1975 อ้างใน ธวัชชัย, 2527) ความรู้ (knowledge) หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้เรียนรู้ ที่เน้นถึงการจำและการระลึกได้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มีผลต่อความคิด วัตถุและปรากฏการณ์ต่าง ๆ

เป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่าย ๆ ที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ย่างยากซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ต่อกัน

Good (1973) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่าเป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์แต่ละคนได้รับและเก็บสะสมไว้

พงษ์พันธ์ (2542) ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนสามารถจำได้จากประสบการณ์หรือการฝึกหัด

Gage and Berliner (1992) ได้ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้และเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลเกี่ยวข้องและความรู้เป็นส่วนประกอบสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

จากที่กล่าวมาข้างต้นอาจสรุปได้ว่าความรู้ คือ ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่มนุษย์แต่ละคนได้รับมา โดยอาจได้รับจากประสบการณ์ การศึกษาค้นคว้า การสังเกต และความรู้เป็นส่วนประกอบสำคัญประการหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และความรู้จำเป็นต้องเกิดจากการเรียนรู้ ซึ่ง (Bloom, 1975; Gage and Berliner, 1992) ได้จัดลำดับขั้นของพฤติกรรมการเรียนรู้จากขั้นต่ำไปสู่ขั้นสูงรวม 6 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 ความรู้ (Knowledge) เป็นการจำและการระลึกได้ มีผลต่อความคิดวัตถุ และปรากฏการณ์ต่าง ๆ เป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่าย ๆ ที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ย่างยากซับซ้อน และมีความสัมพันธ์ต่อกัน โดยหลังจากที่บุคคลได้เรียนรู้แล้วจะเกิดขึ้นความรู้ติดตัวผู้เรียน

ขั้นที่ 2 ความเข้าใจ (Comprehension) ต่อจากขั้นที่ 1 คือบุคคลสามารถแปลความหมายหรือตีความในสิ่งที่เรียนรู้มาแล้วในขั้นที่ 1

ขั้นที่ 3 การนำไปใช้ (Application) เมื่อบุคคลได้เรียนรู้มีความรู้ ความเข้าใจแล้วสามารถนำความรู้ความเข้าใจไปใช้ในสถานการณ์จริง

ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์ (Analysis) เมื่อบุคคลได้เรียนรู้ถึงขั้นที่ 3 แล้วบุคคลจะมีความสามารถในการวิเคราะห์หรือสื่อความหมายให้เป็นหน่วยย่อยเพื่อให้ได้ลำดับขั้นของความคิดความสัมพันธ์กัน โดยมุ่งที่จะให้การสื่อความหมายนั้นมีความชัดเจนยิ่งขึ้น

ขั้นที่ 5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เมื่อบุคคลได้เรียนรู้ถึงขั้นที่ 4 แล้วบุคคลจะมีความสามารถในการเรียบเรียงผสมผสานหน่วยย่อยต่าง ๆ ให้เป็นเรื่องเดียวกัน เพื่อสร้างแบบแผนหรือสูตรขึ้นมาใหม่

ขั้นที่ 6 การประเมินผล (Evaluation) เมื่อบุคคลได้เรียนรู้ถึงขั้นที่ 5 แล้วบุคคลจะมีความสามารถในการตัดสินใจ หรือตีค่า หรือประคําของสิ่งทีพบเห็นทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ที่สอดคล้องกับสถานการณ์

สรุปได้ว่า ในการเกิดความรู้ันั้นจะเริ่มจากบุคคลมีการจดจำหรือระลึกได้ โดยมีผลต่อความคิดและประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ตนเองรับรู้มาและเกิดความเข้าใจ สนใจ นำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงแล้ว นำมาวิเคราะห์ และการตัดสินใจหรือตีค่าหรือ ประเมินค่า ของข้อมูลที่ได้รับมาว่า ถูกต้องดีงามหรือไม่

องค์ประกอบที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้

การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยองค์ประกอบต่างๆ ที่ช่วยส่งเสริมในการเรียนรู้ ซึ่งเราจะพบอยู่เสมอว่าการเรียนรู้จะได้ผลดีย่อมขึ้นกับองค์ประกอบที่สำคัญบางประการที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ (Gage and Berliner, 1992) ได้แก่

1. วุฒิภาวะ (Maturity) หมายถึงลำดับขั้นของการเจริญงอกงามหรือพัฒนาการของบุคคลที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ โดยไม่ต้องอาศัยสิ่งเร้า หรือการฝึกฝนใด ๆ วุฒิภาวะของแต่ละบุคคลจะพัฒนาไปตามลำดับวัย ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา สังคม และอารมณ์ วุฒิภาวะเป็นการบรรลุถึงขั้นสุดยอดของการเจริญเติบโตเต็มที่ ในระยะใดระยะหนึ่งและพร้อมที่จะประกอบกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งได้เหมาะสมกับวัย

2. ความพร้อม (Readiness) เป็นภาวะของบุคคลที่จะเรียนรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างบังเกิดผล ซึ่งเกิดความพร้อมนี้จะขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะ ทางร่างกาย สติปัญญาอารมณ์ และสังคมนอกจากนี้ ความพร้อมในการเรียนรู้ ยังขึ้นอยู่กับการศึกษา ตลอดจนถึงความสนใจที่จะเรียนรู้ในสิ่งนั้น

3. แรงจูงใจ (Motivation) เป็นความปรารถนาที่เรียนรู้ของผู้เรียนซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบ ที่สำคัญในการเรียนรู้เพราะแรงจูงใจก่อให้เกิด พฤติกรรม เนื่องจากมีแรงผลักดันเกิดขึ้น

4. การเสริมแรง (Reinforcement) เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก การเสริมแรงเป็นสิ่งสำคัญในการเรียนรู้ โดยพฤติกรรมใดก็ตามที่ได้รับการเสริมแรงก็มีแนวโน้ม ที่บุคคลจะมีพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก

5. การเชื่อมโยงการเรียนรู้ (Transfer of learning) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ที่จะส่งเสริมการเรียนรู้ เพราะเป็นที่ยอมรับทั่วกันว่า การเรียนรู้สิ่งใหม่บางอย่างถ้าได้อาศัย ประสบการณ์เดิมนั้นเป็นพื้นฐานจะช่วยให้การเรียนรู้สิ่งใหม่นั้นดีขึ้น เพราะเกิดการเชื่อมโยงการ เรียนรู้ขึ้น ทั้งนี้ผู้เรียนจะเชื่อมโยงความรู้ในครั้งก่อนมาใช้ในการเรียนรู้ครั้งใหม่ จึงทำให้การเรียนรู้ สิ่งใหม่ได้เร็วขึ้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้นั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบ 5 ประการ คือ วุฒิภาวะ ความพร้อม แรงจูงใจ การเสริมแรง และการเชื่อมโยง การเรียนรู้ (Gage and Berliner, 1992) สิ่งที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี คือ สิ่งเร้าที่ตรงกับความต้องการ หรือความสนใจของผู้เรียน (ชม , 2523) นอกจากนี้การเรียนรู้จะเกิดได้ต้องเป็นไปในลักษณะของ การกระทำที่มีความต่อเนื่องกันและค่อย ๆ สะสมขึ้นทีละเล็กละน้อยจึงจะทำให้การเรียนรู้เพิ่ม มากขึ้น (อารี, 2534)

จากแนวคิดของ (Bloom, 1975; Gage and Berliner, 1992) ในการปฏิบัติใด ๆ ก็ตามผู้ปฏิบัติ จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะปฏิบัติ เมื่อผู้ปฏิบัติได้เรียนรู้และมีความรู้แล้ว จะสามารถลงมือ ปฏิบัติจริงตามขั้นตอนและกระบวนการของการเรียนรู้ นั้น ๆ และเมื่อมีการปฏิบัติบ่อย ๆ ร่วมกับการ เรียนรู้เพิ่มขึ้น โดยตรงจากการปฏิบัติก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติมีความชำนาญมากขึ้น ดังนั้นความรู้ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการปฏิบัติของบุคคล ในการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตีบผู้ใช้จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดูแลโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ประกอบไปด้วย

ความหมาย ประโยชน์ องค์ประกอบและรายละเอียดของขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ โดยความรู้เหล่านี้มีความสำคัญต่อการนำแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไปปฏิบัติ

ในการที่บุคคลนั้นมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ ประเมินได้โดยการวัดความรู้ โดยส่วนใหญ่จะใช้แบบสอบถามซึ่งมีหลายประเภท เช่น แบบเลือกตอบ แบบให้คำแบบถูก-ผิด และแบบจับคู่เป็นต้น (ประภาพัณ, 2537) แต่อย่างไรก็ตามในการนำแบบสอบถามความรู้มาใช้ต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรด้วย

ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย

ทัศนคติ (Attitude)

มีผู้ให้ความหมายของทัศนคติไว้มากมาย ซึ่งจะมีทั้งคล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน เช่น Triandis (1971) กล่าวว่าทัศนคติ ว่าเป็นความรู้สึกรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความคิด เห็นที่มี ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ภายหลังได้รับจากประสบการณ์ หรืออิทธิพลในเรื่องนั้น ๆ มาแล้ว และเป็นสิ่งจูงใจให้แสดง พฤติกรรมต่าง ๆ ต่อเรื่องนั้น ๆ

Good (1973) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นความ โน้มเอียงของการมีปฏิกิริยาเฉพาะต่อสิ่งของ สถานการณ์ หรือค่านิยม โดยมักจะประกอบด้วย ความรู้สึกและอารมณ์

ประภาพัณ (2526) กล่าวว่าทัศนคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึก ของบุคคลที่มีต่อสิ่งของต่างๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ รวมทั้งเท่าที่การแสดงออกถึงสภาพจิตใจ ที่มีต่อสิ่งใด สิ่งหนึ่ง ทัศนคติเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อการปฏิบัติ หรือ พฤติกรรมที่แสดงออกแต่ทัศนคติไม่ใช่ สิ่งจูงใจ หรือ แรงขับ แต่หากเป็นสภาพแห่งความพร้อม ที่จะ ได้ตอบและแสดงให้ทราบ

Oskamp (1991) กล่าวว่า ทัศนคติ เป็นความพร้อมในการตอบสนองต่อลักษณะที่เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะอย่าง และ ชาดิชาย (2544) กล่าว ทัศนคติ เป็นความรู้สึก ของบุคคล สิ่งของ สภาพการณ์ เหตุการณ์ เป็นต้น เมื่อเกิดความรู้สึกว่าบุคคลนั้นจะมีการเตรียมพร้อม เพื่อมีปฏิกิริยาตอบโต้ไปในทางใดทิศทางหนึ่งตามความรู้สึกของตนเอง

Green (1980) กล่าวว่า เจตคติ หรือทัศนคติ คือแนวโน้มของจิตใจหรือความรู้สึกที่คงที่ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์ เป็นผลมาจากประสบการณ์และความเชื่อที่สะสมกันมานาน และผ่านการประเมินคุณค่าว่ามีลักษณะดีหรือไม่ดี พฤติกรรมของบุคคลนั้นจะเป็นไปตามทิศทางนั้นตามทัศนคติของตน

ทัศนคติ เป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Green and Kreuter, 1991)

โดยสรุปแล้วทัศนคติ หมายถึงความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และเตรียมพร้อม เพื่อมีปฏิกิริยาตอบโต้ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งตามความรู้สึก ของตนเอง

ลักษณะสำคัญของทัศนคติ

Nunnally (1957) และกฤษฎณา (2530) ได้ให้ลักษณะสำคัญของทัศนคติดังต่อไปนี้ คือ

1. ทัศนคติไม่ได้เป็นสิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด แต่เป็นสิ่งที่มาจากการเรียนรู้ หรือเกิดจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้จะทำให้เกิดความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้ คือ เกิดทัศนคติ
2. ทัศนคติเป็นสภาวะทางจิตใจที่มีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึกและการกระทำของบุคคล โดยตัวบุคคลประสบสิ่งใดแล้วบุคคลนั้นจะมีท่าทีต่อสิ่งนั้น ๆ ในลักษณะเฉพาะของบุคคล ซึ่งแสดงออกในทางยอมรับหรือไม่ยอมรับ และสามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก
3. ทัศนคติเป็นสภาวะจิตใจที่มีแนวโน้มค่อนข้างจะถาวรพอสมควรเพราะแต่ละบุคคลจะมีการสะสมประสบการณ์ ผ่านการเรียนรู้มากมาย แต่อย่างไรก็ตามทัศนคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามการเรียนรู้ สภาพแวดล้อม สถานการณ์ และเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ปัจจัยที่ทำให้เกิดทัศนคติ

ทัศนคติมี 2 ประเภท คือ ทัศนคติทางบวก (Positive attitude) คือความรู้สึกที่ดีที่ชอบ ที่อยากมีความสัมพันธ์กับสิ่งหนึ่งสิ่งใด และทัศนคติในทางลบ (Negative attitude) คือ ความรู้ที่ไม่ดี ไม่ชอบ ไม่อยากมีความสัมพันธ์กับสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยปัจจัยที่ก่อให้เกิดทัศนคติ ชาดิชาย (2544) ได้แก่

1. ทัศนคติเกิดจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล โดยการรวบรวมจากประสบการณ์ในอดีต ประสบการณ์ที่สะสมไว้ บุคคลจะทำการแยกแยะออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ชอบ ไม่ชอบ ดี ไม่ดี หรือ สนใจ ไม่สนใจ เป็นต้น ซึ่งการจำแนกนี้จะอาศัยหลักเกณฑ์ที่แต่ละบุคคลสะสมจากประสบการณ์ในอดีตเป็นตัวกำหนดทิศทางทัศนคติของตนเอง และหลักเกณฑ์ดังกล่าวจะมาจากความเชื่อของบุคคลแต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งความเชื่อจะต้องประกอบด้วยเหตุผลเฉพาะของแต่ละบุคคล ดังนี้

1.1 ความเชื่อจากประสบการณ์ตรง (Primitive belief) เป็นความเชื่อในระดับพื้นฐานที่สุด ซึ่งความเชื่อนี้เกิดจากได้พบเห็นมาก่อนจึงเกิดความเชื่อขึ้น

1.2 ความเชื่อจากการประเมินค่า (Evaluative belief) ความเชื่อชนิดนี้เกิดจากการที่ประสบการณ์ตรงไม่ได้เหมือนกันทุกครั้ง ดังนั้นบุคคลจึงต้องอาศัยการประเมินค่าก่อนการตัดสินใจว่าจะเชื่อหรือไม่

1.3 ความเชื่อในระดับการวิเคราะห์ (High-order belief) ความเชื่อในลักษณะนี้เป็นความเชื่อที่ได้มาจากข้อมูลหลายทางเพราะฉะนั้นก่อนจะเชื่อจะต้องอาศัยการพิจารณาถึงเหตุผลก่อนและลักษณะของความเชื่อนี้จะเป็นผลของการพิสูจน์ในเชิงตรรกวิทยามาแล้ว

1.4 ความเชื่อในระดับการสังเคราะห์ (Horizontal structure of belief) ความเชื่อในลักษณะนี้ต้องอาศัยข้อมูลและหลักฐานต่าง ๆ มากมายในการตัดสินใจเพื่อประกอบความเชื่อของตน ความเชื่อในระดับนี้จะมีการกลั่นกรองข้อมูลมาแล้วอย่างดี

2. ทศนคติเกิดจากการรับทศนคติของผู้อื่นมาเป็นของตน การรับทศนคติของผู้อื่นมานั้น มักจะเป็นในกรณีที่บุคคลอื่นนั้นเป็นผู้ที่มีความสำคัญ เป็นที่น่าเชื่อถือและยกย่องชื่นชมอย่างมาก

3. ทศนคติเกิดจากประสบการณ์ที่ประทับใจมาก ประสบการณ์บางอย่างที่ประทับใจมาก ทั้งทางด้านดี และด้านไม่ดี เพียงครั้งเดียวก็อาจก่อให้เกิดเป็นทศนคติได้อย่างรวดเร็ว

องค์ประกอบของทศนคติ

ทศนคติประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ Oskamp (1991)

1. องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive component) เป็นข้อมูลเกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจของบุคคลในการรับรู้ ซึ่งความเข้าใจจะมีส่วนเป็นตัวกำหนดของทศนคติของแต่ละบุคคล ดังนั้นองค์ประกอบด้านความรู้และความเข้าใจจึงเป็นพื้นฐานส่วนหนึ่งในการกำหนดทศนคติของบุคคล

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective component) เป็นความรู้สึกด้านอารมณ์ของบุคคล ซึ่งจะเป็นตัวเร้า ความคิดของบุคคลนั้น ถ้าบุคคลใดมีความคิดที่ดีต่อสิ่งนั้น ก็จะรู้สึกดี ๆ ต่อสิ่งนั้นด้วย คือ จะมีความรู้สึกในทิศทางบวก หรือถ้ามีความคิดไม่ดีต่อสิ่งใด ก็จะรู้สึกไม่ดีต่อสิ่งนั้น คือ จะมีความรู้สึกลบต่อสิ่งนั้น ทศนคติจะออกมาในรูปของความรู้สึก ชอบ ไม่ชอบ พอใจ ไม่พอใจ ซึ่งแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง องค์ประกอบด้านความรู้และองค์ประกอบด้านความรู้สึกจะมีความสัมพันธ์กัน ทศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งจะประกอบด้วยความรู้ความเข้าใจมาก แต่ประกอบด้วยความรู้สึกด้านอารมณ์น้อย แต่ทศนคติบางอย่างก็มีลักษณะตรงข้ามกัน

3. องค์ประกอบด้านปฏิบัติ (Behavior component) ซึ่งองค์ประกอบในด้านนี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญเพราะเป็นตัวที่แสดงถึงทศนคติ เป็นความพร้อม หรือความโน้มเอียงที่บุคคล จะประพฤติปฏิบัติ เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทิศทางที่สนับสนุน หรือคัดค้าน หรืออดยหนี่ อันเนื่องมาจากความคิด ความรู้สึกต่อสิ่งนั้น

ทัศนคติต่อการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ

จากการที่ทัศนคติเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของบุคคล ดังนั้นทัศนคติต่อการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยต้องประกอบไปด้วย

1. ทัศนคติที่ดีต่อการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ปฏิบัติแบบแผนผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบแสดงความรู้สึกที่ดี ที่ชอบ ต่อการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ ในกรณีที่บุคคลจะมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยนั้นจะต้องประกอบไปด้วย

1.1 ความรู้ความเข้าใจที่ได้รับเกี่ยวกับการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย โดยการเรียนรู้ถึงประโยชน์ของการใช้แผนการดูแล ไม่ว่าจะเป็นการได้รับการเรียนรู้จากแหล่งต่าง ๆ เช่น การได้เรียนรู้ในหลักสูตร การอบรมวิชาการ เป็นต้น ซึ่งการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยก็จะส่งผลให้บุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย

1.2 การได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย อาจจะเป็นการได้รับประสบการณ์จากทางตรงหรือทางอ้อม หรือจากประสบการณ์ที่สะสมมา ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้เป็นประสบการณ์ที่ดี เกี่ยวกับการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้บุคคลเกิดทัศนคติที่ดีต่อการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย

1.3 การรับทัศนคติเกี่ยวกับการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยจากบุคคลอื่น หรือบุคคลรอบข้าง ที่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้บุคคลนั้นเกิดทัศนคติที่ดีต่อการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน

1.4 องค์กร หรือสถาบันมีการให้การสนับสนุนและส่งเสริมการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย ก็จะทำให้บุคคลเกิดทัศนคติที่ดีต่อการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย

2. ทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย หมายถึงความรู้สึกที่ผู้ปฏิบัติแผนการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบแสดงความรู้สึกที่ไม่ดี ไม่ชอบ ต่อการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ จากการที่บุคคลเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใช้แบบแผนการดูแลนั้นอาจเกิดจากการที่บุคคลไม่ได้รับความรู้และความเข้าใจในการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยเท่าที่ควรจึงส่งผลให้บุคคลนั้น

เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย และนอกจากนี้ถ้าตัวบุคคลไม่มีความพร้อมต่อการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย ก็ส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยได้เช่นกัน

และจากแนวคิด (Bloom, 1975; Gage and Berliner, 1992) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อสิ่งใด บุคคลก็สามารถทุ่มเท และพยายามที่จะปฏิบัติหรือทำงานนั้น ๆ ให้ลุล่วงไปด้วยดี และจะเห็นได้ว่าถ้าบุคคลใดมีความรู้ความเกี่ยวข้องกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดก็จะมีทัศนคติต่อสิ่งนั้นจะแสดงออกโดยทางความรู้สึกหรือโดยการปฏิบัติ โดยทัศนคติเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติ ทัศนคติเป็นส่วนที่ทำให้มีการปฏิบัติตามมา (Schwartz, 1975; Oskamp, 1991) ดังนั้นทัศนคติต่อบุคลากรสุขภาพต่อการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยตลอดเล็ดหัวใจตีบเป็นความรู้สึก ความคิดเห็นต่อการนำแผนการดูแลผู้ป่วยตลอดเล็ดหัวใจตีบซึ่งเป็นความรู้สึกในทางบวกหรือลบก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าบุคลากรทางสุขภาพได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วยตลอดเล็ดหัวใจตีบ อย่างไรบ้าง ถ้าหากบุคลากรทางสุขภาพได้รับข้อมูลที่ดีเกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วยตลอดเล็ดหัวใจตีบ ก็จะส่งผลให้บุคลากรสุขภาพเกิด เกิดทัศนคติที่ดี ยอมรับ และนำแผนการดูแลผู้ป่วยตลอดเล็ดหัวใจตีบใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้พัฒนาขึ้นเพื่อจะทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องสุขภาพอนามัย แบบแผนความเชื่อนี้จะคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลต่าง ๆ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นกับองค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับการเอาใจใส่ ประสิทธิภาพ และ สวิง (2536) การนำการรับรู้ทางสุขภาพมาเป็นองค์ประกอบสำคัญของทฤษฎีรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ได้พัฒนามาจากการศึกษาปรากฏการณ์ของทฤษฎีสถานแห่งชีวิตของ (Becker and Maiman, 1974; Rosenstock, 1974) เป็นผู้ริเริ่มนำรูปแบบเจตคติด้านสุขภาพมาใช้ในการป้องกันโรคของบุคคล โดยเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ของพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจและเชื่อว่าสิ่งนั้นจะทำให้เกิดผลดีแก่ตนและจะหลีกเลี่ยงสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา องค์ประกอบที่ Rosenstock

กล่าวไว้ในรูปแบบเจตคติด้านสุขภาพ คือ การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีเจตคติที่ว่า

1. เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตพอสมควร

จากแนวคิดนี้ มีผู้ศึกษานำมาเป็นแนวทางและสรุปได้ว่า การที่บุคคลจะป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสุขภาพของเขานั้น ต้องเกิดจากการที่เขายอมรับว่าการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีมากกว่าและสิ่งที่เขาจะต้องปฏิบัติเป็นสิ่งที่ไม่ยากเกินไป จนตัวกำหนดของพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหลีกเลี่ยงสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา ซึ่งมีองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ สรุปได้ดังนี้

1. เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตของเขา
3. การปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะให้ผลดีแก่เขามาก การช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และไม่ควรมียุทธวิธีที่จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด ความอาย เป็นต้น

Becker and Maiman (1974) ได้เสนอว่าองค์ประกอบของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนั้นสามารถอธิบายได้ถึงความต้องการที่จะยินยอมรับการรักษา และจากความตั้งใจ อันเนื่องมาจากแรงจูงใจทางสุขภาพอนามัย ซึ่งสรุปได้ว่าบุคคลนั้นยอมรับเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป และยอมรับในการบำบัดรักษา ซึ่งการยอมรับนั้นเกิดจากการมีสิ่งสนับสนุนทั้งภายในตัวเขาและภายนอกตัวเขาด้วย ในส่วนของการยอมรับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้เป็นหลักในการทำนายพฤติกรรมจะต้องให้สอดคล้องกับความเป็นจริงที่บุคคลนั้นจะรับรู้ได้ไม่ยาก จึงทำให้เกิดการยอมรับในพฤติกรรมนั้น ทำนองเดียวกัน องค์ประกอบทางสุขภาพที่ทำให้เกิดความสับสนนั้น การรักษาก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรค ดังนั้น เพื่อจะให้รูปแบบความเชื่อทางด้านสุขภาพมีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นจะต้องมีการวางแผนให้ตรงจุดประสงค์ และในการวัดการประเมินต้องใช้

การวัดจำนวนมาก ๆ ซึ่งส่วนใหญ่ในองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพอยู่กับการรับรู้ของบุคคล ที่ต้องการจะวัดพฤติกรรม โดยสรุปองค์ประกอบของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนั้นสามารถแยกเป็นลำดับข้อและให้รายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้ในโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกันของบุคคล ที่จะรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ โดยที่บางครั้งบุคคลอาจจะรู้สึกเพิกเฉย ไม่รับรู้ว่ามีโอกาสที่จะติดโรคนั้น ในขณะที่บางคนอาจจะมีระดับของโอกาสที่จะรับรู้ว่ามีโอกาสที่ติดโรค แต่ตนเองมักไม่อยากจะเกิดขึ้นกับตน ดังนั้นการรับรู้ในความเชื่อในโอกาสเสี่ยงของโรคของบุคคลจึงอาจอยู่ในระดับต่าง ๆ กัน การรับรู้นี้มีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล บางคนมีการรับรู้เนื่องจากมีความเชื่อในระดับปานกลาง หรือมีความเชื่อในระดับสูง จึงทำให้หลีกเลี่ยงการเป็นโรค โดยการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน ดังนั้นในการวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงจึงวัดความเชื่อทั้ง 3 ทางคือ

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อการวินิจฉัยโรค ข้อสรุปของแพทย์ ซึ่งทำให้การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคผิดไป

1.2 การคาดคะเนของบุคคลถึงโอกาสการกลับเป็นซ้ำ หรือเกิดอาการของโรคขึ้นใหม่อีก

1.3 ความรู้สึกของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ หรือความเจ็บป่วยโดยทั่วไป

มีการศึกษาวิจัยที่แสดงให้เห็นได้ว่าการรับรู้ในโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกที่ยอมรับว่าเรามีโอกาสที่จะเจ็บป่วยเป็นโรคนั้นได้ และมีการยินยอมในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ดังเช่น การศึกษาของ สมใจ (2541) พบว่าโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด และการศึกษาของ รัชญาลักษณ์ (2544) ได้ศึกษาโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การศึกษาของ จิติมา (2547) พบว่า โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การศึกษาของ สุนทรี (2548) พบว่า การรับรู้ในโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและดูแลผู้ป่วยเด็กตาเข

2. การรับรู้ในความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ ความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ซึ่งก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก การเสียเวลา เป็นต้น การประเมินความรุนแรงนั้น โดยอาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (Emotional Arosal) ที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลคิดถึงเกี่ยวกับโรคนั้น ซึ่งอาจจะมองปัญหาสุขภาพในแง่ที่ โรคนั้นจะนำไปสู่ความตายได้หรือไม่ หรืออาจจะมีผลไปลดระดับการทำงานทั้งทางร่างกายและ จิตใจหรือไม่เพียงใด หรือโรคนั้นจะนำไปสู่ภาวะความพิการในลักษณะถาวรหรือไม่ เมื่อบุคคลเกิด ความรู้ถึงความรุนแรงของโรคแล้ว จะมีผลทำให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันหรือ รักษาโรคนั้นเพื่อไม่ให้เป็นโรคขึ้นอีกได้ อย่างไรก็ตามในการประเมินผลการรักษาตามความรุนแรง ของโรคนั้น อาจจะไม่สามารถทำนายความสัมพันธ์ในการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาได้ การจะวัดว่าบุคคลนั้นรับรู้ว่ามีโรคนั้นมีความรุนแรงหรือไม่ต้องดูจากพฤติกรรม ของเขาว่าเขาแสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรคหรือรักษาโรคได้ถูกต้อง จากการศึกษาของ ัญญาลักษณ์ (2544) ได้ศึกษาการรับรู้ในความรุนแรงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การศึกษาของ จิตมา (2547) พบว่า การรับรู้ ในความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การศึกษาของ สุนทรี (2548) พบว่า การรับรู้ในความรุนแรง ของโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและดูแลผู้ป่วยเด็กตาเข

3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Benefits and Perceived Barriers) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติ เป็นการรับรู้ที่มีผลมาจากความเชื่อที่ว่า วิธีการดังกล่าวเป็นทางออกที่ดีก่อให้เกิดประโยชน์และเหมาะสมที่สุดที่จะลดภาวะเจ็บป่วยที่กำลัง คุกคามต่อสุขภาพ การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและ ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ส่วนการรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่ายราคาแพง ความไม่สะดวก ความอาย ฯลฯ ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยข้าง นี้นักข้อดีหรือข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดี มากกว่าผลเสีย จากการศึกษาของ สมใจ (2531) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด และ การศึกษาของ ัญญาลักษณ์ (2544) ได้ศึกษาการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม

การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การศึกษาของ สุนทรี (2548) พบว่า การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและดูแลผู้ป่วยเด็กตาเข

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

Caplan *et al.* (1972 อ้างใน บุญเยี่ยม, 2528) เป็นผู้คิดค้นทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีแนวคิดหลัก (Key Concept) ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ได้

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อบุคคล ทั้งภาวะปกติและภาวะวิกฤตของชีวิต แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมได้รับความสนใจ และถูกนำมาใช้ในระบบบริการสุขภาพ เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมยังช่วยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้กับบุคคล และยังทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาจะได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องนับถือและมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และ กลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ได้ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิต และการส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมถูกใช้ในการช่วยทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในด้านการรักษาพยาบาล และมีพฤติกรรมเอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค เช่น การให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย เป็นต้น

แนวคิดและความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Caplan (1974) ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลที่ได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นข้อมูลข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือการผลักดันทางด้านอารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

Cobb (1976) ให้ความหมายว่า คือการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตนเองเชื่อว่ามีบุคคลที่ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และให้การยกย่อง โดยบุคคลนั้นเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคมนั้น

Kahn (n.d. อ้างใน มนต์ธีรา, 2548) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งแสดงถึงความรู้สึกที่ดีระหว่างบุคคล การยอมรับพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้หรือแสดงออกให้เห็นถึงการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

มนต์ธีรา (2548) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างคนไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ และความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าเขาได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

Norbeck (1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้ที่มีความเครียดลดลงจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง สามารถป้องกันการเกิดโรค และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล

Thoits (1982) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งเกิดจากมีการติดต่อกับบุคคลอื่น โดยการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด และการตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็วขึ้น

บุญเยี่ยม (2528) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ทำให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคล หรือกลุ่มบุคคล เช่น บุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามี ญาติ พี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความร่วมมือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้รับแรงสนับสนุน และมีผลให้ผู้รับแรงสนับสนุนปฏิบัติตนในทิศทางที่ผู้ให้การสนับสนุนต้องการ

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลในสังคมได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านวัตถุ และความมั่นคงทางอารมณ์ จากบุคคล หรือกลุ่มบุคคลในเครือข่ายของสังคมนั้น ๆ และผลของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุน รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่น และเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้น เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม

หลักการของการสนับสนุนทางสังคม (Pilisuk, อ้างใน มนต์ธีรา, 2548) ประกอบด้วย

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์ นั้นจะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับ เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่มีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงจัง
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้น เป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

ประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม มี 4 รูปแบบ (บุญเยี่ยม, 2528) คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้การยอมรับนับถือ ความห่วงใย เอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ ความไว้วางใจความรักและความผูกพันต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (appraisal support) ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมา และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคมซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง คำแนะนำ ตักเตือน การให้คำปรึกษา การบอกแนวทางเลือกหรือแนวทางปฏิบัติ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา
4. การช่วยเหลือด้านสิ่งของ (instrument support) เป็นการช่วยเหลือโดยจัดหา เงินทุน อุปกรณ์ เครื่องมือ แรงงาน และบริการที่จำเป็น

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มสังคมโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ประเภท บุญเยี่ยม (2528) คือ กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ

กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน

กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ

ระบบการสนับสนุนทางสังคม

Pender (1987) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ คือ

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมากที่สุดต่อผู้ป่วย เพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็ก เป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อแบบแผนพฤติกรรม การปฏิบัติสัมพันธ์และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตอันจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย
2. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการ และสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้โดยง่าย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งประสบความสำเร็จ และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่าง ๆ ในชีวิตได้
3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนา หรือแหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ (Religious Organizations of denomination) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำรงชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น
4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งสนับสนุนแห่งแรกที่ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งจะมีความสำคัญต่อเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ
5. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organized support system not directed by health professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการ อาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help groups) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb (n.d. อ้างใน มนต์ธีรา, 2548) ได้แบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับกว้าง (Macro level) การวัดโดยพิจารณาถึงกิจกรรมร่วมและการมีส่วนร่วมในสังคม ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับบุคคลต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน
2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการวัดอย่างเจาะจงถึงกลุ่มที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำการช่วยเหลือด้านวัสดุ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง
3. ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของบุคคลที่ใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่ายแรงสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ คู่สมรส บุตร และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด ให้การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักและห่วงใย (Affective support)

แรงการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ชนิด Gottlieb (n.d. อ้างใน มนต์ธีรา, 2548) คือ

1. ความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) เป็นความรู้สึกอบอุ่น มั่นคงปลอดภัย มีคนรักใคร่เอาใจใส่ ซึ่งส่วนใหญ่ได้จากคู่สมรสและเพื่อนสนิท ถ้าขาดแรงสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยว
2. การมีส่วนร่วมในสังคม (Social integration) ทำให้บุคคลมีโอกาสผูกมิตรกัน มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมด้วยกัน รู้สึกมีเป้าหมายและมีคุณค่าต่อสังคม ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคม และรู้สึกเบื่อหน่ายในการดำรงชีวิต

3. โอกาสในการอบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น (Opportunity for nurturance) ได้แก่ การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข ซึ่งทำให้รู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และเป็นผู้พึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้ จะเกิดความคับข้องใจและทำให้รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์และไร้จุดหมาย

4. ส่งเสริมให้มีความมั่นใจในคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) ได้แก่ การที่บุคคลได้รับการเคารพ ยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและผู้ร่วมงาน ถ้าได้รับการส่งเสริมจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี (Sense of reliable alliance) ความรู้สึกเช่นนี้ได้มาจากครอบครัวหรือเครือญาติ ซึ่งสมาชิกแต่ละคนต่างคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดความรู้สึกเช่นนี้ ทำให้บุคคลรู้สึกขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับคำชี้แนะ (Obtaining of guidance) เป็นความต้องการในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต ทำให้ต้องการคำปลอบใจ คำแนะนำจากบุคคลที่ตนศรัทธาและเชื่อมั่น ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้รู้สึกสิ้นหวังจาก รุ่งนภา (2548) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดาที่มีบุตรอายุระหว่าง 2-6 เดือน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี โดยประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บิดามารดาที่มีบุตรอายุระหว่าง 2-6 เดือน จำนวน 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คู่ กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คู่ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติเพื่อการเลี้ยงดูบุตร การคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อการเลี้ยงดูบุตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลี้ยงดูบุตรที่มีอายุระหว่าง 2-6 เดือน ดีวก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมที่สร้างโดยประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา สามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากทฤษฎีต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล และ เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือแสดงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งใจนำแนวคิดต่างๆ จากทฤษฎีต่าง ๆ ที่ศึกษามาประยุกต์ใช้ในการหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

จอม (2540) ศึกษาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถโดยรวมของญาติมีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ด้วยตนเองและการเรียนรู้จากบุคลากรทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่ แรงจูงใจในการสังเกตและใช้เหตุผลคิดวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูล เพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย

จินนะรัตน์ (2540) ศึกษาผลการสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสอนและการฝึกทักษะตามแบบแผนที่กำหนดมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น

ภารณี (2541) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี พบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี ($r = -.289$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) ภาวะสุขภาพความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี ($r = -.327$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) ความรู้สึกไม่แน่นอนความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี ($r = .328$) อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .01 4) ผลการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองสามารถร่วมอธิบายความผันแปรของ ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี ได้ร้อยละ 21.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุดศิริ (2541) ศึกษา การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การส่งเสริมความสามารถการดูแลประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล พัฒนาความสามารถการดูแลและจัดการตัวเอง พัฒนาความสามารถ การดูแลด้วยตนเองและ ปรับบทบาท และพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างยั่งยืนและปรับวิถีชีวิต กลยุทธ์ การส่งเสริมความสามารถการดูแลประกอบด้วย สร้างความไว้วางใจและเชื่อถือ สะท้อนคิดพิจารณา การมีส่วนร่วม หากกลุ่มช่วยเหลือ สร้างพลังความสามารถในการดูแล ผสมผสานความเชื่อ การดูแล สนับสนุนและชมเชยในวิธีการดูแลของผู้ดูแล

รุ่งรัตน์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัว ในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในพื้นที่บริการ โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะ สุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย หรือสนามกีฬา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับคำแนะนำจากแหล่งอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของ ครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตัวแปรที่มีอำนาจทำนายสูงสุด คือ การได้รับคำแนะนำด้าน สุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคลากรทางการแพทย์ และตัวแปรทำนายร่วมคือ เจตคติต่อ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 38.1

ลัดดาวัลย์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

วัลภา (2545) ศึกษาอิทธิพลของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความสามารถในการทำนาย การดูแล และปัจจัย ด้านญาติผู้ดูแลต่อความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า การดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลในระดับปานกลาง ($r = -.450$, $P < .05$) สามารถอธิบายความแปรปรวนของความเครียดจากการดูแลได้ร้อยละ 20.2 ส่วนความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลในระดับต่ำ ($r = -.317$, $P < .05$) สามารถอธิบายความแปรปรวนของความเครียดจากการดูแลเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.9 และระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลในระดับต่ำ ($r = .273$, $P < .05$) สามารถอธิบายความแปรปรวนของความเครียดจากการดูแลเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.2 ผลการวิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลควรส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจถึงสภาพ ความบกพร่องของผู้ป่วยเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยและพัฒนาความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย สร้างความรู้สึกที่ดีต่อกัน รวมทั้งตระหนักในญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดจากการดูแลได้ง่าย จึงควรวางแผนทางการแก้ปัญหาาร่วมกัน และให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและดูแลปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลด้วย

วิภา (2545) ศึกษาอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแล และปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า การขาดแหล่งประโยชน์ และความเครียดจากการดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ($r = -.572$, $r = -.658$, $P < .01$) สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .001$ สำหรับอายุและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ($r = -.174$, $r = 0.035$, $P > .01$)

รวีภา (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนหมู่บ้านปิ่นเจริญ 2 เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ รายได้และเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

สุพิชญา (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรม การปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทางจิตสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ปัจจัยทางจิตลักษณะ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ การมุ่งอนาคตและการควบคุมตนเองในการ ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนของ เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

สุภาพรณี (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและ ครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มา รับบริการ คือ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการส่วนปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการ ด้วยเช่นเดียวกัน

เพลินตา (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มา รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดข่าย ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่า 1) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 35 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาส เสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 3) ความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุน ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยาย หลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .014) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษารายได้ และบุคคลใกล้ชิด ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

รัศมี (2548) ได้ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี โดยรวมอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน ระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 0.05 และ 0.001 ตามลำดับ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปิยาภรณ์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า 1) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศและตำแหน่ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 4) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 5) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงาน การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกตัวแปร ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุด คือ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีตัวแปรร่วมทำนาย ได้แก่ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงาน ตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 24.2

สุพร (2549) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ต้องขังทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ต้องขังทัณฑสถานอยู่ในระดับสูง ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อน และการมีนโยบายของกรมราชทัณฑ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Bloom (1975); Gage and Berliner (1992) ในการปฏิบัติใด ๆ ก็ตามผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะปฏิบัติ เมื่อผู้ปฏิบัติได้เรียนรู้และมีความรู้แล้ว จะสามารถลงมือปฏิบัติจริงตามขั้นตอนและกระบวนการของการเรียนรู้ นั้น ๆ และเมื่อมีการปฏิบัติบ่อย ๆ ร่วมกับการเรียนรู้เพิ่มขึ้น โดยตรงจากการปฏิบัติก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติมีความชำนาญมากขึ้น ดังนั้นความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการปฏิบัติของบุคคล ในการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผู้ใช้จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดูแลโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ประกอบไปด้วย ความหมาย ประโยชน์ องค์ประกอบและรายละเอียดของขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ โดยความรู้เหล่านี้มีความสำคัญต่อการนำแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไปปฏิบัติ และแนวคิดของ Orem (1985) ที่กล่าวว่า แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จิตใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้รับลึกถึงเป้าหมายประสงค์ของการกระทำ

Green (1980) ซึ่งกล่าวว่า เจตคติหรือ ทักษคติ คือ แนวโน้มของจิตใจ หรือความรู้สึกที่คงที่ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์เป็นผลมาจากประสบการณ์และความเชื่อที่สะสมกันมานาน และผ่านการประเมินคุณค่าว่ามีลักษณะดีหรือไม่ดี พฤติกรรมของบุคคลนั้นจะเป็นไปตามทิศทางนั้นตามทัศนคติของตน เช่นเดียวกับแนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติที่เป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรม ทัศนคติเป็นผลรวมของความเชื่อความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งนั้นในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

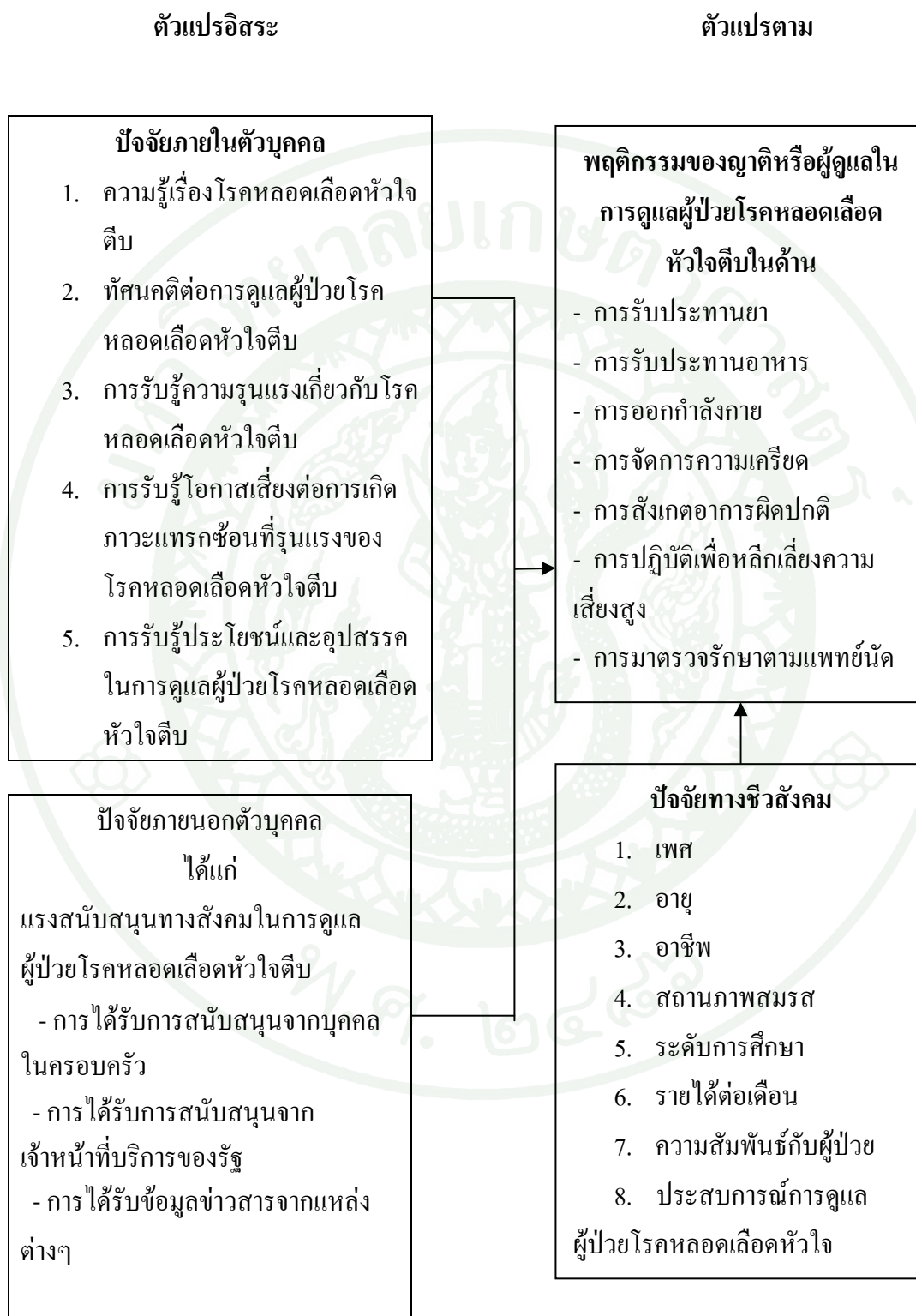
Becker (1974) ได้กล่าวว่า แม้นบุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค หรือ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันโรคจะไม่แสดงออกจนกว่าจะมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายสามารถทำลายชีวิตหรืออาจมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายและมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม ซึ่งจะช่วยให้มีการตัดสินใจทำให้มีพฤติกรรมที่ดีเกิดขึ้น

Cobb (1976) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาดำ Orem (1985) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบจะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลในระยะเวลาอันสั้น จะมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแล การปรับตัวและ ความช่วยเหลือต่างๆ เป็นอย่างมากในระยะแรกที่เริ่มดูแล รวมทั้งความหวังที่จะให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์มากขึ้นในการดูแล ได้เคยแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นความต้องการในสิ่งที่เคยต้องทราบก็ไม่จำเป็นอีกต่อไป หรือต้องการน้อยลง ผู้ดูแลอาจรู้สึกมีความหวังน้อยลง ถ้าพบว่าสภาพอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ประกอบกับถ้าต้องดูแลด้วยระยะเวลาที่ยาวนาน

Pender (1987) พบว่า การศึกษามีผลต่อการพัฒนา ความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติ โดยทั่วไปบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำโดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อย

จากการทบทวน แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งผู้วิจัยนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปร



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปร

สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษา และการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สมมติฐานที่ 4 ตัวแปรจากปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้ดีกว่าการทำนายด้วย ตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว

อุปกรณ์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประเภทการสำรวจ (Survey Research Method) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 480 คน (สถิติหน่วยศัลยกรรมทรวงอก เดือนมกราคม – เดือนธันวาคม 2551) และจากสถิติเดือน ตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม 2552 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก รพ.พระมงกุฎเกล้าจำนวน 104 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กัลยา (2550) จากกลุ่มประชากรที่มารับการตรวจตามนัดหลังผ่าตัด ระหว่าง เดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม 2552 มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จำนวน 104 คน โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ คือ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ดูแลของผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ ภรรยา สามี ลูก พี่ น้อง หรือผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกันทางสายเลือด ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
2. เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ติดต่อกันและมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
3. รู้สึกตัวดีไม่มีความผิดปกติทางด้านระบบสมอง และ จิตประสาท
4. สามารถอ่านออกเขียนได้ ฟังภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย
6. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาจากประชากรที่มารับบริการรักษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 104 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 20 ข้อ ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–20 คะแนน มีค่าพิสัยของคะแนนจริง (สูงสุด – ต่ำสุด) เท่ากับ 4 - 20 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลมีดังนี้

คำตอบที่ถูกต้อง	ได้	1	คะแนน
คำตอบที่ผิด	ได้	0	คะแนน
คำตอบไม่ทราบ	ได้	0	คะแนน

การประเมินผล แบ่งระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้จาก ค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2}$ S.D. (บุญธรรม, 2542) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ($\bar{X}$) เท่ากับ 15.31 และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 1.778 มีระดับค่าคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนการแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ระดับสูง	หมายถึง คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2}$ S.D. ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2}$ S.D.
ระดับต่ำ	หมายถึง คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2}$ S.D. ถึงคะแนนต่ำสุด

มีความรู้อยู่ในระดับสูง	ได้ค่าคะแนนระหว่าง 17.1 – 20	คะแนน
มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง	ได้ค่าคะแนนระหว่าง 13.54 – 17.09	คะแนน
มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ	ได้ค่าคะแนนระหว่าง 4 – 13.53	คะแนน

และแบ่งเกณฑ์ประเมินระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำแนกรายข้อออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าพิสัย (บุญธรรม, 2542) ดังนี้

$$\text{Min} = 0 \text{ Max} = 1 \text{ S.D.} = .33 \text{ (} 1 - 0/3 = 0.33 \text{)}$$

ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง 0.68 - 1.00 คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง 0.34 - 0.67 คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง 0.00 - 0.33 คะแนน

2. แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert's Scale) นำมาปรับเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นประโยคบอกเล่า มีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ (Positive or Negative Statement) จำนวน 20 ข้อ มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 53- 80 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล ดังนี้

ข้อความที่เป็นทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่เป็นทางลบ (Negative statement)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การประเมินผล แบ่งระดับทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับทัศนคติจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนน ที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (บุญธรรม, 2542)

ค่าคะแนนการแบ่งระดับทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	
ระดับสูง	หมายถึง คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับต่ำ	หมายถึง คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระดับสูง ได้ค่าคะแนนระหว่าง 68.19 - 80 คะแนน

มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระดับปานกลาง ได้ค่าคะแนนระหว่าง 62.58 – 68.18

คะแนน

มีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระดับต่ำ ได้ค่าคะแนนระหว่าง 53 – 62.57 คะแนน

และแบ่งเกณฑ์ประเมินระดับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
จำแนกรายข้อออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าพิสัย (บุญธรรม, 2542) ดังนี้

$$\text{Min} = 1 \text{ Max} = 4 \text{ S.D.} = 1.00 (4-1/3 = 1.00)$$

ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	3.01- 4.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	2.01- 3.00	คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	1.00 -2.00	คะแนน

3. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

3.1 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สร้างตามแบบการวัดของลิเคอร์ท (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นประโยคบอกเล่ามีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ (Positive or Negative Statement) จำนวน 23 ข้อ มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 65 – 92 โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล ดังนี้

ข้อความที่เป็นทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่เป็นทางลบ (Negative statement)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การประเมินผล แบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรับรู้ความรุนแรงจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (บุญธรรม, 2542) มีระดับคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนการแบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ระดับสูง	หมายถึง คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับต่ำ	หมายถึง คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ระดับสูง	ได้ค่าคะแนนระหว่าง	80.95 - 92	คะแนน
ระดับปานกลาง	ได้ค่าคะแนนระหว่าง	73.18 – 80.94	คะแนน
ระดับต่ำ	ได้ค่าคะแนนระหว่าง	65 – 73.17	คะแนน

และแบ่งเกณฑ์ประเมินระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำแนกรายข้อออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าพิสัย (บุญธรรม, 2542) ดังนี้

$$\text{Min} = 1 \text{ Max} = 4 \text{ S.D.} = 1.00 \text{ (} 4 - 1/3 = 1.00 \text{)}$$

ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	3.01- 4.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	2.01- 3.00	คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	1.00 - 2.00	คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สร้างตามแบบการวัดของลิเคอร์ท (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นประโยคบอกเล่ามีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ (Positive or Negative Statement) จำนวน 21 ข้อ ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 44 – 84 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนนจริง (สูงสุด – ต่ำสุด) เท่ากับ 84 – 44 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล ดังนี้

ข้อความที่เป็นทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่เป็นทางลบ (Negative statement)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
มากที่สุด	4	มากที่สุด	1
มาก	3	มาก	2
น้อย	2	น้อย	3
น้อยที่สุด	1	น้อยที่สุด	4

การประเมินผล แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้จากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ (บุญธรรม, 2542)

ค่าคะแนนการแบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ระดับสูง หมายถึง คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ได้ค่าคะแนนระหว่าง 71 – 84 คะแนน

ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ได้ค่าคะแนนระหว่าง 62.13 – 70.99
คะแนน

ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ได้ค่าคะแนนระหว่าง 44 – 62.12 คะแนน

และแบ่งเกณฑ์ประเมินระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แยกย่อยออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าพิสัย (บุญธรรม, 2542) ดังนี้

$$\text{Min} = 1 \text{ Max} = 4 \text{ S.D.} = 1.00 \text{ (} 4 - 1/3 = 1.00 \text{)}$$

ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	3.01- 4.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	2.01- 3.00	คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	1.00 - 2.00	คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติมาก ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นประโยคบอกเล่ามีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ (Positive or Negative Statement) จำนวน 25 ข้อ ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 53 - 100 คะแนน

โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล ดังนี้

ข้อความที่เป็นทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่เป็นทางลบ (Negative statement)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	ปฏิบัติเป็นประจำ	1
ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	3	ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	3
ไม่ปฏิบัติเลย	1	ไม่ปฏิบัติเลย	4

การประเมินผล แบ่งระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้จากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (บุญธรรม, 2542) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ($\bar{X}$) เท่ากับ 84.87 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 9.185 มีระดับคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนการแบ่งระดับพฤติกรรมพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ระดับสูง	หมายถึง คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับต่ำ	หมายถึง คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

พฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง	ได้ค่าคะแนนระหว่าง 89.47 - 100 คะแนน
พฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง	ได้ค่าคะแนนระหว่าง 80.28 – 89.46 คะแนน
พฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ	ได้ค่าคะแนนระหว่าง 53 – 80.27 คะแนน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาสร้างแบบสอบถาม โดยให้มีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนอคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง และนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ (Content Validity)

3. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

3.1 ตรวจสอบความตรง (Content Validity) โดยนำเครื่องมือ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบว่าตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด มีความถูกต้องและชัดเจนของการใช้ภาษาเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไข ในด้านของการใช้ภาษา ตัดข้อคำถามบางข้อที่เป็นข้อความปฏิเสธซ้อนปฏิเสธออก และเพิ่มข้อคำถามให้ตรงกับเนื้อหาของการวิจัยเพิ่มขึ้น ให้ตรงตามที่คุณผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ เพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์

3.2 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามความรู้ใช้วิธี Kuder Richardson (KR-20) ส่วนแบบสอบถามด้านอื่นทดสอบความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปได้ค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.879 และ ค่าความเชื่อมั่นของแต่ละส่วน ดังนี้

แบบวัดความรู้	ค่าความเชื่อมั่น = 0.860
แบบวัดทัศนคติ	ค่าความเชื่อมั่น = 0.741
แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ	ค่าความเชื่อมั่น = 0.797

แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม	ค่าความเชื่อมั่น = 0.869
แบบวัดพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วย	
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	ค่าความเชื่อมั่น = 0.813

4. แบบสอบถามความรู้ นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก และค่าความยากง่ายรายข้อ โดยใช้วิธีของ Kuder Richardson Formula 20 หรือ KR-20 เลือกใช้ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนก ตั้งแต่ .2 ขึ้นไป

5. นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแบบสอบถามขั้นสุดท้าย และเสนอคณะกรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ก่อนนำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เรื่องขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตการทำวิจัยในคนต่อคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับบริการ และมารับการตรวจตามนัดที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกเฉพาะทางศัลยกรรมทรวงอก กองศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

3. หลังจากได้รับหนังสืออนุญาต ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือและถามความสมัครใจในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตอบแบบสอบถามอย่างอิสระและเก็บแบบสอบถามคืนในวันเดียวกัน เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนจากความคิดของคนอื่นในการตอบแบบสอบถาม

4. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม
ทุกฉบับ ก่อนนำมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่เก็บได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล
โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติวิเคราะห์ ดังนี้ (กัลยา, 2550)

1. ข้อมูลทางชีวสังคม นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้
ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะประชากร

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ที่คอยดูแล
ขณะเจ็บป่วยกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบ
หลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก รพ.พระมงกุฎเกล้า โดยใช้สถิติวิเคราะห์
ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square) สถิติ Contingency Coefficient และสถิติ
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Rank Order Correlation)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ,
ทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือด
หัวใจ, การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ,
การรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจ
และทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วย
นอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's
Product Moment Correlation Coefficient)

5. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก รพ. พระมงกุฎเกล้า โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Stepwise Method



ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล และ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มารับบริการและมาตรวจตามนัดในระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม 2552 จำนวน 104 คน

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการวิเคราะห์ และประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square) วิเคราะห์ระดับความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Contingency Coefficient และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman 's rank order correlation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์หาตัวแปรทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Stepwise Method

การเสนอผลการวิจัย นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำอธิบาย โดยแบ่งการนำเสนอเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เหลือต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการคลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตอนที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ทำการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
- 1.2 ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
- 1.3 การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 1.4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
- 1.5 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบคลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

3. พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบคลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ได้กำหนดไว้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรายละเอียดของแต่ละตอนมีดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบคลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม

(n = 104)

ปัจจัยทางชีวสังคม		จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	35	33.7
	หญิง	69	66.3
2. อายุ (ปี)	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี	23	22.1
	26 - 30 ปี	7	6.7
	31 - 35 ปี	17	16.3
	36 - 40 ปี	10	9.6
	41 - 45 ปี	6	5.8
	46 - 50 ปี	9	8.7
	51-55 ปี	7	6.7
	56 ปีขึ้นไป	25	24
3. สถานภาพสมรส			
โสด		39	37.5
สมรส		55	52.9
หม้าย		9	8.7
หย่า		1	1
สมรสแต่แยกกันอยู่		-	-

ตารางที่ 2 (ต่อ)

(n = 104)

ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2	1.9
ประถมศึกษา	4	3.8
มัธยมศึกษา / ปวช.	29	27.9
อนุปริญญา / ปวส.	13	12.5
ปริญญาตรี	46	44.2
สูงกว่าปริญญาตรี	10	9.6
5. อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	3	2.9
ค้าขาย	6	5.8
เกษตรกร	-	-
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	34	32.7
ธุรกิจส่วนตัว	18	17.3
พนักงานบริษัท	20	19.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	6.7
อื่น ๆ	16	15.4
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	5	4.8
5,001 – 10,000 บาท	16	15.4
10,001– 15,000 บาท	19	18.3
15,001– 20,000 บาท	20	19.2
มากกว่า 20,000 บาท	44	42.3

ตารางที่ 2 (ต่อ)

(n = 104)

ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
7.ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
สามี/ภรรยา	29	27.9
พ่อ-แม่	8	7.7
พี่น้อง	9	8.7
หลาน	6	5.8
ญาติ	7	6.7
ผู้ดูแลที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกันทางสายโลหิต	13	12.5
บุตร	24	23.1
ลูกเขย/ลูกสะใภ้	8	7.7
8. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจคนอื่น ๆ		
เคย	31	29.8
ไม่เคย	73	70.2

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มา
รับการรักษา คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำแนกได้ดังนี้

1. เพศ พบว่า ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคความหลอดเลือดหัวใจตีบ ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง
ร้อยละ 66.5 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 33.7

2. อายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุสูงกว่า 56 ปี ร้อยละ 24 รองลงมา คือ มีน้อยกว่าหรือเท่ากับ
25 ปี ร้อยละ 22.1 อายุระหว่าง 31 - 35 ปี ร้อยละ 16.3 อายุระหว่าง 36 – 40 ร้อยละ 9.6 อายุระหว่าง
25 - 30 ปี ร้อยละ 6.7 อายุระหว่าง 46 - 50 ปี ร้อยละ 8.7 อายุระหว่าง 51 – 55 ร้อยละ 6.7

3. สถานภาพการสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.9 รองลงมา คือ โสด ร้อยละ 18.9 สถานภาพโสด ร้อยละ 37.5 หม้าย ร้อยละ 8.7 และสถานภาพหย่าร้าง ร้อยละ 1 ตามลำดับ

4. ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 44.2 รองลงมา คือ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา / ปวช. ร้อยละ 27.9 จบการศึกษาระดับอนุปริญญา / ปวส. ร้อยละ 12.5 จบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 9.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 3.8 ไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 1.9

5. อาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 32.7 รองลงมา คือ อาชีพพนักงานบริษัท ร้อยละ 19.2 อาชีพธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 17.3 อาชีพอื่น ๆ ร้อยละ 15.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 6.7 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 5.8 และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 2.9

6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 42.3 รองลงมาคือ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 19.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 18.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 15.4 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 4.8 ตามลำดับ

7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า มีความสัมพันธ์เป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 27.9 มีความสัมพันธ์เป็นบุตร 23.1 ผู้ดูแลที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกันทางสายโลหิต ร้อยละ 12.5 มีความสัมพันธ์เป็นพี่/น้อง ร้อยละ 8.7 มีความสัมพันธ์เป็นพ่อ-แม่ และ ลูกเขย/ลูกสะใภ้ ร้อยละ 7.7 มีความสัมพันธ์เป็นหลาน ร้อยละ 6.7 มีความสัมพันธ์เป็นญาติ ร้อยละ 5.8

8. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจคนอื่น ๆ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคย มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจคนอื่น ๆ ร้อยละ 70.2 และ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจคนอื่น ๆ ร้อยละ 29.8

ตอนที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วยปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบคลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล

1.1 ความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำแนกเป็นรายชื่อ

(n = 104)

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
1.	โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้	.84	.372	สูง
2.	จากหลอดเลือดแดงไม่เพียงพอกับความต้องการเนื่องจากมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจหรือการหดเกร็งของเส้นเลือด	.81	.396	สูง
3.	ถ้ามีการตีบของหลอดเลือดหัวใจหลายเส้นจะทำให้ผู้ป่วยมีอันตรายมากขึ้น	.94	.234	สูง
4.	ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอล ที่เกินกว่า 200 mg/dl มีโอกาสเป็น	.79	.410	สูง
5.	ผู้ที่มีคนในครอบครัว เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีคนในครอบครัวเป็นโรค	.64	.481	ปานกลาง
6.	คนพอมมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนอ้วน	.70	.460	สูง
7.	เพศหญิงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าผู้ชาย	.54	.501	ปานกลาง
8.	ความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ไม่ได้รับการรักษาก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้	.76	.429	สูง
9.	การออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นสาเหตุของการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เพราะหัวใจทำงานหนัก	.88	.332	สูง
10.	ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีโอกาสป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่	.88	.332	สูง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n = 104)

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
11.	การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก ๆ เช่น อาหารประเภททอดแกงกะทิ จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้	.91	.283	สูง
12.	การกินอาหารมากเกินไปความต้องการของร่างกายเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้	.66	.475	ปานกลาง
13.	ผู้ที่ดื่มสุรามากๆ ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้	.80	.403	สูง
14.	ผู้ชายที่มีรอบเอวเกิน 90 ซม. และผู้หญิงที่มีรอบเอวเกิน 80 ซม. มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าผู้ที่มีรอบเอวไม่ถึงเกณฑ์ดังกล่าว	.52	.502	ปานกลาง
15.	ความเครียดมีส่วนก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้	.72	.451	สูง
16.	ผู้ที่มีอายุมากมีโอกาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย	.71	.455	สูง
17.	ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบควรรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ เช่น ผัก และผลไม้	.90	.296	สูง
18.	ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ๆละ 30 นาที	.77	.423	สูง
19.	ถ้าขณะออกกำลังกายแล้วมีอาการเจ็บหน้าอก ให้หยุดพักแล้วรีบอมยาได้ลิ้น	.77	.423	สูง
20.	โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นแล้วสามารถรักษาให้หายได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ถ้าไม่ดูแลสุขภาพทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำได้	.77	.423	สูง

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของความรู้ในแต่ละข้ออยู่ในระดับสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ ถ้ามีการตีบของหลอดเลือดหัวใจหลายเส้นจะทำให้ผู้ป่วยมีอันตรายมากขึ้นโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ .94 รองมาคือ การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก ๆ เช่น อาหารประเภททอดแกงกะทิ จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ได้ค่าเฉลี่ย .91 และผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบควรรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ เช่น ผัก และผลไม้ค่าเฉลี่ย .90

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

(n = 104)

ระดับความรู้		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	มีค่าคะแนนระหว่าง 17.10 – 20.00	32	30.80
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 13.54 – 17.09	45	43.30
ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนระหว่าง 4.00 – 13.53	27	26.00

$\bar{X} = 15.31$ S.D. = 3.556 สูงสุด = 20 คะแนน ต่ำสุด = 4 คะแนน

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.3 รองลงมา มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 30.8

1.2 ทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ ของทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำแนกเป็นรายชื่อ

(n = 104)

ข้อ ทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
1. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ	3.51	.591	สูง
2. การสูบบุหรี่แม้จำนวนไม่มาก หรือนาน ๆ ครั้ง ก็ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้	3.21	.634	สูง
3. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นประจำช่วยทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดได้ดี และแข็งแรงขึ้น	3.34	.705	สูง
4. ท่านคิดว่าการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก	2.75	.734	สูง
5. ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่ควรออกกำลังกาย เพราะอาจทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น	3.14	.598	ปานกลาง

ตารางที่ 5 (ต่อ)

(n = 104)

ข้อ	ทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
6.	ท่านคิดว่าถ้าผู้ป่วยเกิดความเครียดควรรับประทานยาคลายเครียดเพื่อให้รู้สึกดีขึ้น	2.94	.735	สูง
7.	ท่านรู้สึกว่าโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่น่ากลัว ไม่สามารถรักษาให้หายได้	2.98	.638	ปานกลาง
8.	ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่จำเป็น ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด	3.29	.664	สูง
9.	ท่านคิดว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง	3.14	.645	สูง
10.	ถ้าเรามีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ก็สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้	3.39	.645	สูง
11.	การดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เป็นการช่วยลดความรุนแรงของโรคและอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้	3.60	.493	สูง
12.	ท่านคิดว่าการที่ทุกคนในครอบครัวช่วยกันดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ดี	3.60	.631	สูง
13.	การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่ให้รุนแรงได้	3.52	.607	สูง
14.	ญาติของท่านเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ท่านรู้สึกวิตกกังวลเป็นอย่างมาก	2.32	.767	ปานกลาง
15.	การป้องกันความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นสิ่งที่ควรทำ	3.44	.620	สูง
16.	การหลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดจะทำให้เป็นผลดีต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	3.50	.540	สูง
17.	การที่พาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเป็นสิ่งที่จำเป็น	3.50	.750	สูง
18.	ท่านรู้สึกว่าถ้าท่านดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างถูกต้องแล้วจะทำให้ไม่เกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง	3.29	.634	สูง
19.	ท่านคิดว่าการออกกำลังกายเบา ๆ เช่น การเดินจะทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น	3.41	.514	สูง
20.	ท่านพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี	3.50	.502	สูง

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแต่ละข้ออยู่ในระดับสูง 3 อันดับแรกได้แก่ การดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เป็นการช่วยลดความรุนแรงของโรคและอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้ และ ท่านคิดว่าการที่ทุกคนในครอบครัวช่วยกันดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ดี ค่าเฉลี่ย 3.60 รองลงมา คือ การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่ให้รุนแรงได้ ค่าเฉลี่ย 3.52 และ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ค่าเฉลี่ย 3.51 ส่วนค่าเฉลี่ยที่ต่ำสุดในด้านทัศนคติรายชื่อ คือ ญาติของท่านเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ท่านรู้สึกวิตกกังวลเป็นอย่างมากมีค่าเฉลี่ย 2.32

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

(n = 104)

ระดับทัศนคติ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	มีค่าคะแนนระหว่าง 68.19 – 80.00	30	28.80
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 62.58 – 68.18	33	31.70
ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนระหว่าง 53.00 – 62.57	41	39.40

$\bar{X} = 65.38$ S.D. = 5.592 สูงสุด = 80 คะแนน ต่ำสุด = 53 คะแนน

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 39.40 รองลงมามีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.70

1.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ, การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ, การรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึงอุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำแนกเป็นรายข้อ

(n = 104)

ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
1. โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่มีการเสียชีวิตที่พบมากในปัจจุบัน	3.10	.71	สูง
2. ถ้าไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิต เบาหวาน ไขมันในเลือด ความเครียด การสูบบุหรี่ จะทำให้ผู้ที่เป็ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีอาการรุนแรงขึ้น	3.55	.555	สูง
3. การที่ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้เกิด หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาจทำให้เสียชีวิตได้	3.29	.552	สูง
4. โคลเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ทำให้เกิดการแข็งตัวและหนาตัว ของผนังหลอดเลือดแดงในท่อกส่วนของร่างกาย รูของ หลอดเลือดมักตีบแคบลงจนกระทั่งอุดตัน ทำให้เกิดอันตราย ต่อผู้ป่วยได้	3.46	.520	สูง
5. การออกกำลังกายสามารถช่วยลดอัตราการตายจาก โรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้	3.30	.555	สูง
6. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอาการหัวใจหยุดเต้น กะทันหัน หากไม่ได้รับการช่วยชีวิตอย่างทันท่วงทีอาจถึงแก่ ความตายได้	3.66	.495	สูง
7. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน จะมีอาการรุนแรงกว่าที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน	3.36	.637	สูง
8. หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ และ ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ จะทำให้โรคมีอาการ ที่รุนแรงมากขึ้น	3.41	.585	สูง

ตารางที่ 7 (ต่อ)

(n = 104)

ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
9. การสูบบุหรี่ ไม่ทำให้อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ รุนแรงขึ้น	3.38	.753	สูง
10. การดื่มสุรามาก ๆ เป็นประจำไม่ทำให้อาการของผู้ป่วย รุนแรงขึ้น	3.41	.677	สูง
11. การหยุดยาเองทำให้อาการของผู้ป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น	3.25	.747	สูง
12. ถ้าผู้ป่วยมีระดับโคเลสเตอรอลในร่างกายสูง จะทำให้ระดับ ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น	3.36	.520	สูง
13. การดูแลที่ถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ที่บ้านได้ อย่างมีความสุขไม่ต้องกลับเข้ามารับการรักษซ้ำ ในโรงพยาบาล	3.33	.743	สูง
14. หากมีอาการเหนื่อยง่าย หายใจไม่อิ่ม หอบ เวลา ออกกำลังกายไม่จำเป็นต้องรีบไปหาแพทย์	3.38	.728	สูง
15. โรคหลอดเลือดหัวใจหากมีภาวะเครียดจะทำให้โรค มีอาการรุนแรงมาก	3.28	.548	สูง
16. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีรายละเอียดมาก ไม่สามารถจำได้หมด และปฏิบัติได้ยาก	2.83	.645	ปานกลาง
17. การมาพบแพทย์ตามนัดเป็นเรื่องที่ยาก ลำบาก เสียเวลา	3.47	.590	สูง
18. การรับประทานอาหารอย่างสม่ำเสมอจะช่วยควบคุม ภาวะความรุนแรงของโรคหัวใจตีบได้	3.46	.556	สูง
19. การออกกำลังกายสม่ำเสมอและถูกต้อง อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3-5 ครั้งๆ ละ 30 นาที จะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพ ที่แข็งแรง	3.36	.573	สูง
20. การดูแลที่ถูกต้องและหมั่นสังเกตอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วย ช่วยให้มาพบแพทย์ได้ในระยะแรก และแก้ไขความผิดปกติ ได้ทันทั้งที่	3.52	.521	สูง

ตารางที่ 7 (ต่อ)

(n = 104)

ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
21. การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาล ให้ปกติ ช่วยลดระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจได้	3.43	.535	สูง
22. เมื่อท่านมีความสงสัยในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ท่านไม่กล้า ซักถามแพทย์ หรือพยาบาล	3.34	.617	สูง
23. ยาที่รับประทานมีหลายชนิด ทำให้เกิดการสับสน ไม่สามารถรับประทานได้ครบและถูกต้อง	3.14	.645	สูง

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจในแต่ละข้ออยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.10 – 3.66 ค่าเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจในแต่ละข้ออยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.25 – 3.41 ค่าเฉลี่ยการรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึงอุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบระดับสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ การดูแลที่ถูกต้องและหมั่นสังเกตอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วย ช่วยให้มาพบแพทย์ได้ในระยะแรก และแก้ไขความผิดปกติได้ทันเวลาที่ มีค่าเฉลี่ย 3.52 รองลงมา คือ ถ้าการมาพบแพทย์ตามนัดเป็นเรื่องที่ยาก ลำบาก เสียเวลา ค่าเฉลี่ย 3.47 และ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมภาวะความรุนแรงของโรคหัวใจตีบได้ ค่าเฉลี่ย 3.46 ส่วนค่าเฉลี่ยที่ต่ำสุดของการรับรู้ความรุนแรง คือ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีรายละเอียดมาก ไม่สามารถจำได้หมด และปฏิบัติได้ยาก มีค่าเฉลี่ย 2.83

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค
หลอดเลือดหัวใจ, การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรค
หลอดเลือดหัวใจ, การรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึงอุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจตีบ

(n = 104)

	ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	มีค่าคะแนนระหว่าง 80.95 – 92.00	37	35.60
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 73.18 – 80.94	29	27.90
ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนระหว่าง 63 – 73.17	38	36.50

$\bar{X} = 77.06$ S.D. = 7.768 สูงสุด = 92 คะแนน ต่ำสุด = 65 คะแนน

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค
หลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 36.50
รองลงมาคือ มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับต่ำ ร้อยละ 35.60

2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยในการ
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำแนกเป็นรายชื่อ

(n = 104)

ข้อ	แรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
1.	ท่านคอยสอบถามอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	3.35	.536	สูง
2.	สมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึก อบอุ่นใจ	3.50	.521	สูง
3.	ท่านพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	3.40	.566	สูง
4.	ท่านจัดหาอาหารที่มีประโยชน์มาให้ผู้ป่วยรับประทานอย่าง สม่ำเสมอ	3.20	.564	สูง

ตารางที่ 9 (ต่อ)

(n = 104)

ข้อ	แรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
5.	ท่านได้รับคำแนะนำ และ อธิบายเกี่ยวกับโรค อาการ แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จากแพทย์ พยาบาลและ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล	3.22	.653	สูง
6.	ท่านได้รับเอกสารแผ่นพับแนะนำการปฏิบัติตัว เพื่อเป็นคู่มือ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน	2.88	.772	ปานกลาง
7.	ท่านสามารถโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ ของสถานพยาบาลที่รักษาได้ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับอาการ ต่างๆ ที่เกิดขึ้น	2.89	.812	ปานกลาง
8.	แพทย์และพยาบาลได้ให้คำแนะนำกับท่านในการดูแลผู้ป่วย ในเรื่องการรับประทานยา	3.17	.630	ปานกลาง
9.	ท่านได้รับความรู้จากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ วิดีโอ โทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต ช่วยกระตุ้นให้ท่านสนใจดูแลผู้ป่วยมากขึ้น	2.97	.743	ปานกลาง
10.	แพทย์และพยาบาลไม่ได้อธิบายท่านเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยเวลาที่ท่านพาผู้ป่วยไปพบแพทย์	3.22	.682	สูง
11.	ท่านได้พูดคุยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยกับญาติคนอื่นๆ	2.81	.738	ปานกลาง
12.	ท่านได้พูดคุยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กับญาติคนอื่น	2.85	.707	ปานกลาง
13.	สมาชิกในครอบครัวช่วยกันพาผู้ป่วยไปออกกำลังกายอย่าง สม่ำเสมอ	2.89	.723	ปานกลาง
14.	ท่านได้รับบัตรนัดทุกครั้งไป รพ. และได้รับคำแนะนำเกี่ยว กับการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง	3.41	.601	สูง
15.	แพทย์และพยาบาลได้ให้คำแนะนำกับท่านในเรื่องการ สังเกตอาการผิดปกติเกี่ยวกับผู้ป่วย	3.20	.702	สูง
16.	บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยไม่ให้ความช่วยเหลือท่าน เวลาที่จะพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด	3.36	.736	สูง
17.	ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในเรื่อง การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ	3.12	.687	สูง

ตารางที่ 9 (ต่อ)

(n = 104)

ข้อ	แรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
18.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	3.03	.630	สูง
19.	ท่านได้รับแผนพับเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากทางโรงพยาบาล	2.86	.793	ปานกลาง
20.	ท่านได้รับสื่อทางวิทยุ / โทรทัศน์ เกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	2.80	.75	ปานกลาง
21.	สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยไม่ให้การช่วยเหลือท่านในการดูแลผู้ป่วย	3.43	.747	สูง

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับสูง3 อันดับแรก คือ สมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ มีค่าเฉลี่ย 3.50 สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยไม่ให้การช่วยเหลือท่านในการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 3.43 ท่านได้รับบัตรนัดทุกครั้งไป รพ. และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง มีค่าเฉลี่ย 3.41 และส่วนค่าเฉลี่ยที่ต่ำสุดของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คือ ท่านได้รับสื่อทางวิทยุ / โทรทัศน์ เกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีค่าเฉลี่ย 2.7

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

(n = 104)

	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	มีค่าคะแนนระหว่าง 71.00 – 84.00	28	26.90
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 62.13 – 70.99	39	37.50
ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนระหว่าง 44.00 – 62.12	37	35.60

$\bar{X} = 66.56$ S.D. = 8.863 สูงสุด = 84.00 คะแนน ต่ำสุด = 44.00 คะแนน

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.50 รองลงมาคือ มีแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระดับต่ำร้อยละ 35.60

3. พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ ของพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนก ศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำแนกเป็นรายข้อ

(n = 104)

ข้อ	พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
การรับประทานยา				
1.	ท่านสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้ป่วยภายหลังการรับประทานยาในแต่ละชนิด	3.17	.875	สูง
2.	ท่านจัดให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	3.63	.624	สูง
3.	ถ้าผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติจากการรับประทานยาท่านให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา	3.20	.829	สูง
4.	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาจนหมดแม้ผู้ป่วยไม่มีอาการแล้ว	3.51	.750	สูง
5.	เมื่อยาหมดท่านมักซื้อยาให้ผู้ป่วยรับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์	3.81	.559	สูง
การรับประทานอาหาร				
6.	ท่านจัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ไข่แดง แกงกะทิ ผัด หรือ ทอด	3.63	.610	สูง
7.	ท่านจัดให้ผู้ป่วยลดการเติมน้ำปลา หรืออาหารรสเค็มจัด	3.07	.998	สูง
8.	ท่านจัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารประเภท ผัก ผลไม้ ทุกวัน	3.31b	.751	สูง
9.	ท่านจัดให้ผู้ป่วยดื่ม ชา กาแฟ น้ำอัดลม	3.63	.624	สูง
การออกกำลังกาย				
10.	ท่านจะให้ผู้ป่วยหยุดออกกำลังกายเมื่อรู้สึกหายใจลำบาก ใจสั่น หรือมีเหงื่อออกมากผิดปกติ	3.21	.931	สูง

ตารางที่ 11 (ต่อ)

(n = 104)				
ข้อ	พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
11.	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างถูกต้องทุกวัน	3.03	.864	สูง
12.	ท่านไม่ค่อยมีเวลาในการฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย	3.17	.660	สูง
การจัดการความเครียด				
13.	ท่านจัดให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอวันละ 6 - 8 ชม.	3.53	.696	สูง
14.	ท่านให้คำปรึกษาและรับฟังอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยวิตกกังวล	3.27	.791	สูง
15.	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายความเครียดอย่างเหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยฝึกสมาธิ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ หรือหางานอดิเรกให้ผู้ป่วยทำ	3.21	.809	สูง
16.	ท่านจะพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ / พยาบาล เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น มึนงง เหนื่อยออกมาก	3.59	.705	สูง
17.	ท่านสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายของผู้ป่วย เช่น ขาบวมซีพอร์เด่นไม่สม่ำเสมอ แผลผ่าตัดบวมแดง	3.55	.695	สูง
18.	ท่านพาผู้ป่วยมาตรวจทุกครั้งที่มีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอกเป็นเวลานานรับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น	3.68	.612	สูง
19.	เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเล็กน้อยเกิดขึ้นท่านให้การดูแลรักษาด้วยตนเองไม่ไปพบแพทย์	3.25	.879	สูง
การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงสูง				
20.	ท่านพูดชักจูงไม่ให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่	3.42	.889	สูง
21.	ถ้าสามารถก้าวขึ้นบันไดอย่างรวดเร็ว 2 ชั้น หรือเดินบนที่ราบ 1000 เมตร ในเวลา 10 นาที โดยไม่มีอาการหอบเหนื่อย สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้	2.02	.965	ปานกลาง
22.	ท่านให้ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพื่อการสูบฉีดโลหิตที่ดีขึ้น	3.86	.428	สูง
การมาตรวจรักษาตามแพทย์นัด				
23.	ท่านพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งแม้จะไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น	3.73	.642	สูง

ตารางที่ 11 (ต่อ)

(n = 104)

ข้อ	พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
24.	ท่านให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด	3.63	.669	สูง
25.	การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเป็นเรื่องที่เสียเวลาสำหรับท่าน	3.75	.721	สูง

จากตารางที่ 11 พบว่า พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ 3 อันดับแรก ได้แก่ เมื่อยาหมดท่านมักซื้อยา ให้ผู้ป่วยรับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ค่าเฉลี่ย 3.81 รองลงมาคือท่านจัดให้ผู้ป่วยรับประทาน ยาตามแพทย์สั่ง ค่าเฉลี่ย 3.63 และ ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา จนหมดแม้ผู้ป่วยไม่มีอาการแล้ว ค่าเฉลี่ย 3.51 ส่วนค่าเฉลี่ยที่ต่ำสุด ของพฤติกรรมของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในด้านการรับประทานยา คือ ถ้าผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติ จากการรับประทานยาท่านให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยามีค่าเฉลี่ย 2.20

พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในด้านการรับประทาน อาหาร อยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ 3 อันดับแรก ได้แก่ ท่านจัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มี ไขมันสูง เช่น ไข่แดง แกงกะทิ ผัด หรือ ทอด ท่านจัดให้ผู้ป่วยดื่ม ชา กาแฟ น้ำอัดลม ค่าเฉลี่ย 3.63 รองลงมาคือท่านจัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารประเภท ผัก ผลไม้ ทุกวันค่าเฉลี่ย 3.31 ส่วนค่าเฉลี่ย ที่ต่ำสุด ของพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในด้านการรับประทาน อาหาร คือ ท่านจัดให้ผู้ป่วยลดการเติมน้ำปลา หรือลดอาหารรสเค็มจัด มีค่าเฉลี่ย 2.20

พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ 3 อันดับแรก ได้แก่ ท่านจะให้ผู้ป่วยหยุดออกกำลังกายเมื่อรู้สึก หายใจลำบาก ใจสั่น หรือมีเหงื่อออกมากผิดปกติค่าเฉลี่ย 3.21 รองลงมาคือท่านไม่ค่อยมีเวลาในการ ฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย ทุกวันค่าเฉลี่ย 3.17 และท่านดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่าง ถูกต้องทุกวันค่าเฉลี่ย 3.03

พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ 3 อันดับแรก ได้แก่ ท่านพาผู้ป่วยมาตรวจทุกครั้งที่มีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอกเป็นเวลานานรับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ค่าเฉลี่ย 3.68 รองลงมาคือท่านจะพาผู้ป่วยไปพบแพทย์/ พยาบาล เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บแน่นหน้าอกใจสั่น มึนงง เหงื่อออกมากค่าเฉลี่ย 3.59 และ ท่านสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายของผู้ป่วย เช่น ขาบวมซีพอร์แดง ไม่สม่ำเสมอ แผลผ่าตัดบวมแดง ค่าเฉลี่ย 3.55 ส่วนค่าเฉลี่ยที่ต่ำสุด ของพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในด้านการจัดการความเครียด คือ ท่านดูแลให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายความเครียดอย่างเหมาะสมโดยให้ผู้ป่วยฝึกสมาธิ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ หรือหางานอดิเรกให้ผู้ป่วยทำ มีค่าเฉลี่ย 2.21

พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในด้านการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ ท่านให้ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพื่อการสูบบุหรี่ที่ลดลงค่าเฉลี่ย 3.86 รองลงมาคือท่านพูดชักจูงไม่ให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่ค่าเฉลี่ย 3.42 ส่วนค่าเฉลี่ยที่ต่ำสุด ของพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในด้านการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงสูงคือ ถ้าสามารถก้าวขึ้นบันไดอย่างรวดเร็ว 2 ชั้น หรือเดินบนที่ราบ 1000 เมตร ในเวลา 10 นาที โดยไม่มีอาการหอบเหนื่อย สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ 2.02

พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในด้านการมาตรวจรักษาตามแพทย์นัดอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ 3 อันดับแรก ได้แก่ การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เป็นเรื่องที่เสียเวลาสำหรับท่าน ค่าเฉลี่ย 3.75 รองลงมาคือท่านพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง แม้จะไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ค่าเฉลี่ย 3.73 และ ท่านให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด ค่าเฉลี่ย 3.63

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

(n = 104)

	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	มีค่าคะแนนระหว่าง 89.47 - 100	37	35.60
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 80.28 – 89.46	34	32.70
ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนระหว่าง 53.00 – 80.27	33	31.70

$\bar{X} = 84.87$ S.D. = 9.185 สูงสุด = 100.00 คะแนน ต่ำสุด = 53.00 คะแนน

จากตารางที่ 12 พบว่า พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 35.60 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 32.70

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ได้กำหนดไว้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจคนอื่น ๆ นอกเหนือจากคนที่กำลังดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 13 - 20

1. ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อาชีพ สถานภาพการสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจคนอื่น ๆ นอกเหนือจากคนที่กำลังดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เนื่องจากเป็นตัวแปรสเกลนามกำหนด กับ ตัวแปรสเกลอันดับ จึงพิสูจน์โดยการทดสอบสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square) และวิเคราะห์ระดับความสัมพันธ์ด้วยสถิติ

Contingency Coefficient (กัลยา, 2551) ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 13 - 17

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

(n=104)

เพศ	ระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ			รวม (n=104)	χ^2
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
ชาย	16(15.40)	11(11.40)	8(12.50)	35(35.00)	5.676
หญิง	17(21.90)	23(34.00)	29(24.50)	69(69.00)	
รวม	33(33.00)	34(34.00)	37(37.00)	104(100.00)	

p-value .059 df=2 Contingency Coefficient = .227

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์(χ^2) ระหว่างเพศกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

(n=104)

อาชีพ	ระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ			รวม (n=104)	χ^2
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
จ้างทั่วไป	1(1.00)	-	2(1.90)	3(2.90)	8.871
ค้าขาย	3(2.90)	1(1.00)	2(1.90)	6(5.80)	
เกษตรกร	-	-	-	-	
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	8(7.70)	11(10.60)	15(14.40)	34(32.70)	
ธุรกิจส่วนตัว	7(6.70)	7(6.70)	4(3.80)	18(17.30)	
พนักงานบริษัท	9(8.70)	6(5.80)	5(4.80)	20(19.20)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1(1.00)	3(2.90)	3(2.90)	7(6.70)	
อื่น ๆ	4(3.80)	6(5.80)	6(5.80)	16(15.40)	
รวม	33(32.70)	34(32.7)	37(35.6)	104(100.00)	

p-value.714 df=12 Contingency Coefficient = .280

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ (χ^2) ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพการสมรส กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

(n=104)

สถานภาพการสมรส	ระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ			รวม (n =104)	χ^2
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
โสด	17(16.30)	14(13.50)	8(7.7)	37(35.50)	9.501
สมรส	16(15.40)	15(14.40)	24(23.10)	55(52.90)	
หม้าย	4(3.8)	1(1.00)	4(3.80)	9(8.70)	
หย่า	-	-	1(1.00)	1(1.00)	
สมรสแต่แยกกันอยู่	-	-	-	-	
รวม	33(31.70)	34(32.70)	37(35.60)	104(100.00)	

p-value.147 df=6 Contingency Coefficient = .289

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ (χ^2) ระหว่างสถานภาพการสมรสกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่า สถานภาพการสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

(n=104)

ความสัมพันธ์	ระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ			รวม (n =104)	χ^2
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
สามี/ภรรยา	5(4.80)	9(8.70)	15(14.4)	29(27.90)	22.083
พ่อ-แม่	2(1.90)	3(2.90)	3(2.90)	8(7.70)	
พี่น้อง	5(4.80)	3(2.90)	1(1.00)	8(8.70)	
บุตร	10(9.60)	7(6.70)	7(6.70)	24(23.1)	
ลูกเขย/ลูกสะใภ้	-	4(3.80)	4(3.80)	8(7.70)	
หลาน	5(4.80)	1(1.00)	-	6(5.80)	
ญาติ	3(2.90)	1(1.00)	3(2.90)	7(6.70)	
ผู้ดูแลที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกัน					
ทางสายโลหิต	3(2.9)	6(5.80)	4(3.80)	13(12.50)	
รวม	33(31.70)	34(32.70)	37(35.6)	104(100.0)	

p-value.077 df=12 Contingency Coefficient = .419

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ (χ^2) ระหว่างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่า ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กับ
พฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

(n=104)

ประสบการณ์ในการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจตีบคนอื่น	ระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ			รวม (n =104)	χ^2
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
เคย	10(9.60)	7(6.70)	14(13.50)	31(29.80)	2.525
ไม่เคย	23(22.1)	27(26.00)	23(22.10)	73(70.20)	
รวม	33(31.70)	34(32.70)	37(35.60)	104(100.00)	

p-value.283 df=2 Contingency Coefficient = .154

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ (χ^2) ระหว่างประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบกับผู้ป่วยกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่า ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบกับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2. ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เนื่องจากเป็นตัวแปรสเกลอันดับกับตัวแปรสเกลอันดับ จึงพิสูจน์โดยการทดสอบสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank order correlation) เพื่อให้สามารถระบุได้ทั้งขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ได้ (กัลยา, 2551) ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 18 – 20

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

(n=104)

อายุ	ระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ			รวม (n =104)	r	p- value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25	6(5.80)	12(11.5)	5(4.80)	23(22.10)	.219*	.026
26- 30	5(4.80)	-	2(1.90)	7(6.70)		
31 - 35	9(8.70)	3(2.90)	5(4.80)	17(16.30)		
36 - 40	3(2.90)	3(2.90)	4(3.80)	10(9.60)		
41 -45	2(1.90)	2(1.90)	2(1.90)	6(5.80)		
46 -50	2(1.90)	2(1.90)	5(4.80)	9(8.70)		
51-55	2(1.90)	4(3.80)	1(1.00)	7(6.70)		
56 ปีขึ้นไป	4(3.80)	8(7.70)	13(12.50)	25(24.00)		
รวม	33(31.70)	34(32.70)	37(35.60)	104(100.00)		

* P<.05

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .219$) นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ดี

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่าง การศึกษา กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

(n=104)

การศึกษา	ระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ			รวม (n =104)	r	p- value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
ไม่ได้ศึกษา	2(1.90)	-	-	2(1.90)	-.317	.710
ประถมศึกษา	1(1.00)	1(1.00)	2(1.90)	4(3.80)		
มัธยมศึกษา / ปวช.	6(5.80)	10(9.60)	13(12.50)	29(27.90)		
อนุปริญญา / ปวส.	6(5.80)	3(2.90)	4(3.80)	13(12.50)		
ปริญญาตรี	14(13.50)	20(19.20)	12(11.50)	46(44.20)		
สูงกว่าปริญญาตรี	4(3.80)	-	6(5.80)	10(9.60)		
รวม	33(31.70)	34(32.70)	37(35.60)	104(100.00)		

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ (χ^2) ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

(n=104)

รายได้	ระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ			รวม (n =104)	r	p- value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000	2(1.90)	1(1.00)	2(1.90)	5(4.80)	.068	.494
5,001 – 10,000	7(6.70)	3(2.90)	6(5.80)	16(15.40)		
10,001 – 15,000	6(5.80)	9(8.70)	4(3.80)	19(18.30)		
15,001 – 20,000	3(2.90)	10(9.60)	7(6.70)	20(19.20)		
มากกว่า 20,000	15(14.40)	11(10.60)	18(17.30)	44(42.30)		
รวม	33(31.70)	34(32.70)	37(35.60)	104(100.00)		

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ (χ^2) ระหว่าง รายได้ กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สรุปผลการทดสอบตามสมมติฐานที่ 1 ได้ว่า มี 1 ตัวแปรที่สนับสนุนสมมติฐาน คือ อายุ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบคนอื่น ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจตีบ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

ที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

เนื่องจากเป็นตัวแปรเชิงปริมาณและทุกตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติ การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หมายถึง ดัชนีที่ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว หรือมากกว่า 2 ตัว ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง $+1$ ดังนี้

ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นลบแสดงว่าตัวแปรทั้งสองนั้นมีความสัมพันธ์ในทางกลับกัน คือ ถ้าตัวแปรตัวหนึ่งมีค่าสูง ตัวแปรอีกตัวหนึ่งมีแนวโน้มที่จะมีค่าต่ำ และถ้าตัวแปรตัวหนึ่งมีค่าต่ำ ตัวแปรอีกตัวหนึ่งมีแนวโน้มที่จะมีค่าสูง

ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นบวก แสดงว่าตัวแปรทั้งสองนั้น ความสัมพันธ์ในทางเดียวกัน คือถ้าตัวแปรหนึ่งมีค่าสูงตัวแปรอีกตัวหนึ่งก็มีแนวโน้มที่จะมีค่าสูงด้วย

ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นศูนย์แสดงว่าตัวแปรทั้งสองนั้นไม่มีความสัมพันธ์กัน (กัลยา, 2550)

การพิจารณาว่าตัวแปร 2 ตัวนั้นมีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใด พิจารณาได้จากตัวเลขของค่าสัมประสิทธิ์ ดังนี้ (กัลยา, 2550)

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1) เมื่อ r มีค่า 0.8 ขึ้นไป | ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง |
| 2) เมื่อ r มีค่า $0.6 - 0.8$ | ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างสูง |
| 3) เมื่อ r มีค่า $0.4 - 0.6$ | ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง |
| 4) เมื่อ r มีค่า $0.2 - 0.4$ | ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำ |
| 5) เมื่อ r มีค่าต่ำกว่า 0.2 | ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ |

ตารางที่ 21 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

(n = 104)

ปัจจัยภายในตัวบุคคล	พฤติกรรมในการดูแลตนเอง	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	.321**	.001
ทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ		
การรับรู้	.377**	.000
	.412**	.000

** P< .001

จากตารางที่ 21 พบว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจตีบ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ 2 ทั้งหมด

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ตารางที่ 22 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกตัวบุคคลกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

(n = 104)

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	.408**	.000

** P< .001

จากตารางที่ 22 พบว่า ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ 3

สมมติฐานที่ 4 ตัวแปรจากปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค และ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise Method)

ความหมายตามตาราง

R	หมายถึง สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R ²	หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์ภาพการทำนาย
R ² Change	หมายถึง ค่าประสิทธิภาพการทำนายที่เปลี่ยนแปลงเมื่อสมการเปลี่ยน
F	หมายถึง ค่าสถิติทดสอบ

ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แสดงตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมของ
ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

(n=104)

ลำดับที่	ตัวแปรทำนาย	R	R ²	Adjusted R ²	R ² Change	F-change
1	แรงสนับสนุนทางสังคม	.542	.294	.287	.294	42.423***
2	อายุ	.572	.327	.314	.034	24.592*

ตารางที่ 24 รูปแบบสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ลำดับที่	ตัวแปรทำนาย	b	Std.Error	Beta	t	p-value
1.	แรงสนับสนุนทางสังคม	.545	.085	.5266	.416***	.000
2.	อายุ	.633	.281	.184	2.251***	.027
	ค่าคงที่	46.355	.644	-	8.212	.000

*P<.05 *** P< .001

จากตารางที่ 23 และ 24 พบว่า เมื่อนำตัวแปรอิสระทั้งหมด ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล มาใช้ในการทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เทคนิควิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบเป็นขั้นตอน และนำตัวแปรทั้งหมดหาความสัมพันธ์ตามเงื่อนไข พบว่า มีตัวแปรอิสระ 2 ตัวแปร ได้แก่ อายุ และ แรงสนับสนุนทางสังคม ที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายร้อยละ 32.7 ($R^2 = .327$) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางของความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า ตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปร คือ แรงสนับสนุนทางสังคม และ อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

จากการวิเคราะห์ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนก ศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้เป็นอันดับแรก ซึ่งทำนายได้ร้อยละ 28.7

(Adjust R = .287) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง (Beta = .526) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก แสดงว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีแนวโน้มที่จะทำให้ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ดีขึ้นร้อยละ 29.4 เมื่อเพิ่มตัวทำนาย คือ อายุเข้าไป สามารถเพิ่มอำนาจการทำนายพฤติกรรม的自我ดูแลผู้ป่วย ได้อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ อีกร้อยละ 3.4 ($R^2_{\text{Change}} = .034$) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง (Beta = .184) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก

ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน สรุปได้ว่า ตัวแปรที่สามารถ ร่วมทำนายพฤติกรรม มี จำนวน 2 ตัว ได้แก่ ตัวแปรจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุน ทางสังคม และ ปัจจัยทางชีวสังคม คือ อายุ มีอำนาจการทำนายได้ร้อยละ 32.7 และตัวแปรทำนายที่ดี ที่สุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถเขียนสมการการทำนายได้ดังนี้

สมการในรูปแบบคะแนนดิบ คือ

$$Y = b_0 + b_1(x_1) + b_2(x_2)$$

พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแล = $46.350 + .545$ (แรงสนับสนุนทางสังคม) + $.633$ (อายุ)
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

สมการในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z = B_1(Z_1) + B_2(Z_2)$$

พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแล = $.526$ (แรงสนับสนุนทางสังคม) + $.184$ (อายุ)
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ข้อวิจารณ์

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิเคราะห์ ข้อมูลมีประเด็นสำคัญ นำมาเป็นข้อวิจารณ์ได้ 3 ประเด็น ดังนี้

1. พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 35.60 รองลงมา คือระดับปานกลาง ร้อยละ 32.70 และระดับต่ำ ร้อยละ 31.70 และเมื่อพิจารณาจากการตอบแบบสอบถาม รายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ยังมีพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงสูงรายชื่อ อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากการได้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยง ไม่เพียงพอ สนับสนุนแนวคิดของแนวคิดของ (Bloom, 1975; Gage and Berliner, 1992) ในการปฏิบัติใด ๆ ก็ตามผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะปฏิบัติ เมื่อผู้ปฏิบัติได้เรียนรู้และมีความรู้แล้ว จะสามารถลงมือปฏิบัติจริงตามขั้นตอนและกระบวนการของการเรียนรู้ นั้น ๆ และเมื่อมีการปฏิบัติบ่อย ๆ ร่วมกับการเรียนรู้เพิ่มขึ้น โดยตรงจากการปฏิบัติก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติมีความชำนาญมากขึ้น เพื่อให้มีการการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยง จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมความรู้ให้กับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ให้เพิ่มขึ้น

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก รพ.พระมงกุฎเกล้า

การวิจัยในครั้งนี้ได้ตั้งสมมติฐานเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก รพ.พระมงกุฎเกล้า กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งผลจากการวิจัยมีดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก รพ.พระมงกุฎเกล้า จากผลการวิจัย พบว่า

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล่าวคือ ญาติที่ดูแลผู้ป่วยไม่ว่าเพศหญิงหรือเพศชายจะมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่แตกต่างกันอาจเป็นเพราะเพศหญิงและเพศชายสามารถที่จะมีการเรียนรู้ในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้อง รุ่งรัตน์ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัว ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่บริการ โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่บริการ โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ซึ่งสอดคล้องกับ สุพิชญ์ (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน

อายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล อายุเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับสิ่งใหม่ ผู้ที่มีอายุแตกต่างกัน ย่อมมีสภาพจิตใจ อารมณ์ แนวความคิด และประสบการณ์ในการดำรงชีวิตที่แตกต่างกัน อันเป็นผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน Orem (1985) ได้กล่าวไว้ว่า อายุเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้ และความสามารถในการเข้าใจ ตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ และมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลอื่น ความสามารถของบุคคลจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา ซึ่งสอดคล้องกับ ลัดดาวัลย์ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ระดับ $p < 0.001$ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ รุ่งรัตน์ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัว ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่บริการ โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับ วิจารณ์ (2546) ศึกษาอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแล และปัจจัยด้าน ผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์ กับภาวะสุขภาพ

สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจตีบ จึงอธิบายว่าสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชา (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของ ครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ สุภาพรณ (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมทุกด้านของผู้มารับบริการ

ระดับการศึกษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จึงอธิบายว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Cobb (1976) ที่ว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมากกับ พฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อย และ Pender (1987) พบว่า การศึกษามีผลต่อการพัฒนา ความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติ โดยทั่วไปบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความรู้ ทัศนคติ และ การปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมี โอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ หรือเอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่มี การศึกษาน้อย ซึ่งสอดคล้องกับ รุ่งรัตน์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัว ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่บริการ โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง อำเภอนครชัยศรี จังหวัด นครปฐม ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งไม่สอดคล้องกับ วิชา (2545) ศึกษาอิทธิพลของความ สัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความสามารถในการ ทำนายนการดูแล และปัจจัย ด้านญาติผู้ดูแลต่อความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลในระดับต่ำ ($r = .273, P < .05$) สามารถอธิบายความแปรปรวนของความ เครียดจากการดูแลเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.2 ซึ่งสอดคล้องกับ วิจารณ์ (2546) ศึกษาอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจาก

การดูแล และปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

อาชีพรูพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเกษียณอายุแล้ว ดังนั้นจึงพบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งรัตน์ (2545) พบว่า อาชีพที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับ สุภาพรณี (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัว ผลจากการศึกษา พบว่าผู้มารับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกันแต่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัวไม่แตกต่างกัน เพราะว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นทักษะเฉพาะของบุคคลหนึ่ง ๆ หรือครอบครัวหนึ่ง ๆ ที่ตัดสินใจกระทำ สิ่งต่างๆ เพื่อให้ตนเองและครอบครัวมีสุขภาพดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ (2545) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแล้วพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1987) ที่กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจทางสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยที่ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ เข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินตา (2546) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่หลอดเลือดบาย พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับ รุ่งรัตน์ (2545) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงสรุปได้ว่ารายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงความต้องการช่วยเหลือด้านการเงิน รายได้ของครอบครัว จึงเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการดำรงไว้ซึ่งครอบครัวที่สมดุลการมีปัญหาด้านการเงินอาจก่อให้เกิดการแตกแยกและการทอดทิ้งผู้ป่วยตามมาได้ แต่ ลัดดาวัลย์ (2545) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เนื่องจากอาจจะไม่ได้เป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันจึงส่งผลให้ลักษณะความสัมพันธ์เป็นไปในทางที่ไม่ดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 45.25 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะของ ภรรยาซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ สุภาพรณ (2546) ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้านของผู้มารับบริการ กล่าวคือ ผู้มารับบริการที่มาจากครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวดีมีแนวโน้มว่า จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของตนเองและครอบครัวดีด้วยสอดคล้องกับ รวิภา (2546) พบว่าความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะอายุของครอบครัวใกล้เคียงกับผู้สูงอายุนั่นเอง

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจคนอื่น ๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล่าวได้ว่าการได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและความเอาใจใส่จะมีผลต่อการดูแลมากกว่าการมีประสบการณ์ในการดูแล ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 45.25 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะของ ภรรยาซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ สุภาพรณ (2546) ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้านของผู้มารับบริการ กล่าวคือ ผู้มารับบริการที่มาจากครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวดีมีแนวโน้มว่า จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของตนเองและครอบครัวดีด้วย ซึ่งไม่สอดคล้องกับ รวิภา (2546) พบว่าความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะอายุของครอบครัวใกล้เคียงกับผู้สูงอายุนั่นเอง

สรุปได้ว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ดังนั้น จึงยอมรับสมมุติฐานที่ 1 เป็นบางส่วน

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยภายในตัวบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก รพ.พระมงกุฎเกล้า จากผลการวิจัย พบว่า

ความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย ($r = .321$) จากการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.30 รองลงมา มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 30.8 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ และจากสื่อต่าง ๆ ไม่เพียงพอและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยอาจเป็นไปตามความเคยชินที่เคยปฏิบัติ ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดแรงจูงใจของบุคคลที่จะใช้ความรู้ที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติ หรือกระทำการต่าง ๆ ได้ โดยสรุปก็คือความรู้เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวยังไม่เป็นการเพียงพอสำหรับที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ (Bloom, 1975; Gage and Berliner, 1992) ในการปฏิบัติใด ๆ ก็ตาม ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะปฏิบัติ เมื่อผู้ปฏิบัติได้เรียนรู้และมีความรู้แล้ว จะสามารถลงมือปฏิบัติจริงตามขั้นตอนและกระบวนการของการเรียนรู้ นั้น ๆ และเมื่อมีการปฏิบัติบ่อย ๆ ร่วมกับการเรียนรู้เพิ่มขึ้น โดยตรงจากการปฏิบัติก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติมีความชำนาญมากขึ้น ดังนั้นความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการปฏิบัติของบุคคล ในการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผู้ใช้จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดูแลโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ประกอบไปด้วย ความหมาย ประโยชน์ องค์ประกอบและรายละเอียดของขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ โดยความรู้เหล่านี้มีความสำคัญต่อการนำแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไปปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1985) ที่กล่าวว่า แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้รับรู้ถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ จอม (2540) ศึกษาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถโดยรวมของญาติมีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ด้วยตนเองและการเรียนรู้จากบุคลากรทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับ จินนระรัตน์ (2540) ศึกษาผลการสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสอนและการฝึกทักษะตามแบบแผนที่กำหนดมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ภาวะสุขภาพของ

ผู้ป่วยดีขึ้น แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ (2545) ที่พบว่า ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและ สุพร (2549) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย ($r = .377$) แสดงให้เห็นว่าทัศนคติมีผลต่อผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตบ อธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติที่ไม่ดีทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตบจะต้องมีการยอมรับถึงสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจตบเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ ถ้าผู้ดูแลไม่เกิดความเข้าใจหรือยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นก็จะส่งผลต่อทัศนคติที่ไม่ดีทำให้เกิดผลกระทบต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยตามมาได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Green (1980) ซึ่งกล่าวว่า เจตคติหรือ ทัศนคติ คือ แนวโน้มของจิตใจ หรือความรู้สึกที่คงที่ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์เป็นผลมาจากประสบการณ์และความเชื่อที่สะสมกันมานาน และผ่านการประเมินคุณค่าว่ามีลักษณะดีหรือไม่ดี พฤติกรรมของบุคคลนั้นจะเป็นไปตามทิศทางนั้นตามทัศนคติของตน เช่นเดียวกับแนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติที่เป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรม ทัศนคติเป็นผลรวมของความเชื่อความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งนั้นในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ซึ่งตรงกับผลการวิจัยของ ลัดดาวัลย์ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และสอดคล้องกับ ปิยาภรณ์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าทัศนคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ไม่สอดคล้องกับ สุพร (2549) พบว่าเจตคติต่อการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย ($r = .412$) ผลการวิจัยพบว่า ระดับของการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 36.50 รองลงมาคือมีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูง ร้อยละ 35.60 ซึ่ง Becker(1974) ได้กล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันโรคจะไม่แสดงออกจนกว่าจะมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายสามารถทำลายชีวิตหรืออาจมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายและมีผล กระทบต่อครอบครัว สังคม ซึ่งจะช่วยให้มีการตัดสินใจทำให้มีพฤติกรรมที่ดีเกิดขึ้นซึ่งไม่สอดคล้องกับ รัชมี (2548) ได้ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี และ สอดคล้องกับ เพลินตา(2546) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดขยาย ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ สุดศิริ (2541) ศึกษา การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การส่งเสริมความสามารถการดูแล ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล พัฒนาศาสนาการดูแลและจัดการตัวเอง พัฒนาความสามารถการดูแลด้วยตนเองและ ปรับบทบาท และพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างยั่งยืนและปรับวิถีชีวิต กลยุทธ์การส่งเสริมความสามารถการดูแลประกอบด้วย สร้างความไว้วางใจและเชื่อถือ สะท้อนคิดพิจารณา การมีส่วนร่วม หากกลุ่มช่วยเหลือ สร้างพลังความสามารถในการดูแล ผสมผสานความเชื่อ การดูแล สนับสนุนและชมเชยในวิธีการดูแลของผู้ดูแล

สรุปได้ว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทักษะคิดของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ดังนั้นจึงยอมรับสมมุติฐานที่ 2

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จากผลการวิจัย พบว่า

แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย ($r = .408$) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.50 รองลงมาคือ มีแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระดับต่ำร้อยละ 35.60 และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบคลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แสดงว่าการได้รับแรงสนับสนุนของผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีและเข้าถึงการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว

การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีผลต่อพฤติกรรมที่ดีของญาติในการดูแลผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับ ปิยาภรณ์ (2549) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินตา (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดบาย-pass ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่าความสัมพันธ์ ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดบาย-pass อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ รัศมี (2548) ซึ่งศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และการสนับสนุนทางสังคมรายด้านด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านเครื่องมือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปได้ว่า ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่ศึกษา คือ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานที่ 3

3. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในการทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สมมติฐานที่ 4 ตัวแปรจากปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล และ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวเดียว ผลการวิจัยพบว่า

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณในการทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก รพ.พระมงกุฎเกล้า พบว่า มีตัวแปรร่วมกันทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 2 ตัวแปร ได้แก่ อายุ และ แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้ร้อยละ 32.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก รพ.พระมงกุฎเกล้า โดยมีแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรทำนายที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดถึงร้อยละ 28.7 สอดคล้องกับ ปิยาภรณ์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และญาติ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ร้อยละ 24.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับ ภรณ์ (2541) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองสามารถร่วมอธิบายความผันแปรของความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี ได้ร้อยละ 21.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล และ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม ได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว และสามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก รพ.พระมงกุฎเกล้าได้ โดยจะต้องพิจารณาจากองค์ประกอบหลายๆ ด้าน และวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรม นั้นๆ ก่อนจึงจะสามารถวางแผน หรือกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป นำไปสู่การมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป ดังนั้น จึงขอรับสมมติฐานที่ 4

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก รพ.พระมงกุฎเกล้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประเภทการสำรวจ (Survey research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก รพ.พระมงกุฎเกล้า และความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบคลินิกระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบให้ถูกต้อง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในอนาคต ลดภาระต่อครอบครัว และสังคม เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยและญาติ นำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข หรือ ปัญหาที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง รวมถึงเพื่อพัฒนาการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกเฉพาะทางศัลยกรรมทรวงอก กศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากกลุ่มประชากรที่มารับการตรวจตามนัดระหว่างเดือนตุลาคม 2552 ถึงเดือนธันวาคม 2552 มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 104 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน และได้ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาคำนวณหา ระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ในส่วนของปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล และ พฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา

ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และ ใช้สูตร KR- 20 (Kuder - Richardson) ในส่วนของความรู้ที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.879 และค่าความเชื่อมั่นของแต่ละส่วน ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ค่าความเชื่อมั่น 0.860 ด้านทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ค่าความเชื่อมั่น 0.741 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าความเชื่อมั่น 0.797 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ค่าความเชื่อมั่น 0.869 ด้านพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบค่าความเชื่อมั่น 0.813 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี stepwise method สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. สรุปผลตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยครั้งนี้ คือ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบคลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับบริการคลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายปัจจัยตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ที่ได้นำมาวิเคราะห์ และทำให้ทราบว่า ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับบริการคลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2. สรุปผลตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย และสมมุติฐานของการวิจัย ได้กำหนดไว้ดังนี้

2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับบริการคลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากการศึกษาพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มา
รับบริการคลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล
พระมงกุฎเกล้า พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอยู่ในอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 35.60 รองลงมาคือ
ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.70 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 31.70

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการ
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มาใช้บริการคลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก
แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.3 มีอายุ 56 ปีขึ้นไป
ร้อยละ 24 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.9 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 44.2 ประกอบอาชีพ
รับข้าราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 32.70 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่มากกว่า 20,000 บาท/เดือน
ร้อยละ 42.30 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 27.90 และไม่มีประสบการณ์ใน
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจคนอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 70.20

2.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมของ
ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มาใช้บริการคลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจ
และทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยการทดสอบสถิติวิเคราะห์
ความสัมพันธ์ ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square) และวิเคราะห์ระดับความสัมพันธ์ด้วยสถิติ
Contingency Coefficient และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank order
correlation) พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยคนอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มาใช้บริการคลินิกทางระบบ
หลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ส่วนอายุมี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มาใช้บริการ
คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล
พระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับบริการคลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะ การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.3 รองลงมา มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 30.8

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 39.40 รองลงมา มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.70

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 36.50 รองลงมา คือ มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูง ร้อยละ 35.60

2.5 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกตัวบุคคลกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก พบว่า

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.50 รองลงมา คือ มีแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระดับต่ำ ร้อยละ 35.60

2.6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก

แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 321$) ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจดิบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .377$) ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจดิบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจดิบ การรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตามกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจดิบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจดิบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .412$)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจดิบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .408$) สรุปได้ว่า หากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจดิบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ดีด้วย

2.7 เพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจดิบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมการทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจดิบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีตัวแปรอิสระเพียงตัวเดียวคือ แรงสนับสนุนทางสังคม ที่สามารถทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจดิบ ของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายร้อยละ 29.40 ($R^2 = .294$)

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ดังนั้นผู้วิจัย ขอเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากผลการวิจัย พบว่า ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อยู่ในระดับปานกลาง และจากการตอบแบบสอบถามรายชื่อพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยยังขาดความรู้ที่ถูกต้องครอบคลุม ดังนั้นจึงควรมีการวางแผนการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และประชาชนทั่วไป โดยการจัดให้มีกิจกรรมต่างๆ ในวันหัวใจโลกของทุกปี

2. จากผลการวิจัย พบว่า ทักษะการดูแลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น

2.1 ควรจัดการฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเป็นไปในแนวทางเดียวกัน มาตรฐานเดียวกันในการให้บริการแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และเน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดี เกิดความเชื่อถือ เชื่อมั่น และไว้วางใจในการมารับการรักษาพยาบาล รวมถึงการมารับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

2.2 ควรมีการจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาให้ความรู้ในการดูแลที่ถูกต้อง เน้นถึงประโยชน์และผลเสียของการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบ เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ป่วยและผู้ดูแล

3. จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง จัดทำโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อแนะนำ

เผยแพร่ความรู้แก่ผู้ป่วย รวมถึงพัฒนาการดำเนินงานด้านการให้สุขศึกษาให้ครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

4. จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในด้านข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล ดังนั้นการที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ดูแลผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ควรนำปัจจัยดังกล่าวมาวางแผนและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษาให้ครอบคลุมทุกปัจจัยและนำมาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการประสานงาน การประชุม สัมมนาหรือฝึกอบรม เพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในรูปแบบต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น พื้นฐานในการกำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติและแบบแผนการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อพัฒนาพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไปโดยคำนึงถึงปัจจัยข้างต้น

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. จากผลการวิจัย พบว่า ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มารับการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น

1.1 ควรจัดให้มีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม ควรมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ มีกระบวนการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยไปในทางที่ดีขึ้น

1.2 ควรมีการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และ ทักษะของพฤติกรรมของผู้ดูแลและผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หากกิจกรรมการดูแลในเรื่องใดที่ผู้ดูแลขาดทักษะ และความเข้าใจ ควรจัดการสอน ฝึกหัด เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่

2. จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นในเชิงปฏิบัติการ ควรจัดการสอนและแนะนำผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อสามารถช่วยสนับสนุน ดูแล เตือนผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และเปิดโอกาสให้บุคคลในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และทำกิจกรรมสุขภาพร่วมกับผู้ป่วย โดยมีทีมสหวิชาชีพคอยเป็นผู้ให้ความรู้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของผู้ดูแลที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ควรทำการติดตามศึกษาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงความก้าวหน้ารวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลซึ่งสามารถให้ความช่วยเหลือได้ในทันทีอย่างถูกต้องตรงตามความต้องการ
3. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการขยายผลในโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และสามารถนำมากำหนดแนวทาง การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในโรคอื่น ๆ ที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุข โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีต่างๆ ในการสร้างตัวแปรที่ครอบคลุม เพื่อจะได้นำผลมาพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กนกพร วิสุทธุกุล. 2540. พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลาย
ในกรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

กรมแพทยศาสตร์. 2548. รายงานสถิติโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พศ. 2548.

กฤษณา ศักดิ์ศรี. 2530. จิตวิทยาการศึกษา. นิยมวัฒนา, กรุงเทพฯ.

กัลยา วานิชย์บัญชา. 2550. สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

กุลธิดา พานิช. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการ
ปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เกษม วัฒนชัย. 2542. ตำราโรคหัวใจทางคลินิก. โรคพิมพ์วัฒนชัย, กรุงเทพฯ.

จอม สุวรรณโณ. 2540. ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อน
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จริยา ดันติธรรม. 2542. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์นิติบรรณการ,
กรุงเทพฯ.

จิตติมา ภูริทัตกุล. 2547. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
หัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ. 2540. ผลการสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

นายศรี สุพรรณศิลป์ชัย. 2540. พฤติกรรมสังคมกับผลกระทบต่อสุขภาพ. สารศิริราช
49 (2): 166 – 177.

ชวนพิศ ทำนอง. 2541. ประสบการณ์เจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.
วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชม ภูมิภาค. 2523. จิตวิทยาการเรียนการสอน. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชย์,
กรุงเทพฯ.

ชาติชาย พิทักษ์ธนาคม. 2544. จิตวิทยาการเรียนการสอน. ภาควิชาปรัชญาธรรมและจริยศึกษา
คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.

ธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์. 2544. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรค
ก้นเรื้อรัง รพ.เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธวัชชัย ชัยจิรฉายกุล. 2527. จุดมุ่งหมายสำหรับการเรียนการสอนและการพัฒนาหลักสูตร
แนวคิดและแนวปฏิบัติ. สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, กรุงเทพฯ.

นิธิ มหานนท์, ปิยะมิตร ศรีธราและ สรณี บุญไชยพิทักษ์. 2543. กล้ามเนื้อหัวใจ
ตายเฉียบพลัน Acute myocardial infraction. โอ เอส พรินต์ติ้งเฮาส์ บางกอกน้อย,
กรุงเทพฯ.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2542. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย.
พิมพ์ครั้งที่ 5. B&B Publishing, นครปฐม.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528. จิตวิทยาสังคมกับสาธารณสุข. เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมศาสตร์
การแพทย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช หน่วยที่ 9-15.
ชวนพิมพ์, นนทบุรี.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2537. การวัดสถานะภาพทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม. ภาพการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

_____. และ สวิง สุวรรณ. 2526. พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา. เจ้าพระยาการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

ปิยาภรณ์ นิกษ์นิภา. 2549. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

เพลินดา พิพัฒน์สมบัติ. 2546. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดบาย-pass. วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. 2542. จิตวิทยาการศึกษา. สำนักพิมพ์พัฒนาศึกษา, กรุงเทพฯ.

พรรณี เสถียรโชค และ ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. 2536. ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.

พันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญส่ง และ สัมพันธ์ พรวิลาวณย์. 2543. การรักษาโดยการผ่าตัด: กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ไอ. เอส. พรินติ้งเฮาส์, กรุงเทพฯ.

ภารณี เทพส่องแสง. 2541. ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มนต์ธิดา ไชยแขวง. 2548. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

มานพ ประภาษานนท์. 2538. กายภาพบำบัดเพื่อสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์แสงแดง, กรุงเทพฯ.

รวิภา บุราณเศรษฐ. 2546. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านปิ่นเจริญ 2 เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

รัศมี สิทธิพันธ์. 2548. ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

รุ่งรัตน์ ปิยธโร. 2545. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่บริการโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ลัดดาวัลย์ อ้นเมฆ. 2545. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วิชัย ต้นไพจิตร. 2529. อาหารกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง, น. 712 – 767. ใน ยุวดี กาญจนนิษฐิติ (ผู้รวบรวม). เอกสารการสอนชุดวิชาอาหารบำบัดโรค. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

วิชัย ต้นไพจิตร. 2536. ภาวะไขมันในเลือดเวชปฏิบัติทันสมัย 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, กรุงเทพฯ.

วิภารัตน์ นาวรัตน์. 2545. การศึกษาอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วัลภา ส่วงวัฒนาบุท. 2545. การศึกษาอิทธิพลของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความสามารถในการทำนายการดูแล และปัจจัย ด้านญาติผู้ดูแลต่อความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศุภชัย ไชยธีรพันธ์. 2534. ผลกระทบของโรคหัวใจต่อสุขภาพของประชาชนไทยและความ
มั่นคงของชาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ, กรุงเทพฯ.

สมจิตร หนูเจริญกุล. 2537. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2.
ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ.พรินติ้ง, กรุงเทพฯ.

สมจิตร หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และ รวมพร คงกำเนิด, บรรณาธิการ. 2543. การส่งเสริม
สุขภาพแนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

สมทรง สวัสดิ์จุ่น และจรีพร จิตจำนุญไชย. 2534. “ฟาสฟุคส์ค่านิยมใหม่ในยุคดิจิทัล”
หมอชาวบ้าน. 13: 34-35.

สมใจ ยิ้มวิไล. 2541. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการ
กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุดศิริ หิรัญขุนหะ. 2541. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุพร หุตากร. 2549. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ต้องขัง
ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุพิชญา ทองแท้. 2546. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพ
แก่ประชาชนของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุภาพรณ เกื้อสุวรรณ. 2546. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและ
ครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุนทรี อุปพงษ์. 2548. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือของ
 บิดามารดาในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและดูแลผู้ป่วยตาเข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุเอ็ด คชเสนี. 2531. กรณีศึกษาโรคเรื้อรังโรคหลอดเลือดหัวใจ. **คลินิก** 4: 337-340.

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. 2549. **สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2549**. สำนักงานกระทรวง
 สาธารณสุข, กรุงเทพฯ.

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. 2548. **บริบททั่วไปโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า**. แหล่งที่มา:
www.ha.pmk.ac.th/serv03.htm - 60k ,12 สิงหาคม 2548.

อภิชาติ สุคนธสรรพ และ ศรีณย์ ควรรประเสริฐ. 2546. **Coronary Artery Disease New guideline**.
 ไอแอมออกาไนเซอร์แอดเวอรไทซิง, กรุงเทพฯ.

อารี พันธุ์ณี. 2534. **จิตเวชการเรียนการสอน**. สำนักพิมพ์เลิฟแลนด์เลิฟเฟรส, กรุงเทพฯ.

อิสรา สุขุมลจันทร. 2536. **ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด**. สมาคมแพทย์โรคหัวใจ
 แห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.

Becker, M.H. and L.M. Maiman. 1974. The Health belief model : origins and Co relational in
 psychology theory. **Health Education Monographs** (4): 336-353.

Bloom, B.S. 1975. **Taxonomy of educational objectives : The classification of educational
 goals : Handbook I : Cognitive domain** . 20th ed. David McKay, New York.

Caplan, G. 1974. **Support System and Community Mental Health: Lecture on Concept
 Development**. Behavioral Publications, New York.

- Cobb, S. 1976. **Social supports and health**. Academic Press, New York.
- Davies, M.J. 2001. **Pathology of coronary atherosclerosis**. In V.Fuster, R.W. Alexander & R.A. O'Rourke.(Eds.) *The Heart* (10th ed., pp 1095 - 1108). McGraw-Hill, New York.
- Gage, N.L. and D.C. Berliner. 1992. **Educational psychology**. 5th ed. Houghton Mifflin Company, Boston.
- Good, C. V. (Ed). 1973. **Dictionary of education**. 3rd ed. Boston: Houghton Mifflin Company, New York:.
- Green, L.W. 1980. **Health Education Planning: A Diagnostic Approach**. Mountain View, California.
- Green, L.W. and M.W. Kreuter. 1991. **Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach**. Mayfield Publishing Company, Toronto.
- Kahn, R.L. 1979. **Aging and Social Support**. In *Aging From Birth to Death: Interdisciplinary Perspective*. Westview Press, Colorado.
- Mac Mahon, J.D. 1970. **Essentials of Psychological Testing**. Oxford University Press, New York.
- Norbeck, K. 1982. The use of social support in clinical practice. **Journal of psychosocial Nursing and Mental Health Science** 20 (12): 22-29.
- Nunnally. 1957. **Test and measurements**. McGraw-Hill book Co. Inc. , New York.
- Oskamp, S. 1991. **attitude and opinions**. Prentice-Hall Inc., New Jersey.

Orem, D.E. 1985. **Nursing Concepts of Practice**. 3rd ed. McGraw-Hill Company, New York.

Pender, N.J. 1987. **Health Promotion Nursing Practice/Nola J.** 3rd ed. Appleton and Lange, Stamford.

Pender, N. 1996. **Health promotion in Nursing practice**. Appleton & Lange. Connecticut, New York.

Powell, K.E. 1987. **Physical Activity and the Antecedence of Coronary Heart Disease**. Annual Review of Public Health, New York.

Possenstock, I.M. 1974. **The Health belief model and preventive health behavior**. pp. 52-68
In N.K. Janz and M.H. Becker. The Health belief model: A Decade Later. **Health Education Quarterly** 11(4): 147-152.

Schwartz. 1975. **Nutritional Knowledge, attitude and practices of high school graduates**. Journal of the American Dietetic Association. 66(12): 28-31.

Thoit, P.A. 1982. Conceptual methodological and theoretical problem in studying social Support as a buffer against life stress. **Journal of Health Social Behavior** 23: 145-159.

Triandis, H. C. 1971. **Attitude and attitude change**. John Wiley & Sons, New York.

Thom, L.A., W.B. Kannel, H. Silbershatz and R.B. D'Agostino. 2001. **Cardiovascular disease in the United States and prevention approaches**. In V. Fuster, R.W. Alexander & R.A. O'Rourke (Eds.), *The Heart* (10th ed., 3-18). McGraw-Hill, New York.



ภาคผนวก



รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

1. พ.อ. ชีรฉัตร ศิลารัตน์ ศัลยแพทย์ทรวงอก หัวใจ และหลอดเลือด
กองศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. พ.อ. ชัชชัย เต็มยอด ศัลยแพทย์ทรวงอก หัวใจ และหลอดเลือด
กองศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. พ.ท. เกรียงชัย ประสงค์สุกาญจน์ ศัลยแพทย์ทรวงอก หัวใจ และหลอดเลือด
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
4. พ.ต.หญิง วรธกร รักษิณสระ พยาบาลประจำห้องไอ ซี ยู ศัลยกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
5. คุณลัดดา เตชางกูร หัวหน้างานการพยาบาลศัลยกรรมหัวใจ
โรงพยาบาลราชวิถี



แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
คลินิกทางระบบหลอดเลือดหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 4 ส่วน คือ

- | | |
|---|--------------|
| ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลทางชีวสังคม | จำนวน 9 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ | |
| 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ | จำนวน 20 ข้อ |
| 2.2 ทักษะคิดของญาติหรือผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วย | |
| โรคหลอดเลือดหัวใจตีบต่อการดูแลตนเอง | จำนวน 20 ข้อ |
| 2.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ | จำนวน 23 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุน | |
| ทางสังคม | จำนวน 21 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วย | จำนวน 25 ข้อ |

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหรือเขียนข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

1 ☐ ชาย2 ☐ หญิง

sex	
-----	--

2. อายุ

1 ☐ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 252 ☐ 25 - 303 ☐ 31 - 354 ☐ 36 - 405 ☐ 41 - 456 ☐ 46 - 507 ☐ 51-558 ☐ 56 ปีขึ้นไป

Age	
-----	--

3. สถานภาพการสมรส

1 ☐ โสด2 ☐ สมรส3 ☐ หม้าย4 ☐ หย่า5 ☐ สมรสแต่แยกกันอยู่

status	
--------	--

4. ระดับการศึกษา

1 ☐ ไม่ได้ศึกษา2 ☐ ประถมศึกษา3 ☐ มัธยมศึกษา / ปวช.4 ☐ อนุปริญญา / ปวส.5 ☐ ปริญญาตรี6 ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

edu	
-----	--

5. อาชีพ

1 ☐ รับจ้างทั่วไป2 ☐ ค้าขาย3 ☐ เกษตรกร4 ☐ ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ5 ☐ ธุรกิจส่วนตัว6 ☐ พนักงานบริษัท7 ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ8 ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

carrer	
--------	--

6. ท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)

1 ☐ ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,0002 ☐ 5,001 – 10,0003 ☐ 10,001 – 15,0004 ☐ 15,001 – 20,0005 ☐ มากกว่า 20,000

money	
-------	--

7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1 ☐ สามี/ภรรยา2 ☐ พ่อ-แม่3 ☐ พี่/น้อง4 ☐ บุตร5 ☐ ลูกเขย/ลูกสะใภ้6 ☐ หลาน7 ☐ ญาติ8 ☐ ผู้ดูแลที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกันทางสายโลหิต

relation	
----------	--

8. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบคนอื่น ๆ นอกเหนือจากคนที่กำลังดูแล

1 ☐ เคย2 ☐ ไม่เคย

exp	
-----	--

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยภายในตัวบุคคล

2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าถูกต้องมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถามดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น ตรงกับสิ่งที่ท่านรู้หรือเข้าใจ

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับสิ่งที่ท่านรู้หรือเข้าใจ

ไม่ทราบ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นท่านไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1.	โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้			
2.	โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดจากหลอดเลือดแดงไม่เพียงพอกับความต้องการเนื่องจากการมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจหรือการหดเกร็งของเส้นเลือด			
3.	ถ้ามีการตีบของหลอดเลือดหัวใจหลายเส้นจะทำให้ผู้ป่วยมีอันตรายมากขึ้น			
4.	ผู้ที่มีระดับ โคเลสเตอรอล ที่เกินกว่า 200 mg/dl มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้มากกว่าคนปกติ			
5.	ผู้ที่มีคนในครอบครัว เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีคนในครอบครัวเป็นโรค			
6.	คนพอมมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนอ้วน			
7.	เพศหญิงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าผู้ชาย			
8.	ความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ไม่ได้รับการรักษาก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้			
9.	การออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นสาเหตุของการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เพราะหัวใจทำงานหนัก			
10.	ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีโอกาสป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่			

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
11.	การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก ๆ เช่น อาหารประเภททอด แกงกะทิ จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้			
12.	การกินอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้			
13.	ผู้ที่ดื่มสุรามากๆ ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้			
14.	ผู้ชายที่มีรอบเอวเกิน 90 ซม. และผู้หญิงที่มีรอบเอวเกิน 80 ซม. มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าผู้ที่มีรอบเอว ไม่ถึงเกณฑ์ดังกล่าว			
15.	ความเครียดมีส่วนก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้			
16.	ผู้ที่มีอายุมากมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มากกว่าผู้ที่มี อายุน้อย			
17.	ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบควรรับประทานอาหารที่มีไขมัน และโคเลสเตอรอลต่ำ เช่น ผัก และผลไม้			
18.	ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที			
19.	ถ้าขณะออกกำลังกายแล้วมีอาการเจ็บหน้าอก ให้หยุดพักแล้วรีบอมยา ใต้ลิ้น			
20.	โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นแล้วสามารถรักษาให้หายได้ ทำกิจวัตร ประจำวันได้ แต่ถ้าไม่ดูแลสุขภาพ ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำได้			

2.2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถามดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
 เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ				
2.	การสูบบุหรี่แม้จำนวนไม่มาก หรือนาน ๆ ครั้ง ก็ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้				
3.	การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ ช่วยทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดได้ดี และแข็งแรงขึ้น				
4.	ท่านคิดว่าการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก				
5.	ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่ควรออกกำลังกาย เพราะอาจทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น				
6.	ท่านคิดว่าถ้าผู้ป่วยเกิดความเครียดควรรับประทานยาคลายเครียดเพื่อให้รู้สึกดีขึ้น				
7.	ท่านรู้สึกว่าโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่น่ากลัว ไม่สามารถรักษาให้หายได้				

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
8.	ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่จำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิด				
9.	ท่านคิดว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง				
10.	ถ้าเรามีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ก็สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้				
11.	การดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เป็นการช่วยลดความรุนแรงของโรคและอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้				
12.	ท่านคิดว่าการที่ทุกคนในครอบครัวช่วยกันดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ดี				
13.	การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่ให้รุนแรงได้				
14.	ญาติของท่านเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ท่านรู้สึกวิตกกังวลเป็นอย่างมาก				
15.	การป้องกันความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นสิ่งที่ควรทำ				
16.	การหลีกเลี่ยงไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดจะทำให้เป็นผลดีต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ				
17.	การที่พาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็น				
18.	ท่านรู้สึกว่าถ้าท่านดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างถูกต้องแล้วจะทำให้ไม่เกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง				
19.	ท่านคิดว่าการออกกำลังกายเบา ๆ เช่น การเดิน จะทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น				
20.	ท่านพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี				

2.3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน มากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถามดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่มีการเสียชีวิตที่พบมากในปัจจุบัน				
2.	ถ้าไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิต เบาหวาน ไขมันในเลือด ความเครียด การสูบบุหรี่ จะทำให้ผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีอาการรุนแรงขึ้น				
3.	การที่ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาจทำให้เสียชีวิตได้				
4.	โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ทำให้เกิดการแข็งตัวและหนาตัวของผนังหลอดเลือดแดงในทุกส่วนของร่างกาย รุของหลอดเลือดมักตีบแคบลงจนกระทั่งอุดตัน ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้				
5.	การออกกำลังกายสามารถช่วยลดอัตราการตายจาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้				

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
6.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอาการหัวใจ หยุดเต้นกะทันหัน หากไม่ได้รับการช่วยชีวิต อย่างทันท่วงทีอาจถึงแก่ความตายได้				
7.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีภาวะแทรกซ้อน เบาหวาน จะมีอาการรุนแรงกว่าที่ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจตีบที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน				
8.	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้ปกติ และควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ จะทำให้โรคมีอาการที่รุนแรงมากขึ้น				
9.	การสูบบุหรี่ ไม่ทำให้อาการของโรคหลอดเลือด หัวใจตีบรุนแรงขึ้น				
10.	การดื่มสุรามาก ๆ เป็นประจำไม่ทำให้อาการของ ผู้ป่วยรุนแรงขึ้น				
11.	การหยุดยาเองทำให้อาการของผู้ป่วยมีความรุนแรง มากขึ้น				
12.	ถ้าผู้ป่วยมีระดับโคเลสเตอรอลในร่างกายสูง จะทำให้ระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น				
13.	การดูแลที่ถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ที่ บ้านได้อย่างมีความสุขไม่ต้องกลับเข้ามารับกา รรักษาซ้ำในโรงพยาบาล				
14.	หากมีอาการเหนื่อยง่าย หายใจไม่อิ่ม หอบ เวลา ออกกำลังกายไม่จำเป็นต้องรีบไปหาแพทย์				
15.	โรคหลอดเลือดหัวใจหากมีภาวะเครียดจะทำให้ โรคมีอาการรุนแรงมาก				

ข้อที่	ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
16.	การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีรายละเอียดมาก ไม่สามารถจำได้หมดและปฏิบัติได้ยาก				
17.	การมาพบแพทย์ตามนัดเป็นเรื่องที่ยากลำบาก เสียเวลา				
18.	การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมภาวะความรุนแรงของโรคหัวใจตีบได้				
19.	การออกกำลังกายสม่ำเสมอและถูกต้องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้งๆ ละ 30 นาทีจะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่แข็งแรง				
20.	การดูแลที่ถูกต้องและหมั่นสังเกตอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วย ช่วยให้มาพบแพทย์ได้ในระยะแรก และแก้ไขความผิดปกติได้ทันเวลาที่				
21.	การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาล ให้ปกติ ช่วยลดระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้				
22.	เมื่อท่านมีความสงสัยในเรื่องการดูแลผู้ป่วยท่านไม่กล้าซักถาม แพทย์ หรือพยาบาล				
23.	ยาที่รับประทานมีหลายชนิด ทำให้เกิดการสับสนไม่สามารถรับประทานได้ครบและถูกต้อง				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

แรงบันดาลใจทางสังคมต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย✓ลงในช่องว่างหลังข้อความลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับ ความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามดังนี้

ข้อ ที่	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ท่านคอยสอบถามอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ				
2.	สมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ				
3.	ท่านพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ				
4.	ท่านจัดหาอาหารที่มีประโยชน์มาให้ผู้ป่วยรับประทานอย่างสม่ำเสมอ				
5.	ท่านได้รับคำแนะนำ และ อธิบายเกี่ยวกับโรค อาการ แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จากแพทย์ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล				
6.	ท่านได้รับเอกสารแผ่นพับแนะนำการปฏิบัติตัว เพื่อเป็น คู่มือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน				
7.	ท่านสามารถโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่รักษาได้ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น				
8.	แพทย์และพยาบาลได้ให้คำแนะนำกับท่านในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา				
9.	ท่านได้รับความรู้จากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ วิทยุ โทรทัศน์ และ อินเทอร์เน็ต ช่วยกระตุ้นให้ท่านสนใจดูแลผู้ป่วยมากขึ้น				
10.	แพทย์และพยาบาลไม่ได้อธิบายท่านเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเวลาที่ท่านพาผู้ป่วยไปพบแพทย์				

ข้อ ที่	ข้อความ	มาก ที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
11.	ท่านได้พูดคุยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยกับญาติคนอื่นๆ				
12.	ท่านได้พูดคุยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบกับญาติคนอื่นๆ				
13.	สมาชิกในครอบครัวช่วยกันพาผู้ป่วยไปออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ				
14.	ท่านได้รับบัตรนัดทุกครั้งที่ได้ไป รพ. และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง				
15.	แพทย์และพยาบาลได้ให้คำแนะนำกับท่านในเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติเกี่ยวกับผู้ป่วย				
16.	บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยไม่ให้ความช่วยเหลือท่านเวลาที่พาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด				
17.	ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ				
18.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ				
19.	ท่านได้รับแผ่นพับเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากทางโรงพยาบาล				
20.	ท่านได้รับสื่อทางวิทยุ / โทรทัศน์ เกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ				
21.	สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยไม่ให้การช่วยเหลือท่านในการดูแลผู้ป่วย				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความซึ่งแสดงถึงระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของท่านที่ตรงกับความเป็นจริง ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านทำกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ ทุกครั้ง สม่าเสมอ
 ปฏิบัติเป็นส่วนมาก หมายถึง ท่านทำกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นส่วนใหญ่
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นบางครั้ง
 ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้ทำกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย

ข้อที่	ข้อคำถาม	การทำการกิจกรรม			
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1.	การรับประทานยา ท่านสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้ป่วยภายหลังการรับประทานยาในแต่ละชนิด				
2.	ท่านจัดให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่ง				
3.	ถ้าผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติจากการรับประทานยาท่านให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา				
4.	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาจนหมดแม้ผู้ป่วยไม่มีอาการแล้ว				
5.	เมื่อยาหมดท่านมักซื้อยาให้ผู้ป่วยรับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์				
6.	การรับประทานอาหาร ท่านจัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ไข่แดง แกงกะทิ ผัด หรือทอด				
7.	ท่านจัดให้ผู้ป่วยลดการเติมน้ำปลา หรืออาหารรสเค็มจัด				

ข้อที่	ข้อความถาม	การทำกิจกรรม			
		ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น ส่วนมาก	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
8.	ท่านจัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารประเภท ผัก ผลไม้ ทุกวัน				
9.	ท่านจัดให้ผู้ป่วยดื่ม ชา กาแฟ น้ำอัดลม				
10.	การออกกำลังกาย ท่านจะให้ผู้ป่วยหยุดออกกำลังกายเมื่อรู้สึก หายใจลำบาก ใจสั่น หรือมีเหงื่อออกมาก ผิดปกติ				
11.	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างถูกต้อง ทุกวัน				
12.	ท่านไม่ค่อยมีเวลาในการฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วย ได้ออกกำลังกาย				
13.	การจัดการความเครียด ท่านจัดให้ผู้ปวยนอนหลับพักผ่อนอย่าง เพียงพอวันละ 6 - 8 ชม.				
14.	ท่านให้คำปรึกษาและรับฟังอยู่เป็นเพื่อน ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยวิตกกังวล				
15.	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลาย ความเครียดอย่างเหมาะสมโดยให้ผู้ป่วยฝึก สมาธิ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ หรือหางานอดิเรก ให้ผู้ป่วยทำ				
16.	การสังเกตอาการผิดปกติ ท่านจะพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ / พยาบาล เมื่อ มีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น มึนงง เหงื่อออกมาก				

ข้อที่	ข้อความถาม	การทำการกิจกรรม			
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
17.	ท่านสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายของผู้ป่วย เช่น ขาบวมซีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ แผลผ่าตัดบวมแดง				
18.	ท่านพาผู้ป่วยมาตรวจทุกครั้งที่มีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอกเป็นเวลานาน รับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น				
19.	เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเล็กน้อยเกิดขึ้น ท่านให้การดูแลรักษาด้วยตนเองไม่ไปพบแพทย์				
20.	การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงสูง ท่านพูดชักชวนไม่ให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่				
21.	ถ้าสามารถก้าวขึ้นบันไดอย่างรวดเร็ว 2 ชั้น หรือเดินบนที่ราบ 1000 เมตร ในเวลา 10 นาที โดยไม่มีอาการหอบเหนื่อย สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้				
22.	ท่านให้ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพื่อการสูบบุหรี่โลหิตที่ดีขึ้น				
23.	การมาตรวจรักษาตามแพทย์นัด ท่านพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งแม้จะไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น				
24.	ท่านให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด				
25.	การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเป็นเรื่องที่เสียเวลาสำหรับท่าน				

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ	นางสาวหทัยชนก สุขิโต
เกิดวันที่	18 พฤศจิกายน 2525
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช พิษณุโลก (สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยนเรศวร) พ.ศ. 2544 – 2548
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ หอพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมชาย แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 13/2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า