บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และเปรียบเทียบวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างเพศและกลุ่มอายุ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ คลินิกพิเศษโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ. 2542 ถึงวันที่ 31 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2542 จำนวน 213 คน และนำเสนอผลการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างเพศและอายุ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความเข้าใจ-การนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามเพศและอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	112	52.6
หญิง	101	47.4
รวม	213	100.0
อายุ		
21 – 40 ปี	40	18.8
41 – 60 ปี	74	34.7
61 ปีขึ้นไป	99	46.5
รวม	213	100.0

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มประชากรเป็นเพศชายร้อยละ 52.6 เพศหญิงร้อยละ 47.4 และมีอายุ 61 ปีขึ้นไปจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.5 รองลงมามีอายุระหว่าง 41 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.7

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยวิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามรายด้านและโดยรวมทั้ง 7 ด้าน

วิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ด้านการออกกำลังกาย	0.69	.71
ด้านการรู้จักอารมณ์ตนเองและการจัดการกับความเครียด	1.57	.64
ด้านโภชนาการ	1.76	.54
ด้านกิจกรรมนันทนาการและการพักผ่อน	1.85	.81
ด้านการดูแลสุขภาพและการใช้บริการของระบบสาธารณสุข	1.93	.67
ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง	1.95	.76
ด้านการอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อม	1.96	.72
โดยรวมทั้ง 7 ด้าน	1.72	.51

จากตาราง 3 พบว่า วิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด และมีวิถีการดำเนินชีวิตต้องแก้ไข คือ ด้านการออกกำลังกาย (ค่าเฉลี่ย = 0.69) ส่วนวิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด และมีวิถีการดำเนินชีวิตควรแก้ไข คือ ด้านการอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ย = 1.96) ค่าเฉลี่ยของวิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมทั้ง 7 ด้าน ของกลุ่มประชากรเท่ากับ 1.72 มีวิถีการดำเนินชีวิตควรแก้ไข

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบวิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างเพศและกลุ่มอายุ

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างวิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจรายด้านและโดยรวมทั้ง 7 ด้าน ระหว่างเพศชายกับเพศหญิง

วิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	เพศ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความต่างของค่าเฉลี่ย
1. ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง	ชาย	112	1.69	.83	0.55
	หญิง	101	2.24	.55	
2. ด้านโภชนาการ	ชาย	112	1.70	.62	0.12
	หญิง	101	1.82	.43	
3. ด้านการออกกำลังกาย	ชาย	112	0.72	.78	0.08
	หญิง	101	0.64	.63	
4. ด้านกิจกรรมนันทนาการและการพักผ่อน	ชาย	112	1.84	.86	0.02
	หญิง	101	1.86	.74	
5. ด้านการดูแลสุขภาพและการใช้บริการของระบบสาธารณสุข	ชาย	112	1.86	.74	0.15
	หญิง	101	2.01	.58	
6. ด้านการรู้จักอารมณ์ตนเองและการจัดการกับความเครียด	ชาย	112	1.60	.70	0.06
	หญิง	101	1.54	.56	
7. ด้านการอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อม	ชาย	112	1.89	.79	0.15
	หญิง	101	2.04	.64	
โดยรวมทั้ง 7 ด้าน	ชาย	112	1.65	.59	0.15
	หญิง	101	1.80	.38	

จากตาราง 4 พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนวิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทั้ง 7 ด้านและรายด้านแตกต่างกันทุกด้าน โดยที่ส่วนใหญ่เพศหญิงจะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนวิถีการดำเนินชีวิตสูงกว่าเพศชายทุกด้าน ยกเว้น ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรู้จักอารมณ์ตนเอง และการจัดการกับความเครียด ที่เพศชายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนวิถีการดำเนินชีวิตสูงกว่าเพศหญิง

ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างวิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้านความสามารถในการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความต่างของค่าเฉลี่ย		
				อายุ21-40 ปี	อายุ41-60 ปี	อายุ 61ปีขึ้นไป
21-40 ปี	40	2.03	0.71	-	0.07	0.14
41-60 ปี	74	1.96	1.08	0.07	-	0.07
61 ปีขึ้นไป	99	1.89	0.65	0.14	0.07	-
รวม	213					

จากตาราง 5 พบว่ากลุ่มอายุ 21-40 ปี มีค่าเฉลี่ยของวิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้านความสามารถในการดูแลตนเองมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 41-60 ปี และกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไปตามลำดับ โดยมีความต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มอายุ 21-40 ปี กับกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป เท่ากับ 0.14 ส่วนกลุ่มอายุ 21-40 ปี กับกลุ่มอายุ 41-60 ปี และกลุ่มอายุ 41-60 ปี กับกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป มีค่าเท่ากันคือ 0.07

ตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างวิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้านโภชนาการ ระหว่างกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความต่างของค่าเฉลี่ย		
				อายุ21-40 ปี	อายุ41-60 ปี	อายุ 61ปีขึ้นไป
21-40 ปี	40	1.72	0.73	-	0.06	0.13
41-60 ปี	74	1.66	0.56	0.06	-	0.19
61 ปีขึ้นไป	99	1.85	0.43	0.13	0.19	-
รวม	213					

จากตาราง 6 พบว่า อายุ 61 ปีขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยของวิถีการดำเนินชีวิตชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้านโภชนาการมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 21-40 ปี และกลุ่มอายุ 41-60 ปี ตามลำดับ โดยมีความต่างของค่าเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป กับกลุ่มอายุ 21-40 ปี เท่ากับ 0.13 กลุ่มอายุ 61 ปี ขึ้นไปกับกลุ่มอายุ 41-60 ปี เท่ากับ 0.19 และกลุ่มอายุ 21-40 ปี กับกลุ่มอายุ 41-60 ปี เท่ากับ 0.06

ตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างวิถีการดำเนินชีวิตชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความต่างของค่าเฉลี่ย		
				อายุ21-40 ปี	อายุ41-60 ปี	อายุ 61ปีขึ้นไป
21-40 ปี	40	0.63	0.67	-	0.13	0.22
41-60 ปี	74	0.50	0.64	0.13	-	0.35
61 ปีขึ้นไป	99	0.85	0.76	0.22	0.35	-
รวม	213					

ตาราง 7 พบว่ากลุ่มอายุ 61 ปี ขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยของวิถีการดำเนินชีวิตชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการออกกำลังกายมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 21-40 ปี และกลุ่มอายุ 41-60 ปีตามลำดับ โดยมีความต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป กับกลุ่มอายุ 21-40 ปี เท่ากับ 0.22 กลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไปกับกลุ่มอายุ 41-60 ปี เท่ากับ 0.35 และกลุ่มอายุ 21-40 ปี กับกลุ่มอายุ 41-60 ปี เท่ากับ 0.13

ตาราง 8 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างวิถีการดำเนินชีวิตชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้านกิจกรรมนันทนาการและการพักผ่อน ระหว่างกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความต่างของค่าเฉลี่ย		
				อายุ21-40 ปี	อายุ41-60 ปี	อายุ 61ปีขึ้นไป
21-40 ปี	40	1.80	1.04	-	0.12	0.20
41-60 ปี	74	1.68	0.81	0.12	-	0.32
61 ปีขึ้นไป	99	2.00	0.68	0.20	0.32	-
รวม	213					

จากตาราง 8 พบว่ากลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยของวิถีการดำเนินชีวิตชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้านกิจกรรมนันทนาการและการพักผ่อนมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 21-40 ปี และกลุ่มอายุ 41-60 ตามลำดับ โดยมีความต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไปกับกลุ่มอายุ 21-40 ปี เท่ากับ 0.20 กลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป กับกลุ่มอายุ 41-60 ปี เท่ากับ 0.32 และกลุ่มอายุ 21-40 ปี กับกลุ่มอายุ 41-60 ปี เท่ากับ 0.12

ตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างวิถีการดำเนินชีวิตชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการดูแลสุขภาพและการใช้บริการของระบบสาธารณสุข ระหว่างกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความต่างของค่าเฉลี่ย		
				อายุ21-40 ปี	อายุ41-60 ปี	อายุ 61ปีขึ้นไป
21-40 ปี	40	2.04	0.76	-	0.28	0.02
41-60 ปี	74	1.76	0.66	0.28	-	0.26
61 ปีขึ้นไป	99	2.02	0.63	0.02	0.26	-
รวม	213					

จากตาราง 9 พบว่ากลุ่มอายุที่มีค่าเฉลี่ยของวิถีการดำเนินชีวิตชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการดูแลสุขภาพและการใช้บริการของระบบสาธารณสุขมากที่สุด คือกลุ่มอายุ 21-40 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุ 41-60 ปี ตามลำดับ โดยที่กลุ่มอายุ 21-40 ปี กับกลุ่มอายุ 61 ปี ขึ้นไป มีความต่างของค่าเฉลี่ยน้อยมากคือ 0.02 ส่วนกลุ่มอายุ 61 ปี ขึ้นไป กับกลุ่มอายุ 41-60 ปี และกลุ่มอายุ 21-40 ปี กับกลุ่มอายุ 41-60 ปี มีความต่างของค่าเฉลี่ยคือ 0.26 และ 0.28 ตามลำดับ

ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างวิถีการดำเนินชีวิตชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการรู้จักอารมณ์ตนเองและการจัดการกับความเครียดระหว่างกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความต่างของค่าเฉลี่ย		
				อายุ21-40 ปี	อายุ41-60 ปี	อายุ 61ปีขึ้นไป
21-40 ปี	40	1.62	0.82	-	0.27	0.10
41-60 ปี	74	1.35	0.61	0.27	-	0.37
61 ปีขึ้นไป	99	1.72	0.54	0.10	0.37	-
รวม	213					

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มอายุที่มีค่าเฉลี่ยของวิถีการดำเนินชีวิตชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการรู้จักอารมณ์ตนเองและการจัดการกับความเครียดมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป รองลงมาคือกลุ่มอายุ 21-40 ปี และกลุ่มอายุ 41-60 ปีตามลำดับ โดยมีความต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มอายุ 61 ปี ขึ้นไปกับกลุ่มอายุ 21-40 เท่ากับ 0.10 กลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไปกับกลุ่มอายุ 41-60 ปี เท่ากับ 0.37 และกลุ่มอายุ 21-40 ปี กับกลุ่มอายุ 41-60 ปี เท่ากับ 0.27

ตาราง 11 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างวิถีการดำเนินชีวิตชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อม ระหว่างกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความต่างของค่าเฉลี่ย		
				อายุ21-40 ปี	อายุ41-60 ปี	อายุ 61ปีขึ้นไป
21-40 ปี	40	1.88	0.61	-	0.01	0.19
41-60 ปี	74	1.87	0.63	0.01	-	0.20
61 ปีขึ้นไป	99	2.07	0.83	0.19	0.20	-
รวม	213					

จากตาราง 11 พบว่า กลุ่มอายุที่มีค่าเฉลี่ยของวิถีการดำเนินชีวิตชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการอยู่สังคมและสิ่งแวดล้อมมากที่สุด คือกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป ส่วนกลุ่มอายุ 21-40 ปี และกลุ่มอายุ 41-60 ปี มีค่าเฉลี่ยที่รองลงมาลำดับ โดยมีความต่างของค่าเฉลี่ยน้อยมาก คือ 0.01 ส่วนความต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไปกับกลุ่มอายุ 21-40 ปี และกลุ่มอายุ 61 ปี ขึ้นไปกับกลุ่มอายุ 41-60 ปี คือ 0.19 และ 0.20 ตามลำดับ

ตาราง 12 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างวิถีการดำเนินชีวิตชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมทั้ง 7 ด้าน ระหว่างกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความต่างของค่าเฉลี่ย		
				อายุ21-40 ปี	อายุ41-60 ปี	อายุ 61ปีขึ้นไป
21-40 ปี	40	1.72	0.72	-	0.10	0.09
41-60 ปี	74	1.62	0.48	0.10	-	0.19
61 ปีขึ้นไป	99	1.81	0.42	0.09	0.19	-
รวม	213					

จากตาราง 12 พบว่า กลุ่มอายุที่มีค่าเฉลี่ยของวิถีการดำเนินชีวิตชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมทั้ง 7 ด้าน มากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป รองลงมาคือกลุ่มอายุ 21-40 ปี และกลุ่มอายุ 41-60 ปีตามลำดับ โดยมีความต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป กับกลุ่มอายุ 21-40 ปี เท่ากับ 0.09 กลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป กับกลุ่มอายุ 41-60 ปี เท่ากับ 0.19 และกลุ่มอายุ 21-40 ปี กับกลุ่มอายุ 41-60 ปี เท่ากับ 0.10

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความเข้าใจ-การนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

นอกจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจ – การนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่ส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิต โดยการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วย 3 ครั้ง โดยแบ่งตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน เพศละ 3 คน จำนวน 18 คน โดยมีประเด็นหลักในการสนทนา คือ ความสำคัญของสุขภาพ การให้ความหมายกับคำว่าสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งจากการสนทนากลุ่มได้ข้อมูลดังนี้ คือ

ด้านความสำคัญของสุขภาพ พบว่า ก่อนที่จะทราบว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มอายุ คิดว่าสุขภาพของตนอยู่ในระดับที่ดีอยู่แล้ว ไม่ต้องดูแล ไม่ต้องสนใจ โดยในกลุ่มอายุ 21-40 ปี มีความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองน้อย โดยบอกว่า ต้องทำงานหนัก เพราะต้องสร้างฐานะทางครอบครัวกลางคืนบางคนไม่ได้พักผ่อน เพราะต้องทำงาน ซึ่งบางคนก็ต้องใช้เครื่องดื่มบำรุงกำลังช่วยตลอด บางคนใช้เวลากลางคืนในการเที่ยวเตร่โดยให้เหตุผลว่า เป็นการพักผ่อนเพื่อคลายเครียด และมีการดื่มสุรา สูบบุหรี่จัดในวันนี้ ในกลุ่มอายุ 41-60 ปี บางคนเริ่มมีปัญหาทางสุขภาพ ก็เริ่มดูแลสุขภาพ แต่ก็คิดและเชื่อว่า เรื่องของสุขภาพ เรื่องการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของหมอ เช่นเดียวกันในกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป ซึ่งส่วนใหญ่จะปล่งในเรื่องสังขารเจ็บป่วยก็มารักษา ถ้าได้ยาดีก็หาย ถ้ารักษาไม่หายก็รอวันตาย เมื่อถามถึงพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคพบว่า มีทั้งการดื่มสุรา การดื่มกาแฟ น้ำอัดลมประเภทโคล่าเป็นประจำ การสูบบุหรี่ การชอบทานอาหารหวาน ขนมหวานมัน ชอคโกแลต อาหารไขมันสูง เช่น เนย มันหมู ของทอด ไข่ เป็นต้น อารมณ์เครียด โกรธง่าย ขาดการออกกำลังกาย คิดว่าการทำงานบ้านคือการออกกำลังกาย ทำงานหนักทุกวัน เหงื่อออกก็เหนื่อยพอแล้ว ไม่มีเวลา ฯลฯ แต่หลังจากที่ทราบว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจแล้ว รู้สึกว่าสุขภาพของตนแย่ลง คิดว่าต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพมากขึ้น ต้องปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเพื่อไม่ให้อาการเป็นมากขึ้น เริ่มแรกผู้ป่วยส่วนใหญ่จะวิตกกังวล กลัวโรคที่เป็นอยู่ ด้านการดูแลตนเองทั่ว ๆ ไปที่เกี่ยวข้อง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ในระยะแรกจะพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือดื่มสุราอย่างเคร่งครัดมาก ข้อห้ามเกี่ยวกับด้านอาหาร ก็จะพยายามลดอาหารพวกไขมัน อาหารรสจัด ตามที่แพทย์แนะนำ แต่หลังจากนั้นสักระยะหนึ่งก็จะลดความเอาใจใส่ต่อการปฏิบัติตนลง โดยมีบางคนให้เหตุผลว่า นาน ๆ ครั้งดื่มเหล้าบ้างก็ไม่เห็นเป็นไร ถ้าไม่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ก็เข้ากับผู้อื่นได้ยาก บางคน

บอกว่า คนอื่นที่เป็นเหมือนกันยังดื่มเหล้า สูบบุหรี่ได้ไม่เห็นเป็นอะไรเลย ตราบใดที่ยังกินยาอย่างสม่ำเสมอ แต่ผู้ป่วยบางคนก็สามารถปฏิบัติตนได้อย่างเคร่งครัด เนื่องจากอาการของโรคเป็นตัวบ่งชี้ เช่น ถ้าได้กลิ่นบุหรี่แล้วจะแน่นอก หายใจไม่ออก เลยต้องหยุดหรือเลี่ยงอย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยบางคนยังคงใช้น้ำมันหมูในการประกอบอาหารเนื่องจากราคาถูก และทำให้อาหารมีรสชาดดีกว่าการใช้น้ำมันพืช ในด้านความเครียด ผู้ป่วยในระยะแรกที่ทราบว่าเป็นโรคจะเครียดมาก มีความวิตกกังวลทั้งในเรื่องของการทำงาน ทำงานหนักไม่ได้ ซึ่งถ้างานประจำของผู้ป่วยเป็นงานที่ต้องใช้แรงงาน ทำให้ต้องหยุดงาน มีความวิตกกังวลในเรื่องของเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในครอบครัว รายจ่ายค่ายา มีปัญหาในครอบครัว รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่นในครอบครัว ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยทำงานจะรู้สึกเครียด ท้อแท้มากกว่าผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ ผู้ป่วยที่สูงวัยมากกว่าอยากให้ลูกหลานเอาใจใส่ ซึ่งบุคคลในครอบครัวจะเป็นผู้ที่มีอิทธิพลมากที่สุด ถ้าครอบครัวให้ความเข้าใจ ช่วยดูแลและส่งเสริมผู้ป่วยให้มีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยก็ไม่มีปัญหา เมื่อได้พูดคุยกับกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน หรือเพื่อนบ้าน ซึ่งจะพยายามให้คำแนะนำต่าง ๆ ผู้ป่วยก็จะรู้สึกดีขึ้น ในกลุ่มผู้สูงอายุผู้ป่วยด้วยกันหรือเพื่อนบ้าน ซึ่งจะพยายามให้คำแนะนำต่าง ๆ ผู้ป่วยก็จะรู้สึกดีขึ้น ในกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยจะพยายามปลงในเรื่องสังขาร ว่า เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมชาติ

คำพูดที่ได้จากผู้ป่วย เช่น ถามว่า

"ตะก่อน ก่อนตี้หมู่เฮาจะฮู้ว่าเป็นโรคหัวใจ๋ เฮาต้องดูแลตั๋วเฮาจะใดผ่องก่อ?"

"ก้อบ่เห็น ต้องดูต้องแลหยังเหราะหมอ มันก้อสบายดีนี่"

"เฮาเป็น เฮาอยู่จะใด ก้อจะอั้นเอาะก่า"

"ถ้าบ่เจ็บ บ่ไข้ โฮงยา บ่ต้องถามหา"

"ก้อถ้าเจ็บ บ่สบายเล็กๆ น้อยๆ ก้อซื้อยากินเอง"

"ไปหาหมออนามัยก็ได้ หมอจัดยาฮื้อ มันก็หาย"

"แล้วพอฮู้ว่า เป็นโรคหัวใจ๋แล้วมันเป็นจะใด?"

"ฮู้ว่า มันต่างกันนั๊ก ก๋านบ่เป็นโรคหยังมันดีขนาด เป็นแล้วมันตึงยะหยังบ่ได้ ใคร่ยะหมอเป็นก็ห้ามไปหมด แต่ถ้าหมอบ่ห้ามเฮาก็บ่สู้เนาะ"

"ใช้ ใช้ หมอเป็นห้ามผมบ่ฮื้อกิ๋นเหล้า สูบบุรี พอหมอสั่งแต้ๆ ก้อขั้งเลย ก้อบ่เห็นมันเป็นหยัง"

"ยั้งหมู่นั้น ยั้งได้ แต่ห้ามบ่ฮื้อก็ด๊นักนี่ก่า มันยาก ยิ่งสู้ว่าเป๋น ยิ่งเกี้ยดตั๋วเก่า ยะก๋ำน ก้อบ่ได้ สะตังค์ก้อบ่ค่อยมี อิดไปหมด"

"เป๋นโรคหัวใจ๋แล้ว มันตุ๊กไปหมด ตุ๊กตึงกาย ตึงใจ๋"

"ก็ด๊เสียใจ๋ ก่ะหมอ ถ้าตะก่อน เฮาได้ดูแลตั๋วเก่าผ้อง เฮาก็ท่าจะบ่เป๊อจะอี้"

ฯลฯ

คำพูดจากการสนทนากลุ่มทำให้สามารถสรุปได้ว่า โดยปกติแล้วในชีวิตประจำวัน บุคคลละเลยซึ่งการดูแลสุขภาพของตน เพื่อเกิดโรคแล้วจึงเริ่มเห็นความสำคัญของสุขภาพ เสี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเพิ่มความรุนแรงของโรคตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งเมื่อได้ปฏิบัติแล้วบางคนก็รู้สึกว่าเป็นเรื่องง่าย ๆ และเสียใจที่ไม่ได้ดูแลสุขภาพอนามัยเมื่อยังไม่ได้เป็นโรค

ด้านการให้ความหมายของคำว่าสุขภาพ สุขภาพที่ดี คือ การไม่เจ็บไม่ป่วยเท่านั้น มีกินมีใช้ นอนหลับดี สุขภาพที่ไม่ดี คือ การมีโรคภัยไข้เจ็บมาเบียดเบียนอยู่อย่างเช่นการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่แบบนี้

เช่นถามว่า

"สุขภาพตี้ดี มันเป๋นจะใด?" คำตอบก็เป็นว่า

"บ่เจ็บบ่ไข้"

"มีกิ๋น มีใช้"

"กิ๋นข้าวได้ นอนหลับดี"

"สุขภาพตี้ดี คือ สุขภาพต๋อนยังหนุ่มๆ มันแข็งแรงดี ยะหยังก็ได้หมด เฒ่าแก่มา คนก็เหมือนกับต้นไม้ มันก้อผุก้อพังไปเรื่อย ๆ"

"สุขภาพตี้ดี ก้อเหมือนต้น ไม้ต๋อนมันฮื้อดอก ฮื้อผล เต็มตี้ ลมปั้ดจะใด มันตึงบ่โก้น"

สุขภาพตี้บ่ดีก้อคือ "ก้อเจ็บ ก้อป่วยจะอี้ อ่อก่ะ"

"เป๋นโรคหัวจ๋ง หัวใจ๋เนี่ยก่ะ"

"ใครบ่เป๋น มันตึงบ่สู้หนาหมอ กิ๋นตึงบ่ได้ นอนบ่หลับ ถ้าบ่ได้ยาจ้วย ท่าจะต๋ายไปเมิน แล้ว"

"ยะหยังน้อยก้ออิด ก้ออ่อน จะอี้ อะกะ"

ฯลฯ

จากคำพูดของผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยมองภาวะสุขภาพปกติเป็นภาวะที่สูงสุดของสุขภาพ ซึ่งจากนั้นสุขภาพก็จะมีการเสื่อมลงไปตามอายุขัย คิดว่าสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่เสื่อมลงเท่านั้น

ด้านการรับรู้การควบคุมสุขภาพผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม คิดว่าอะไรจะเกิดมันต้องเกิด เป็นโรคเวรโรคกรรม เป็นกรรมเก่าที่ต้องชดใช้ ตนเองสามารถควบคุมสุขภาพของตนเองได้น้อยมาก พฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินอยู่ของชีวิตเป็นไปตามการเป็น การอยู่ การกินอาหารกินตามที่มี ที่หาได้ การออกกำลังกายไม่ใช่เรื่องสำคัญ ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ไม่สำคัญเพราะการทำงานบ้านหรือการทำงานโดยปกติประจำวันก็ทำให้เหงื่อออก เหนื่อยพอแล้ว

เช่นถามว่า

"ในกลุ่มเฮาก็ดี้ว่าเรื่องสุขภาพ เฮาคุม เฮาบังคับมันได้ก่อ?"

"มันจะไปได้จะไดหมอ เจ้าว่ามันเป็นโรคเวร โรคกำ ท่าจะเป็นกำเก่า แล้วเฮาจะไปยะหยังกับมันได้"

"มันเป็น มันเร้วเร็วหนาหมอ เฮาจะคุมมันได้จะได ฮู้ตัวแฮมกำมันก้อเป็นแล้ว"

"แล้วถ้าตอนนี้ สมมุติว่า หมู่เฮายังบ่เป็นโรคหัวใจเหราะ เฮาจะดูแลจะคุมสุขภาพเฮาเองได้ก่อ บ่ฮื้อมันเป็น?"

"เจ้าก้อบ่ฮู้เหมือนกัน เจ้ายังบ่ฮู้แต้เลยว่าตี้เจ้าเป็นนี่ มันเพราะหยัง หมอใหญ่เป็นว่าเจ้าเครียด บ่สบายใจนักบ่อยสำไป" แต้กะหมอ

"ของผมเป็นว่าท่าจะเป็นแต่ กินมันๆ นักสำไป สมัยก่อนหนาผมชอบขนาด แคบเติ้งกับเหล้ารำขนาด ถ้าฮู้ก่อนก้อท่าจะบ่กินนักขนาดนั้น ก้อท่าจะบ่เป็น เนาะหมอเนาะ"

"ผมว่า เฮาคุมมันตึงบ่ได้ ถ้าเฮาบ่เป็นมันก้อบ่อฮู้ตัว อยากยะหยัง อยากกินหยัง ก้อกินไปยะไป ขนาดต่อนนี้ ฮู้ว่าหมอเป็นห้ามกินเหล้า บางเตื้อยังอดบ่ได้เลย แต่ก้อกินน้อย ๆ อั้นหนามันอดบ่ได้ ก้อบ่เห็นมันเป็นหยัง"

ฯลฯ

จากคำพูดของผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นถึงความอ่อนแอทางความคิดด้านสุขภาพ คือเชื่อว่าตัวเองมีส่วนน้อยมาก หรือแทบจะไม่มีเลยในการควบคุมสุขภาพ ภาวะการเจ็บป่วย หรือภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ ถูกควบคุมจากสิ่งภายนอก เช่น โชคชะตา กรรมเวร หรือแม้แต่สิ่งเหนือธรรมชาติ

ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ก่อนที่จะทราบว่าตนมีปัญหาสุขภาพ เชื่อว่าสุขภาพของตนอยู่ในระดับที่แข็งแรง สมบูรณ์ สุขภาพดี เพราะสามารถทำอะไรต่อมิอะไรได้เหมือนคนอื่น ๆ พอทราบว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ คือ สุขภาพของตนแย่ ถ้าไม่อยากเสียชีวิตก็ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นคำแนะนำ ให้ความรู้อย่างคร่าว ๆ ว่า จะต้องมาตรวจตามนัด ทานยาที่แพทย์ให้ไปอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัด อาหารไขมันสูง ไม่ควรใช้น้ำมันหมูในการประกอบอาหาร ควรใช้น้ำมันพืชแทน งดดื่มสุรา งดสูบบุหรี่ ออกกำลังกายเบา ๆ ฯลฯ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยเข้าใจในคำแนะนำ เช่น การใช้น้ำมันพืช ยังคงมีผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันปาล์ม และคำแนะนำบางอย่าง เช่น การออกกำลังกายเบา ๆ ผู้ป่วยก็ไม่สามารถปฏิบัติได้ เพราะไม่แน่ใจว่าควรจะออกกำลังกายอย่างไร ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยากให้แพทย์ พยาบาล มีเวลาให้มากกว่านี้ เพราะคิดว่าแพทย์ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดที่จะไม่ทำให้สุขภาพของตนแย่ลงกว่านี้ ส่วนคำแนะนำอื่นที่ได้รับไป ก็จะปฏิบัติได้บ้างไม่ได้บ้าง เพราะต้องขึ้นอยู่กับบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย เช่น เรื่องของประเภทอาหารที่มีไขมันสูง เช่น แคบหมู แกงกระด้าง ฯลฯ ถ้ามีคนทำให้ทาน ก็ต้องทานเพราะถ้าไม่ทานก็กลัวลูกหลานจะเสียใจ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับเรื่องการกินยาอย่างเคร่งครัด เพราะคิดว่ายาเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่ช่วยควบคุมอาการของโรค

คำพูดที่ได้จากผู้ป่วย เช่นถามว่า

"ก็ว่า สุขภาพต๋อนนี้ เป็นจะใด?"

"มันก้อแย่ลงกว่าตะก่อน จั๊ดนั๊ก ก่ะหมอ แต่ก็บ่สู้จะยะจะใดกับมัน"

"มันแย่ขนาด มีแต่ทรงอยู่จะอี้ แหมน้อยมันก้อท่าจะทรุดลงเรื่อย ๆ"

"ใช้ ใช้ ต๋อนนี้กิ๋นยา จนปอเบื่อปอก่าย บ่กินก็บ่ได้"

"ท่าบ่ได้กิ๋นยาเลย มันตึงอยู่บ่ได้ มันอิดมันอ่อนขนาด"

"ต๋อนนี้ ตึงบ่ได้ยะก๋านอะหยังเลย มันยะหยังตึงบ่ได้ ได้ก่ากิ๋น ๆ นอน ๆ

"บ่ใช้ ข้าเจ้าขี้คร้าน หนาหมอ มันตึงยะหยังบ่ได้ สุขภาพ สังขารมันบ่ฮื้อ"

ฯลฯ

ซึ่งจากคำพูดของผู้ป่วยสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนว่าอยู่ในระดับที่แย่ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น แต่ก็ไม่สามารถแก้ไขหรือปฏิบัติตนเพื่อให้ภาวะสุขภาพของตนดีขึ้นกว่าระดับนี้ได้