

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ  
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย



วิลาวัณย์ อินคำ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ  
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย



วิลาวัณย์ อิ่มคำ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

อาจารย์ที่ปรึกษาและคณบดีวิทยาลัยการศึกษาต่อเนื่อง โดพิจารณาการศึกษาค้นคว้า  
ด้วยตนเอง เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาล  
เชียงใหม่ประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงใหม่” เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตของมหาวิทยาลัยพะเยา

.....  
(ดร. ทวีวรรณ ชาลีเครือ)

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมบัติ นพรัก)

คณบดีวิทยาลัยการศึกษาต่อเนื่อง

พฤษภาคม 2556



## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ดร.ทวีวรรณ ชาลีเครือ อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้ให้คำแนะนำให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ และตรวจทานข้อบกพร่องต่าง ๆ ของการทำการศึกษานี้ทุกขั้นตอน รวมทั้งกำลังใจสนับสนุน เอาใจใส่แก่ผู้ศึกษาเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์และคณะกรรมการจริยธรรม เจ้าหน้าที่แผนกศูนย์โรคหัวใจ ที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำการศึกษาในครั้งนี้

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่คลินิกพิเศษของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย ที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำการศึกษาในครั้งนี้

ท้ายสุดกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัวอันเป็นที่รัก หัวหน้าแผนกเจ้าหน้าที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ทุกท่าน เพื่อนทุกคนที่สนับสนุนและให้กำลังใจ ในการศึกษาครั้งนี้ คุณประโยชน์อันเกิดจากการศึกษานี้ ขอมอบแต่ บุพการี คณาจารย์ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

วิลาวัณย์ อินคำ

**ชื่อเรื่อง** ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ  
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย

**ผู้ศึกษาค้นคว้า** วิลาวัลย์ อื่นคำ

**ที่ปรึกษา** ดร.ทวีวรรณ ชาลีเครือ

**ประเภทสารนิพนธ์** การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2555

**คำสำคัญ** พฤติกรรม

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อ ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือด ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาในศูนย์โรคหัวใจของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนธันวาคม 2555 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2556 การเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 203 ราย เครื่องมือที่เป็นแบบสัมภาษณ์นำมาหาค่าความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach' alpha สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่าประชากรส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.5 ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจระดับสูง ร้อยละ 50.74 พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 49.3 ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้แก่การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ( $P < 0.05$ ) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ( $P < 0.05$ ) ระดับการศึกษา ( $P < 0.05$ ) และความฉลาดทางสุขภาพ ( $P < 0.05$ ) โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัวสามารถทำนายได้ ร้อยละ 18.2



**Title** FACTOR' S PREDICTING HEALTH PROMOTING BEHAVOPRS AMONG PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE IN CHIANGRAI HOSPITAL: CHIANGRAI PROVINCE

**Author** WilawanInkhom

**Advisor** Dr.Taweewun Chaleekrua

**Academic Paper** Independent Study M.P.H, University of Phayao, 2012

**Keywords** Behaviors among patients with coronary heart disease

### ABSTRACT

The objectives of the cross-sectional research were to explain health belief, health literacy and investigate the factors influencing to health promoting behaviors among patients with coronary disease in Chiangrai Prachanukroh hospital, Chiangrai province. Data were collected through a questionnaire of which reliability and validity from 203 samples of the patients with coronary disease at Heart Center in Chiangrai Prachanukroh hospital, selected by purposive sampling during December, 2012–January, 2013. Data were analyzed by using descriptive statistics and Multiple regression.

The results showed that the level of health belief, health literacy and health promoting behaviors were high (97.5 %, 50.74% and 49.3%). The result identifies four independents variables significantly influencing to health promoting behaviors among patients with coronary disease; perceived of benefit ( $p$ -value = 0.05), perceived of risk to complication ( $p$ -value = 0.05), education ( $p$ -value = 0.05) and health literacy ( $p$ -value = 0.05). Those affecting factors could predict health promoting behaviors at 18.2 %.

## สารบัญ

บทที่	หน้า
<b>1 บทนำ</b> .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
สมมติฐานของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย .....	3
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	4
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย .....	4
<b>2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b> .....	5
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ .....	5
ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) .....	24
แนวคิดทฤษฎี .....	25
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	26
กรอบแนวคิด.....	29
<b>3 วิธีดำเนินการวิจัย</b> .....	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	31
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	32
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	34
การพิทักษ์สิทธิ์ .....	34
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	34
<b>4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล</b> .....	35
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล .....	35
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ..	38
ส่วนที่ 3 ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ .....	38

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 บทสรุป .....	41
สรุปผลการวิจัย .....	41
อภิปรายผลการวิจัย.....	42
ข้อเสนอแนะ .....	47
บรรณานุกรม .....	48
ภาคผนวก .....	53
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์.....	54
ภาคผนวก ข แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย .....	56
อภิธานศัพท์ .....	63
ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า .....	65





## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ สถานภาพอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ .....	36
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนก อาชีพ รายได้ของครัวเรือน.....	37
3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ด้านการได้รับความรู้ เรื่องโรคหัวใจแหล่งที่ได้รับความรู้.....	38
4 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของความเชื่อ ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ .....	38
5 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของความฉลาด ทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	39
6 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของพฤติกรรม การควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ .....	39
7 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) และรูปคะแนนมาตรฐาน ( $\beta$ ) ค่าคงที่และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายปัจจัยพฤติกรรม สุขภาพ .....	40

## สารบัญภาพ

ภาพ

หน้า

1 กรอบแนวคิด .....	29
--------------------	----



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิตปีละกว่า 17 ล้านคน ดังนั้นการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงจากโรคหลอดเลือดหัวใจลง สามารถทำได้และทำได้ง่ายกว่าที่จะรอให้ป่วยเป็นโรค และไม่สิ้นเปลืองงบประมาณเท่ากับเมื่อป่วยแล้วต้องรักษา ซึ่งการรักษาทำได้ยากกว่า ไม่หายขาด ต้องเสียเงิน ทั้งเวลา และสุดท้ายต้องจบลงด้วยการเสียชีวิต (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

สมาพันธ์โรคหัวใจโลก (World Heart Federation) รายงานว่าเกือบครึ่งของสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง รวมโรคหัวใจ และอัมพาต โดยมีอายุระหว่าง 15-65 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน ซึ่งโรคเหล่านี้มีอย่างน้อยร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตก่อนวันอันควร สามารถป้องกันได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่ส่งผลดีต่อสุขภาพ (Unhealthy diet) และการขาดกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างกระฉับกระเฉงและขาดการออกกำลังกาย (Physical inactivity) (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนในประเทศไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่าประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 1.4 และผู้ที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไปร้อยละ 1.9 บอกว่าเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจติดอันดับ 1 ใน 3 โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 54.4 คน ต่อประชากรแสนคน ในปี 2551 และเพิ่มขึ้นเป็น 56.0 คนต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณ 17.5 ล้านคน ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าในปี 2558 การเสียชีวิตจากโรคนี้จะเพิ่มเป็น 20 ล้านคน สำหรับประเทศไทย พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดติดอันดับ 1 ใน 3 มาโดยตลอดสำหรับปี 2552 มีผู้เสียชีวิต 35,050 รายหรือกล่าวได้ว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้เฉลี่ยชั่วโมงละ 4 คน

ส่วนผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในรอบ 10 ปี (พ.ศ. 2542-2551) เพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า

จากการศึกษาสถิติผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในจังหวัดเชียงใหม่ในจังหวัดเชียงใหม่ย้อนหลัง 10 ปี พบว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจมีเพิ่มขึ้น จาก 1,170 ราย ใน พ.ศ. 2544 เป็น 3,501 ราย ในปี พ.ศ. 2553

จากการศึกษาข้อมูลสถิติ หอผู้ป่วยนอก ห้องตรวจศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ ในปีงบประมาณ 2554 พบว่าสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ สถิติผู้ป่วยเริ่มปีงบประมาณคือในเดือนตุลาคม 2553 มีสถิติผู้ป่วย 1,118 คน ถึงสิ้นสุดงบประมาณคือในเดือนกันยายน 2554 มีสถิติผู้ป่วย 1,326 คน รวมทั้งหมดผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในปีงบประมาณ 2554 มีจำนวนทั้งหมด 12,718 ราย

โรงพยาบาลโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ตั้งอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ ให้บริการด้านสุขภาพในระดับตติยภูมิแก่ประชาชนที่อยู่ในเขตจังหวัดเชียงใหม่ และพื้นที่ใกล้เคียง โดยมีจำนวน 756 เตียง ได้รับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจอายุรกรรม ในด้านการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจได้มีศูนย์ผู้ป่วยโรคหัวใจเพื่อตรวจรักษาผู้ป่วยในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดใกล้เคียง โดยปัจจุบันได้มีการพัฒนาให้มีการตรวจรักษาแบบครบวงจร มีทีมแพทย์ พยาบาลที่มีความชำนาญด้านโรคหัวใจ และมีอุปกรณ์ที่ทันสมัยเทียบเท่ากับโรงพยาบาลของมหาลัย โรงพยาบาลมีสถิติผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งหมดในปีงบประมาณ 2554 จำนวนทั้งหมด 12,718 ราย จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลสถิติ หอผู้ป่วยนอก ห้องตรวจศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ ในปีงบประมาณ 2554 พบว่าสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ สถิติผู้ป่วยเริ่มปีงบประมาณคือในเดือนตุลาคม 2553 มีสถิติผู้ป่วย 1,118 คน ถึงสิ้นสุดงบประมาณคือในเดือนกันยายน 2554 มีสถิติผู้ป่วย 1,326 คน จากสถิติผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง

ผู้วิจัยจึงได้สังเกตเห็นปัญหาและความสำคัญของแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยถึงตามหลักแนวทางการป้องกัน รักษา ฟันฟู สถิติที่เห็นจากสำนักงานสถิติของโรงพยาบาลเป็นยอดผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในกระบวนการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจคือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการรับการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด และอีกสิ่งหนึ่งที่ควรจะต้องควบคู่ไปพร้อมกับการรักษาคือการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจโดยการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้มีคุณภาพที่ดีที่สุดด้วยตัวผู้ป่วยเอง โดยการวิจัยครั้งนี้จะเป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ



ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อทำผลวิจัยที่ได้ไปพัฒนาปรับปรุงในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย

### สมมติฐานของการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานะ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย วิธีการรักษา การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นภาคตัดขวาง (Cross Sectional Analysis) โดยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วย ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างการศึกษาคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ชำนาญด้านโรคหัวใจว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและได้รับการรักษาจากแพทย์ชำนาญการด้านอายุกรรมโรคหัวใจจำนวน 203 ราย ระหว่างเดือนธันวาคม 2555–เดือนกุมภาพันธ์ 2556



## นิยามศัพท์เฉพาะ

**พฤติกรรมสุขภาพ** คือ กิจกรรมที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการกระทำที่บุคคลเหล่านั้น แสดงออกมารวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและกิจกรรมที่อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือไม่สามารถสังเกตได้และเป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย และส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่ดี เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ คือ การทำให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ทั้งร่างกายและจิตใจ ชลอการเกิดโรค ตลอดจนทำให้มีความพึงพอใจในชีวิต

**ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหมายถึง** ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจจากแพทย์และตรวจจากการตรวจพิเศษ แล้วยืนยันว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจริง และได้รับการรักษาในศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงใหม่ราชประชานุเคราะห์

**ความเชื่อด้านสุขภาพ** จากการวิจัยครั้งนี้ได้กล่าวถึงความเชื่อทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค การรับรู้การกำจัดความเครียด

**ความฉลาดทางสุขภาพ หมายถึง** ปัญหาในการอ่านฉลากยา ความสามารถในการอ่านฉลากยาและการมีผู้ช่วยเหลือในการอ่านฉลากยาโรคหลอดเลือดหัวใจ

**พฤติกรรมควบคุมโรค** หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจปฏิบัติจนเป็นแบบแผนในการดำรงชีวิตที่เหมาะสมกับโรค เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น ตลอดจนช่วยลดความรุนแรงของโรคหรือป้องกัน การเกิดอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นซึ่งประกอบไปด้วย กิจกรรม 5 ด้าน (ตามแบบสอบถาม) จากกิจกรรมทางด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพและให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) กิจกรรมทางกาย (Physical activity) ด้านโภชนาการ (nutrition) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relation) และการจัดการด้านความเครียด (stress management)

## ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้วางแผนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ซึ่งผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทาง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. ความฉลาดทางภาวะสุขภาพ
3. แนวคิดทฤษฎี
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease/CAD) มีชื่อที่นิยมเรียกกันหลายชื่อ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease/IHD) โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (arteriosclerosis heart disease/ASHD) และโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (cardiovascular heart disease/CVHD)

**โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease/CAD)** หมายถึง ภาวะที่หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงหรือเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ไม่เพียงพอกับความต้องการ (กำหนดโดยธรรมประเสริฐ, 2543)

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (arteriosclerosis) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของผนังชั้นในและชั้นกลางของหลอดเลือดแดง ทำให้เซลล์เยื่อชั้นในการสร้างเม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์ (monocyte) หรือทีลิมโฟไซต์ (T-lymphocyte) มาเกาะที่ผนังชั้นใน แล้วแทรกตัวผ่านเข้ามาในชั้นใต้เยื่อชั้นใน (subendothelium) จากนั้นจะเปลี่ยนแปลงรูปร่างเป็นมาโครฟาจ (macrophage) ขณะเดียวกับไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำซึมผ่านเข้าไปอยู่ในชั้นใต้เยื่อชั้นในและถูกมาโครฟาจทำลาย มาโครฟาจจะเปลี่ยนรูปร่างเป็นเซลล์ขนาดใหญ่ขึ้นเรียกว่าโฟมเซลล์ (foam cell) เซลล์เยื่อชั้นในและโฟลเซลล์ปล่อยสารกระตุ้นให้เซลล์กล้ามเนื้อเรียบแบ่งตัวและเคลื่อนย้ายเข้ามาอยู่ในชั้นใต้เยื่อชั้นใน กลายเป็นเนื้อเยื่อพังผืดหนา (fibrous plaques) โดยมีลักษณะ

เป็นก้อนสีเหลืองปนเทายื่นออกมาจากผนังชั้นในจนถึงผนังชั้นกลางของหลอดเลือดแดง เมื่อก่อนไขมันนี้มีขนาดใหญ่ขึ้นทำให้เกิดการปริแตก มีเลือดออกพร้อมกับมีการจับตัวของเกร็ดเลือด ไบปรินเกิดลิ่มเลือดภายในหลอดเลือดแดงและมีหินปูนมาเกาะ (complicate lesion) ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวและแข็ง กระบวนการนี้เกิดแบบค่อยเป็นค่อยไป เมื่อมีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงมากกว่าร้อยละ 80 จะทำให้การไหลเวียนเลือดสู่เนื้อเยื่อหัวใจลดลงทำให้มีอาการเจ็บหน้าอกขณะพัก แต่อาจมีอาการเจ็บหน้าอกขณะออกกำลังกายมาก ๆ ถ้ามีอาการตีบแคบของหลอดเลือดแดงมากกว่าร้อยละ 50 ขึ้นไป (นพรัตน์ ธาระพันธ์, 2543)

ความรุนแรงของการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดและอาการเจ็บหน้าอกขึ้นอยู่กับความยาว จำนวน ตำแหน่งของการตีบแคบ และการเปลี่ยนแปลงความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดหัวใจ ในลักษณะของการหดตัวหรือการคลายตัว ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้มีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นได้แก่ ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติกล้ามเนื้อหัวใจจะเริ่ม จากชั้นใน ออกมาชั้นนอก และจากส่วนปลายไปยังรอย ๆ ถ้าขาดเลือดต่อเนื่อง 4-6 ชั่วโมง ก็จะทำให้เกิดการตายอย่างถาวร (อภิชาติ สุคนธ์สรพรย์, 2546)

### ชนิดของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจแบ่งตามลักษณะคลินิกได้ 3 กลุ่มดังนี้

1. **กลุ่มอาการเจ็บหน้าอกแบบคงที่และเรื้อรัง (chronic stable angina)** คือ อาการเจ็บอกซึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่วนใหญ่เกิดจากความเสี่ยงของหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดตีบแคบและหัวใจได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ (Martinez, 2004) อาการเจ็บอกกลุ่มนี้จะมีอาการเฉพาะคือ จะเจ็บบริเวณกลางอกและอาจจะเจ็บร้าวไปที่แขนด้านใน คอ กราม หรือหัวไหล่ทั้งสองข้าง แต่บางกรณีอาจจะเกิดขึ้นข้างใดข้างหนึ่งได้ และมักจะเป็นข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา อาการเจ็บจะเป็นแบบกดทับ จุกแน่นเหมือนถูกบีบรัดมากกว่าเจ็บแบบแทง เจ็บแสบ ๆ หรือชา ๆ อาการเจ็บอกจะเกิดตอนที่หัวใจต้องการเลือดมาเลี้ยงมากกว่าปกติ เช่น ตอนออกกำลังกาย เดินหรือวิ่งเร็ว ๆ เดินขึ้นที่สูงหรือเดินขึ้นบันได หรือขณะแบ่งถ่ายอุจจาระ ขณะอาบน้ำเย็น หรือโดนอากาศเย็น ในผู้ป่วยบางรายอาจจะเกิดหลังจากที่รับประทานอาหารอิม อาการมักจะเกิดนาน 5-10 นาที ถ้าได้พักจากกิจกรรมที่ถูกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บอก หรือหลังจากการอมยาอมใต้ลิ้น จะมีอาการดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยบางรายคิดว่าอาการที่เป็นนั้นไม่รุนแรง จึงไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม อาการที่เจ็บอกจะเกิดขึ้นเป็น ๆ หาย ๆ และอาการมักจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่บางรายอาจจะมีอาการคงที่หลายปี

2. **กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดโคโรนารีเฉียบพลัน (acute coronary syndrome)** ซึ่งแบ่งตามกลุ่มอาการได้ 3 กลุ่ม ดังนี้



2.1 กลุ่มอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคลื่นหัวใจ ST ยกขึ้น acute ST elevation myocardial infarction (STEMI) หรือ Q-wave myocardial infarction หรือ new LBBB ร้อยละ 90 เกิดจากการปริแตกของรอยโรคอย่างรุนแรงทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดอย่างถาวร ส่งผลให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อเป็นวงกว้างและรุนแรง (วคิน พุทธ รีม, 2546) ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกแม้ขณะพักหรือนอนหลับหรือเกิดจากการถูกกระตุ้น ทางด้านอารมณ์ เช่น ตื่นเต้น โกรธ ฯลฯ ซึ่งจะเป็นนานมากกว่า 30 นาที และรุนแรงมากกว่า กลุ่มอาการเจ็บหน้าอกแบบคงที่ ร่วมกับมีอาการเหงื่อแตก หน้ามืดเป็นลม ใจสั่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน และหายใจเหนื่อยหอบ ซึ่งไม่สามารถบรรเทาได้ด้วย การพักและอมยาใต้ลิ้น (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

2.2 กลุ่มอาการของโรคหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่ไม่มีคลื่น ST ยกขึ้น non ST-elevation myocardial infarction (NETEMI) และกลุ่มอาการเจ็บอกแบบไม่คงที่ unstable angina เป็นกลุ่มอาการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงแต่ยังไม่เกิดการตายหรือมีการตายของกล้ามเนื้อ หัวใจในพื้นที่มีกว้างเนื่องจากหลอดเลือดอุดตันไม่สนิทและเกิดในระยะเวลาอันสั้นโดยอาการ จะเกิดน้อยกว่า 20 นาที และไม่ค่อยแตกต่างจากกลุ่มอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่มีคลื่นหัวใจ ST ยกขึ้น เนื่องจากเกิดจากพยาธิสภาพที่คล้ายกัน

3. กลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตกะทันหัน (sudden cardiac death) ซึ่งเกิดจากภาวะที่หัวใจเต้นผิดปกติอย่างรุนแรง หัวใจห้อง ventricle เต้นพลิ้ว ventricular fibrillation (VF) และหัวใจห้อง ventricle เต้นเร็ว ventricular tachycardia (VT) โดยพบว่า โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีเป็นสาเหตุการตายอย่างกะทันหันร้อยละ 75 และเสียชีวิตภายใน 72 ชั่วโมงโดยเฉพาะภายใน 1 ชั่วโมงแรกที่มีอาการปรากฏ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

4. กลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ ischemic cardiomyopathy เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) ผู้ป่วยมักมาโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) ภาวะน้ำท่วมปอดเฉียบพลัน (acute pulmonary edema) หรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) โดยมีอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ใจสั่น หรือเป็นลมหมดสติ บางรายอาจจะมีอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งกลุ่มอาการ Prinzmetal's angina เป็นการเจ็บหน้าอกขณะที่พักมากกว่ากรณีมีกิจกรรมหรือการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ เวลาเจ็บมักคงที่ ส่วนมากมักจะเกิดในเวลาเช้า ซึ่งสาเหตุเกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีหดเกร็ง (coronary artery spasm) และมีการตีบแคบร้อยละ 50-70 โดยสิ่งกระตุ้นให้หลอดเลือดมีการหดเกร็งมาจากภาวะที่ร่างกายเป็นต่างมีการหายใจหอบลึก อากาศเย็นจัด ผนังหลอดเลือดได้รับอันตราย (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

## อาการและอาการแสดง

เมื่อหลอดเลือดหัวใจมีการตีบแคบมากกว่า 50-70 ของพื้นที่หน้าตัดของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จะทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดลดลงซึ่งทำให้เกิดอาการและอาการแสดงของโรค (อภิชาติ สุคนะสรรค์, 2543) ซึ่งอาการที่แสดงออกมานั้นแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

**1. กลุ่มอาการเจ็บหน้าอกแบบเรื้อรัง (chronic stable angina)** คือ การเจ็บหน้าอกซึ่งเกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อาการเจ็บหน้าอกจึงมีอาการเฉพาะ คือ จะเจ็บบริเวณกลางหน้าอกและอาจจะเจ็บร้าวไปที่แขนด้านใน คอ กราม หรือหัวไหล่ทั้งสองข้าง แต่ในบางครั้งอาจจะเป็นข้างเดียวก็ได้ มักจะเป็นข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา อาการเจ็บหน้าอกเป็นแบบกดทับ จุกแน่นเหมือนถูกบีบรัด มากกว่าเจ็บแบบถูกเข็มแทง เจ็บแปล็บ ๆ หรือซา ๆ อาการเจ็บหน้าอกนี้ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการกระแสเลือดมาเลี้ยงมากกว่าปกติ เช่น ขณะออกกำลังกาย เดินหรือวิ่ง หรือขณะที่เดินขึ้นบันได หรือขณะแบ่งถ่ายอุจจาระ ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายอาจจะมีอาการมากขึ้นหลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ ๆ หรือเมื่อสัมผัสอากาศเย็น หรือหลังอาบน้ำเย็น อาการจะเป็นอยู่ ประมาณ 5-10 นาที ถ้าได้พักจากกิจกรรมที่ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอก หรือหลังจากที่ได้รับยาอมใต้ลิ้น ทำให้ผู้ป่วยบางรายคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นไม่รุนแรงจึงไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม โดยทั่วไปอาการเจ็บหน้าอกจะเป็น ๆ หาย ๆ และอาการจะเกิดมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่ในบางรายอาการอาจจะเกิดขึ้นนานหลายปี

**2. กลุ่มอาการเจ็บหน้าอกแบบเฉียบพลัน (acute coronary syndrome)** ซึ่งมีอาการแสดงได้เป็น 2 อาการ คือ

**2.1 อาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (unstable angina)** เป็นอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรงมากขึ้นกว่าปกติ เช่น มีอาการขณะพักอยู่เฉย ๆ หรือแม้กระทั่งขณะนอนหลับอาการเจ็บหน้าอกบ่อยขึ้นมากกว่าปกติ หรือมีอาการเจ็บหน้าอกหลังจากที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และอาจจะมี ความรุนแรงของโรคมากขึ้น คือ เมื่อเป็นแล้วมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดอุดตัน ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) หรือหัวใจวายได้ง่าย

**2.2 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction)** เป็นอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่เกิดจากการอุดตันของเส้นเลือดแดงโคโรนารีที่เกิดขึ้นอย่างทันที ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน การอุดตันของเส้นเลือดมากกว่าร้อยละ 90 เกิดจากลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นใหม่บริเวณรอยโรคเดิม อาการเจ็บหน้าอกจะเกิดนานกว่า 30 นาทีขึ้นไป และมักมีอาการอื่น ๆ ร่วม เช่น เหงื่อแตก หน้ามืด เป็นลม หรือคลื่นไส้อาเจียน จุกแน่นใต้ลิ้นปี่คล้ายกับอาหารไม่ย่อย



## ผลกระทบของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัว ดังนี้

1. **ด้านร่างกาย** ผลกระทบทางด้านร่างกายส่วนใหญ่มีสาเหตุเนื่องจากพยาธิสภาพที่รุนแรง ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรงซึ่งเกิดจากภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้หัวใจได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ รวมทั้งมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย จากการที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไอเป็นเลือด บวม รวมทั้งอาการที่เกิดจากภาวะช็อกจากหัวใจ คือ ผิวน้ำแข็งขึ้น ระดับความรู้สึกตัวลดลง สูญเสียศูนย์ควบคุมการขับถ่าย และมีภาวะความดันโลหิตต่ำ เนื่องจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ลดลง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

2. **ด้านจิตใจ** อารมณ์ เกิดจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อมสภาพลง สูญเสียหน้าที่ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เกิดความวิตกกังวล หดหู่ เห็นคุณค่าในตนเองลดลง (สมทรง จุไรทัศน์ย์, 2540)

3. **ด้านสังคม** จากภาวะของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง ทำให้บทบาททางสังคมถูกจำกัด เกิดความรู้สึกท้อแท้ รู้สึกไร้ค่าและเป็นภาระของครอบครัว

4. **ด้านเศรษฐกิจและครอบครัว** การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ทั้งในด้านค่ารักษา และค่าครองชีพในการใช้จ่ายขณะที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องออกจากจากงาน เนื่องจากประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำให้สูญเสียรายได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

### การรักษาและการควบคุมโรค

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจมีเป้าหมายเพื่อรักษาความรุนแรงของโรค รวมทั้งลดหรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งหลักการรักษา มีดังนี้

#### 1. การรักษาด้วยยา

##### 1.1 ยาต้านอาการเจ็บหน้าอก (anti-anginal drug)

1.1.1 **ยากลุ่มไนเตรท** เป็นยาที่ใช้ระงับอาการเจ็บหน้าอกที่ได้ผลดีเน้นการรักษาขั้นแรก เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บอก มีทั้งชนิดที่ออกฤทธิ์เร็วโดยการอมยาใต้ลิ้น หรือชนิดที่ให้ทางหลอดเลือดดำ ชนิดรับประทาน ชนิดดูดซึมทางผิวหนัง แบบแผ่นปิดบรรเทาอาการเจ็บ

หน้าอก หรือแบบสเปร์ย์พ่นเข้าทางปาก จะสามารถระงับอาการเจ็บหน้าอกได้ภายใน 1-5 วัน ยาจะออกฤทธิ์ทั้งในหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง ทำให้แรงต้านภายในหลอดเลือดลดลง การไหลกลับของหลอดเลือดดำสู่หัวใจ (decrease venous return) นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary artery) เป็นการเพิ่มปริมาณการไหลของเลือดสู่หัวใจ ในส่วนกลางที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ (Martinez, 2004)

**1.1.2 ยากันเบต้า อะดรีเนอร์จิก (beta-adrenergic antagonist) ออกฤทธิ์** ยับยั้งการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งมีผลทำให้อัตราในการเต้นของหัวใจลดลง ลดความต้องการเลือดแดงมาเลี้ยงหัวใจและเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจใช้ในการรักษา อาการ exertion angina สามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำและลดการตายเฉียบพลันของกล้ามเนื้อหัวใจ ยากลุ่มนี้ ได้แก่ Propranolol และ metoprolol เป็นต้น ควรปรับยา ให้ได้อัตราการเต้นของหัวใจประมาณ 55-60 ครั้งต่อนาที กรณีเจ็บอกมากสามารถปรับอัตรา 50 ครั้งต่อนาที โดยไม่เกิดอาการเนื่องจากหัวใจเต้นช้า (heart block) ควรระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจเพราะยาทำให้หัวใจเต้นช้าลง และควรจับชีพจรทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร นอกจากนี้ อาจจะทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดตีบ และอาการหายใจลำบาก จากอาการคั่งเคี้ยวของยาได้ (สมชาย หารัชคุณาชัย, 2545)

**1.2 ยาต้านแคลเซียม (calcium channel blocker) ใช้รักษาอาการเจ็บอกได้ดี** สามารถใช้ในกลุ่มที่มีข้อห้ามใช้ยากันเบต้า หรืออาจใช้ร่วมกับยา 2 กลุ่มแรก เพื่อให้เสริมฤทธิ์กัน สามารถใช้ได้ผลใน Non-Q infraction ภาวะหลอดเลือดหดเกร็ง (vasospasm) ยากลุ่มนี้ลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial oxygen demand) เนื่องจากลดแรงต้านทานในระบบไหลเวียนเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลง (สมชาย หารัชคุณาชัย, 2545)

**1.3. ยาต้านการจับกลุ่มของเกล็ดเลือด (anti thrombolytic agent) ประกอบด้วย**

**1.3.1 ยาแอสไพริน (aspirin) ขนาดยา 160-325 มิลลิกรัม เคี้ยวทันที** ในกรณี ที่ผู้ป่วยมาด้วยอาการที่สงสัยว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดโคโรนารีเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) และตามด้วยขนาด 75-325 มิลลิกรัมต่อวัน ยาชนิดนี้ใช้ได้ผลในการรักษาอาการ stable angina และ unstable angina และกลุ่มอาการหัวใจตายอย่างเฉียบพลันแบบ คลื่นหัวใจ NONSTEMI และภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากกลไกการออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ cyclo-oxygenase ในเกล็ดเลือดและบรีเวอเยื่อผนังหลอดเลือด ยับยั้งการสังเคราะห์ thromboxan A2 ลดการเกาะและการจับของเกล็ดเลือด และลดการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดโคโรนารี (วศิน พุทธารี, 2546)

**1.3.2 โคลปิโดเกรล (clopidogrel) และทีโคลปีดีน (ticlopidine)** ใช้แทนแอสไพริน ในกรณีที่ไม่สามารถใช้นาแอสไพรินได้ จะให้ clopidogrel 300 มิลลิกรัม หรือ ticlopidine 500 มิลลิกรัม ต่อวันเป็นระยะเวลา 1 เดือน (วคิน พุทธาริ, 2546)

**1.3.3 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant)** นิยมให้หลังจากให้ thrombolytic agent ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ยาที่ใช้ในปัจจุบันคือ heparin เป็นยาที่ยับยั้งกลไกการแข็งตัวของเลือดโดยเน้นตัวต้านวิตามินเค ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดโคโรนารี เป็นยาที่ใช้ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำและใต้ผิวหนัง ขนาดยาที่ใช้ละลายลิ่มเลือดที่มีการอุดตัน คือ ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทันที 500 ยูนิต หลังจากนั้น ให้ 100 ยูนิต ต่อหนึ่งชั่วโมง ในระยะเวลา 2-5 วัน โดยจะติดตามค่าการแข็งตัวของเลือด partial thromboplastin time (PTT) อยู่ในระหว่าง 1.5-2.0 เท่าของค่าปกติ (สมชาย หาราชคุณาชัย, 2545)

**1.4. ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agents)** เป็นยาละลายลิ่มเลือดออกฤทธิ์โดยการเปลี่ยนแปลงเอาไซม์พลาสมิโนเจนให้เป็นเอนไซม์พลาสมิน ซึ่งทำหน้าที่ในการละลายลิ่มเลือดในร่างกายให้เป็น fibrin degradation product ได้แก่

**1.4.1 ยาสเตรปโตไคเนส (streptokinase)** เป็นยาที่ค่อนข้างจะมีประสิทธิภาพให้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลันแบบคลื่นหัวใจมีลักษณะผิดปกติเป็น STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 6 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 12 ชั่วโมง หลังจากเริ่มมีอาการเจ็บหน้าอก ช่วยลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และคงสภาวะหน้าที่ของหัวใจห้องล่างซ้าย และลดอัตราการตายจากภาวะแทรกซ้อนในระยะเวลาสั้นและยาวได้ (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2543)

#### 1.4.2 Recombinant tissue plasminogen activator (R-TPA)

**2 การแก้ไขความผิดปกติของเส้นเลือดหัวใจ (revascularization)** เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้นหรือเป็นปกติ

**3 การรักษาหลอดเลือดหัวใจตีบผ่านทางสายสวน (percutaneous coronary intervention PCI)** เป็นการเปิดทางหลอดเลือดที่อุดตันเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยใช้อุปกรณ์ต่างผ่านทางเส้นเลือดเข้าไปยังหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยที่ไม่ต้องมีการผ่าตัด (อุไร ศรีแก้ว, 2543) ประกอบด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน(percutaneous transluminal coronary angioplasty /PTCA) การใช้อุปกรณ์เอาคราบไขมันออก(arterectomy) การใส่ตาข่าย (coronary stent)

**4 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft/CABG)** เป็นการผ่าตัดเพื่อทำการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีโดยการทางเบี่ยงจากหลอดเลือดแดงใหญ่ ผ่านบริเวณที่มีการอุดตันไปยังหลอดเลือดหัวใจบริเวณที่ได้ต่อ



การอุดต้นนั้น ๆ โดยการใช้หลอดเลือดดำที่ขา (saphenous vein) หรือหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงเต้านม (inter mammary artery) และหลอดเลือดแดงบริเวณแขน (กอบกุล บุญปราศ, 2549)

**5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมของผู้ป่วยในการควบคุมความเสี่ยงต่าง ๆ ของโรคหลอดเลือดหัวใจ** เพื่อไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถบำบัดให้หายเด็ดขาดด้วยการผ่าตัดหรือการใช้ยาในระยะเวลาอันสั้น ทั้งยังอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดและป้องกันการเกิดความเสี่ยงต่าง ๆ ของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปยิ่งขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

### **ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ**

ปัจจัยเสี่ยงที่โรคหลอดเลือดหัวใจ คือ พฤติกรรม และลักษณะบุคคล ที่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้โรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นอยู่มีความรุนแรงมากขึ้น และสามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ องค์การอนามัยโลกได้กำหนด ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (WHO, 2002)

**1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้** คือ พฤติกรรม ซึ่งรวมถึงลักษณะของบุคคล ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขได้ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรค หรือเป็นสาเหตุส่งเสริมให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และสามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

**อายุ** หลอดเลือดจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการเสื่อมสภาพไปตามวัยคือ มีการเปราะและแข็ง อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจะพบเพิ่มมากขึ้นในคนสูงอายุมาก โดยความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อจะลดลงในวัยสูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจมักพบในคนที่มีความอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป จากการศึกษาพบว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด โดยมีความเสื่อมตามสภาพตามวัย ผนังหลอดเลือดมีความเปราะบางและแข็งมากขึ้น (Martinez and House-Fancher, 2000) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงอยู่ในวัยกลางคน และสูงอายุ และมีความชุกของโรคสูงขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น (เสก ปัญญสังข์ และคณะ, 2543)

**เพศ** เพศชายที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี และเพศหญิงที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี ถูกจัดเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจแต่ภายหลังอายุ 65 ปีขึ้นไปอุบัติการณ์ การเกิดโรคและการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน (Martinez, 2004) แต่จากการศึกษาพบว่าผู้หญิงที่ ผู้หญิงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ชายมากถึง 11 เท่า หลังจากอายุ 65 ปี และยังพบว่าผู้หญิงที่รับประทานยาคุมกำเนิด

และหมดประจำเดือนมีโอกาสเกิดโรคได้สูง โดยเชื่อว่า ฮอร์โมนเอสโตรเจนมีฤทธิ์ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลง ส่งผลให้ระดับไขมันในเส้นเลือดเพิ่มขึ้น โดยพบว่าระดับไขมันโคเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) ร้อยละ 14 ไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงขึ้นร้อยละ 12 ไขมันไลเดนซิติ์ ไลโปรตีน (LDL) สูงขึ้นร้อยละ 17 และไขมันไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (HDL) ลดลงร้อยละ 7 (Farmer&Gotto, 1997)

**กรรมพันธุ์** มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ที่มีประวัติครอบครัวโดยเฉพาะ พ่อ แม่ พี่น้อง เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจสูงถึง 5 เท่าของบุคคลที่ไม่มีประวัติในครอบครัว (นพรัตน์ ธนะชัยพันธ์, 2543) ถึงแม้จะไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด แต่พบว่าบุคคลที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเสียชีวิตกะทันหันด้วยอาการหัวใจวายเฉียบพลันแบบไม่ทราบสาเหตุ หรือ พ่อ แม่ มีระดับไขมันในเลือดสูง ซึ่งแบบแผนการถ่ายทอดทางพันธุกรรมจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ตั้งแต่อายุยังน้อย(Martinez and House-Fancher, 2000)

## 2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

**2.1 โรคเบาหวาน** เมื่อมีอาการเรื้อรังนาน ๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ทำให้หลอดเลือดแข็งและเปราะ จึงมีการฉีกขาดได้ง่าย เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดตามมา หากเกิดกับหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่โดยเฉพาะหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ (พงค์อมร บุญนาค, 2554) นอกจากนี้ภาวะดื้ออินสุลินในผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงขึ้น ถูกเปลี่ยนไปเป็นไกลโคเจนรวมทั้งไขมัน และเมื่อไขมันในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดการสะสมของไขมันในเส้นเลือดทำให้เกิดการอุดตัน นำพาไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจได้ อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานมักเกิดร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ภาวะอ้วน ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงได้แล้ว ยังพบว่าในคนที่เป็โรคเบาหวานจะมีการกลับเป็นซ้ำของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจตายยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานอีกด้วย แสดงให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่น่าพาไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น (พงษ์อมร บุญนาค, 2545)

**2.2 ความดันโลหิตสูง** เป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดแดงแข็งตัว หัวใจล้มเหลว จอประสาทตาเสื่อม โรคไตวายได้ เมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท แรงดันที่เพิ่มขึ้นทำให้ผนังหลอดเลือด



หัวใจชั้นในเกิดการทำลาย และเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

#### ความดันโลหิต ซิสโตลิก/ ไดแอสโตลิก(มิลลิเมตรปรอท) การจัดอยู่ระดับ

น้อยกว่า 120/80	ปกติ
120-139/80-89	ค่อนข้างสูง
มากกว่าหรือเท่ากับ 140-159/90-99	สูงระดับที่ 1
มากกว่าหรือเท่ากับ 160/100	สูงระดับที่ 2

บุคคลที่มีความดันสูงเป็นเวลานานอาจมีผลทำให้เกิดแรงดันในหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดถูกทำลาย เป็นสาเหตุทำให้เกิดการแทรกตัวของอนุมูลไขมันโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำในเลือด เข้าสู่ผนังหลอดเลือดแดงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงถูกทำลาย และยังพบว่าความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น จะเพิ่มอัตราความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดในสมอง และภาวะการหนาตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้าย ซึ่งเป็นการตอบสนองของหัวใจต่อภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานๆ ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้ (อภิชาติ สุคนธ์สรรพ, 2543)

**2.3 ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง (hyperlipidemia)** เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลมากต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดโคโรนารี แฉ่ง โดยปกติ ภาวะ hyperlipidemia เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลมากต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดโคโรนารี แฉ่ง ภาวะ hyperlipidemia หมายถึงภาวะที่ไขมันในเลือดสูงโดยมีระดับโคเลสเตอรอลสูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร ไตรกรีเซอไรด์สูงกว่า 150 มิลลิกรัม ต่อเลือด 100 มิลลิลิตร (อุไร ศรีแก้ว, 2543) หรือมีระดับ LDL ในเลือดสูงมากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมาก 2-3 เท่า (WHO, 1992) เนื่องจากถ้ามีปริมาณของ คอเลสเตอรอลร่วมกับไขมัน LDL ทำให้ไขมันตกตะกอนเกาะตามผนังหลอดเลือด ทำให้เส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดแคบลง เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้

**2.4 ภาวะขาดการออกกำลังกาย** การที่ร่างกายขาดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อไม่ได้ใช้พลังงานในการปฏิบัติกิจกรรม จะส่งผลให้ร่างกายไม่เกิดการเผาผลาญพลังงาน ทำให้มีการสะสมของไขมันในชั้นกล้ามเนื้อต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงการสะสมของไขมันในเส้นเลือดแดงของร่างกายเพิ่มมากขึ้น การที่กล้ามเนื้อร่างกายหดตัวน้อยลง ส่งผลทำให้มีการเพิ่ม LDL-C และระดับไขมันไตรกรีเซอไรด์ได้ ทำให้มีการจับตัวของไฟบรินและลิ่มเลือดมากขึ้น และนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากยิ่งขึ้น (จตุพร วงศ์สาธิตคุณ, 2549)

**2.5 ภาวะเครียด** ส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้นถึง ร้อยละ 10-50 (สมภพ เรือตระกูล, 2547) นอกจากนี้ความเครียดและความวิตกกังวลยังสามารถทำนายความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตมากขึ้นด้วย คนที่มีความเครียด ระบบประสาทซิมพาราเทติก จะกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตหลั่งสารอิพิเนพรีน ทำให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้น้อยลง เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ถ้าเกิดภาวะความเครียดอย่างต่อเนื่องอาจจะทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ บุคคลที่มีพฤติกรรมการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม เป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากยิ่งขึ้น (สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2541)

**2.6 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน** เป็นปัจจัยเสริมฤทธิ์ปัจจัยอื่น ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ เพราะการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มากเกินไปจะมีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ การสูบบุหรี่ลดเลือดออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น และทำให้แรงดันในหลอดเลือดสูงขึ้น (นพรัตน์ ธนะชัยพันธ์, 2543) ส่วนการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน พบว่า สารคาเฟอีน ออกฤทธิ์ กระตุ้นการทำงานของหลอดเลือด ส่งผลให้ความดันเพิ่มขึ้นในระยะสั้น ถ้าได้รับในปริมาณมากเกินไป 100 มิลลิกรัมต่อวัน จะทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ กล้ามเนื้อกระตุก หัวใจเต้นผิดจังหวะ และแรงผิดปกติ (สุพรชัย กองพัฒนานุกุล, 2542)

**2.7 การสูบบุหรี่** เนื่องจากสารคาบอนมอนนอกไซด์ในบุหรี่ สามารถทำลายผนังหลอดเลือดหัวใจ โดยการกระตุ้นเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil เกิดการหลั่ง cytokine หลายชนิด ที่ทำอันตรายต่อเยื่อหลอดเลือด และกระตุ้นให้มีการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดทำให้เส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดตีบแคบ เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และอาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (ปณิธาน สันติวงศ์ และคณะ, 2545) นอกจากนี้สารนิโคตินยังกระตุ้นให้มีการแตกตัวของไขมันในเส้นเลือด ทำให้ไขมันมาเกาะตามผนังหลอดเลือดมากขึ้น เกิดการหนาตัว และสารนิโคตินยังกระตุ้นให้หัวใจทำงานหนักยิ่งขึ้น (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

**ปัจจัยอื่นเชื่อว่าอาจจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่**

**1. ภาวะความเครียดและลักษณะบุคลิกภาพ** เนื่องจากภาวะเครียดสูง จะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาราเทติก ให้มีการหลั่ง สารอิพิเนพรีน จากต่อมหมวกไตขึ้นใน ทำให้หัวใจเต้นเร็วกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวแรงขึ้น หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบแคบลง ก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในบุคคลที่มีความเครียดสูงและมีบุคลิกภาพชนิด เอ (Type A personality) ซึ่งเป็นบุคลิกภาพลักษณะเอาจริงเอาจัง มั่นใจในตัวเองสูง

และชอบแข่งขันเอาชนะ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้มากกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพชนิด บี ซึ่งมีลักษณะบุคลิกตรงกันข้ามกับแบบ เอ นอกจากนี้บุคคลที่มีลักษณะเอ อาจมีโอกาสดเกิดโรคหัวใจมากกว่าบุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบ บี มากถึง 4 เท่า และมากกว่าบุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบ ซี ถึง 2 เท่า บุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบ ซี คือบุคคลที่ลักษณะกลาง ๆ ระหว่างบุคลิก เอ กับ บี คือ มีความมั่นใจเอาจริงเอาจังในการทำงานพอควร (สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2541)

## 2. ภาวะที่มีระดับของโฮโมซิสเตอีน ในเส้นเลือดสูง (Hyperhomocysteinemia)

โฮโมซิสเตอีน เป็นกรดอะมิโนที่เกิดจากสลายตัวของโปรตีน โดยปกติในกระแสเลือดจะมีระดับของโฮโมซิสเตอีน อยู่ระหว่าง 5-15 ไมโครโมลต่อลิตร เพศชายจะมีสูงมากกว่าเพศหญิง เพราะระดับของฮอโรโมนเอสโตรเจนในผู้หญิงทำให้ โฮโมซิสเตอีน ลดลง ภาวะที่ระดับ โฮโมซิสเตอีน สูงนั้นจะทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็งถึงร้อยละ 31 ถึงแม้จะยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด นอกจากนี้ โฮโมซิสเตอีน ยังทำให้ผนังชั้นในของหลอดเลือดฉีกขาด เพิ่มการสร้างลิ้มเลือดมาเกาะบริเวณชั้นในหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้น

### พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นสาเหตุ หรือสิ่งที่ส่งเสริมทำให้บุคคลนั้นเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่เปลี่ยนแปลงได้เป็นสาเหตุของกลุ่มบุคคลที่มีพฤติกรรมที่เสี่ยง หรือมีการดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้อง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และคาเฟอีนเป็นประจำ การรับประทานอาหารที่มาถูกต้อง การขาดการออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้ทำการศึกษาพบว่าพฤติกรรมความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมความเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมความเสี่ยงด้านการใช้สารเสพติดต่าง ๆ พฤติกรรมความเสี่ยงด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมความเสี่ยงด้านการการเผชิญความเครียด

### พฤติกรรมความเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร

การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและแคลอรีสูง เป็นลักษณะที่เกี่ยวกับการปรุง การรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง ในปริมาณที่มากเกินไปจนความจำเป็นต่อร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุ หรือเป็นการส่งเสริมให้บุคคลนั้น เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ บุคคลที่มีการบริโภคอาหารที่มากเกินไปจนความจำเป็นอย่างต่อเนื่อง จะมีผลทำให้ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ในคนปกติร่างกายต้องการพลังงานเพียงวันละ 2000-2800 แคลอรีต่อวันเท่านั้น



ถ้าได้รับปริมาณมากเกินไปหรือน้อยเกินไป อาจจะทำให้ร่างกายเกิดความผิดปกติ ดังนั้นอาหาร จึงเป็นผลทางตรงและอ้อม ต่อระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติ การรับประทานอาหารสารอาหาร ประเภทไขมัน คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ที่มากเกินไปจะทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงสารอาหาร เหล่านั้นไปเก็บสะสมเป็นไขมัน ไว้ตามส่วยต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งรวมไปถึงการสะสมตามผนัง หลอดเลือดแดง จนทำให้เกิด ภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ซึ่งร่างกายได้รับโดยตรง การบริโภคไขมัน หรือการบริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต มักพบในคนอ้วนซึ่งไม่มีความ สมดุลของแคลอรี และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีอื่น ๆ ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ และมีผลทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น ร่างกายต้องแบกน้ำหนักเกินตลอดเวลา ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น และเกิดภาวะหัวใจ โตได้ในที่สุด ในประเทศที่มีการพัฒนาทางด้านวัตถุ มีอาหาร อุดมสมบูรณ์ ประชากรมีรายได้ ดี และมีกำลังซื้อ มีโอกาสได้พลังงานจากการบริโภคอาหารมากเกินไปความต้องการของร่างกาย ในขณะที่โอกาสที่จะได้ใช้พลังงานน้อยลง จากการมีเครื่องอำนวยความสะดวกที่ใช้ทุนแรงมาก ขึ้น จึงทำให้มีการใช้พลังงานในร่างกายลดลง (ดุชนี สุทธิประยาศรี, 2541)

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความเสี่ยงในการบริโภคอาหารที่มีไขมัน และแคลอรีสูง ได้แก่**

### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล

การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เช่นศูนย์ควบคุมความรู้สึกหิว สมอ่งเป็น อวัยวะที่ควบคุมพฤติกรรมการบริโภค สมอ่งส่วนไฮโปทาลามัส เป็นศูนย์กลางควบคุมความหิว และศูนย์ความอึด และสื่อจากศูนย์ความอึดจะถูกส่งไปยังเปลือกสมอง ซึ่งควบคุมการบริโภค ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับอินซูลินในเลือด จะมีอิทธิพลต่อศูนย์ที่ไฮโปทาลามัส รูปรส กลิ่น เสี่ยง ของอาหาร ก็มีผลต่อความรู้สึกหิว อึด ภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานก็มี สวนสำคัญในการรู้สึกหิว หรืออึด เพราะการทำงานของตับอ่อนที่ผิดปกติ ซึ่งมีผลต่อการเผา พลาญสารอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต

สภาพทางจิตใจของแต่ละบุคคล มีผลต่อการบริโภค ได้แก่ ความเครียด ความสุข ความรัก ความหวัง ความกังวล ความสิ้นหวัง มีผลต่อการบริโภคอาหาร บางคนใช้การบริโภค เป็นการระบาย หรือ ตอบสนองอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับจิตใจ บางคนเมื่ออารมณ์มีการเปลี่ยนแปลง ก็อาจทำให้บริโภคมาก หรือน้อยลงได้ ความประทับใจต่อรสชาติของอาหารที่เคยรับประทาน มาก่อน มีผลต่อความชอบ หรือไม่ชอบ รับประทานอาหารบางชนิด ถ้าเป็นอาหารที่ชอบอาจ จะรับประทานอาหารชนิดนั้นในปริมาณที่มาก

การศึกษา ผู้ที่มีความรู้ หรือได้รับการศึกษา มักมีความรู้ความเข้าใจในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายสำหรับตนเองและสมาชิกในครอบครัว

## 2. ปัจจัยด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม

สภาวะในชุมชน ได้แก่ สภาพความอุดมสมบูรณ์ ผลผลิตทางการเกษตร แหล่งผลิตอาหาร ความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งผลิตอาหาร

สภาวะแวดล้อมในครอบครัว ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว การเลี้ยงดู ประสบการณ์ของการบริโภคอาหาร ตั้งแต่เด็ก สมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลในการเลือกบริโภคอาหาร แม้บ้านจะมีอิทธิพลในการเลือกปรุงอาหารในแต่ละมื้อของครอบครัว

## 3. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

สภาพเศรษฐกิจของแต่ละครอบครัวครอบครัวที่มีฐานะดี มีรายได้สูงมักมีโอกาสเลือกซื้ออาหารที่มีคุณภาพ และมีประโยชน์ต่อร่างกาย รวมถึงอาหารเสริม อาหารระหว่างมื้อ จึงมีผลทำให้ร่างกายได้รับพลังงานมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น ได้แก่ อาหารทะเล ไข่ นม ของหวาน ของทอด ขนมเชื่อม น้ำอัดลม เหล้า เบียร์ เป็นต้น

สภาพเศรษฐกิจของสังคม ความสามารถในการผลิต การเก็บรักษา การแปรรูปอาหาร รูปลักษณ์ของผลิตภัณฑ์ การจูงใจในการซื้อ การเข้าถึงผู้บริโภค ผลิตภัณฑ์ที่เป็นที่รู้จัก ได้มาตรฐาน ราคาไม่แพง มักเป็นที่นิยมของผู้บริโภค

## 4. ปัจจัยด้านค่านิยม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคม

ค่านิยม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคม เช่น คนจีนมีความเชื่อว่าคนที่มีรูปร่างอ้วน เป็นคนที่มีฐานะดี มีบุญวาสนา ทำให้เกิดค่านิยม ในการเพิ่มการรับประทานอาหารมากเกิดความจำเป็นมากขึ้น หรือการบริโภคอาหารตามค่านิยมของชาวตะวันตก รับประทานอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด จังก์ฟู้ด อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง เป็นต้น

**แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมัน และแคลอรีสูงมีหลักในการปฏิบัติดังนี้**

1. ควรบริโภคอาหารในปริมาณที่ให้พลังงานเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยให้พลังงานประมาณ 30-35 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัม เพียงวันละ 3 มื้อ โดยให้มีสัดส่วนของอาหารให้ครบทุกหมู่ ในปริมาณที่เหมาะสมกับการใช้พลังงานของแต่ละบุคคล

2. ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันที่ให้พลังงานร้อยละ 25-30 ของพลังงานทั้งหมดต่อวัน ควรหลีกเลี่ยง เนื้อสัตว์ติดมัน น้ำมันหมู เนยแข็ง สมอสัตว์ เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก มันปู มันกุ้ง เนยเทียม เนยขาว น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม



3. ควรปรุงอาหารจากน้ำมันพืชที่สกัดจาก ถั่วเหลือง ข้าวโพด เมล็ดทานตะวัน หรือเมล็ดดอกคำฝอย รำข้าว มะกอก นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยการทอด รวมทั้งหลีกเลี่ยงการใช้ไขมันที่ได้รับการแปรรูปให้แข็ง

4. ควรบริโภคอาหารโปรตีนที่ให้พลังงานร้อยละ 12-15 ของพลังงานทั้งหมดต่อวัน อาหารโปรตีน ได้แก่ เนื้อสัตว์ โดยเฉพาะปลา และถั่ว ควรหลีกเลี่ยงเครื่องในสัตว์ทุกชนิด กุ้ง ปู ปลาหมึก เนื้อสัตว์ติดมันและหนัง ไข่แดง ควรเลือกบริโภคนมพร่องไขมัน เนื้อปลาทุกชนิด ไข่เป็ด ที่ไม่ติดหนังและมัน ปริมาณที่ควรรับประทาน คือวันละ 200-400 กรัม

5. บริโภคอาหารคาร์โบไฮเดรต ให้พลังงานร้อยละ 55-65 ของพลังงานต่อวัน ควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ ธัญพืช ข้าว ถั่วชนิดต่าง ๆ เนื่องจากจะให้กากใยอาหาร และโปรตีน การได้รับกากใยอาหารประเภทละลายน้ำวันละ 15-30 กรัม อาจจะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้โดยจับกับกรดน้ำดีทำให้มีการดูดซึมโคเลสเตอรอลของร่างกายลดลง หลีกเลี่ยงการใช้น้ำตาล หรืออาหารที่มีปริมาณน้ำตาลสูง การบริโภคอาหารประเภทแป้ง และน้ำตาลมากเกินไป จะมีผลทำให้ระดับไขมันในเส้นเลือดเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากตับสามารถเปลี่ยนคาร์โบไฮเดรตที่มากเกินไปเป็นไขมันได้

6. ควรบริโภคผักในปริมาณที่มาก และผลไม้ทุกมื้อ เพื่อให้ได้กากใยอาหารเพียงพอ (วิชัย ต้นโพธิ์จิตร และคณะ, 2542)

7. ควรบริโภคอาหารที่ปรุงเอง เพราะสามารถควบคุมชนิดและประเภทของอาหารได้ ดีกว่าการซื้ออาหารซื้ออาหารตามร้านอาหาร ควรเลือกการปรุงอาหารด้วยวิธีการต้ม นึ่ง ตุ่น แทนการทอดหรือผัดที่ต้องใช้น้ำมันหรือผัดที่ต้องใช้น้ำมันมาก ๆ และกะทิในการปรุงรส

8. การควบคุมสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การบริโภคอาหารระหว่างมื้อ โดยการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิด ทั้งสิ่งที่เป็น สิ่งของ บุคคล สถานที่ บรรยากาศ เวลา เหตุการณ์ ความคิดอื่น ๆ ตระหนักและรู้สึกอยาก และควรบริหารจัดการ กับสิ่งกระตุ้น เช่น การหลีกเลี่ยงหนี ไม่ไปจากสถานที่ที่เคยไปแล้วอยากรับประทานอาหาร แปร่งพันทันทีเมื่อรู้สึกอยากรับประทาน ของหวาน

9. หลีกเลี่ยงการระบายความเครียด ความวิตกกังวล ความเหงา ความเบื่อหน่าย ความผิดหวัง โดยวิธีการรับประทานอาหารทดแทนความรู้สึกทางจิต เช่นการบริโภคอาหารที่ชอบในปริมาณที่มาก ตลอดเวลา การดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ ควรหาวิธีการจัดการ ด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่นการออกกำลังกาย การอ่านหนังสือ ดูทีวี การทำงานบ้าน ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตเพื่อให้ความอยากบริโภคอาหารน้อยลง เช่นการทำกิจกรรมที่ตนเองชอบทำเพื่อให้ไม่ว่างที่จะนึกการบริโภค (ดุชนี สุทรปรียาศรี, 2541)

10. ควรบริโภคอาหารแต่ละมื้อให้ตรงเวลา ที่โต๊ะอาหาร เคี้ยวอาหารช้า ๆ ให้ละเอียด ก่อนการกลืนอาหารทุกครั้ง การบริโภคอาหารแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 20 นาที เนื่องจากการบริโภคอาหารที่เร็วเกินไป จะทำให้ศูนย์ควบคุมความหิวและความอิ่มเสียหน้าที่ (สินีนานู อนุสกุล, 2545)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงให้ลดน้อยลงหรือรับประทานในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย สามารถควบคุมน้ำหนักและควบคุมปริมาณไขมันในเส้นเลือดให้อยู่ในค่าปกติ สามารถลดความเสี่ยงและลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจลงได้

### พฤติกรรมความเสี่ยงด้านการใช้สารเสพติดต่าง ๆ

1. **การสูบบุหรี่** เป็นสาเหตุหรือสิ่งที่ส่งเสริมทำให้บุคคลนั้น ๆ เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สารนิโคติน มีผลต่อการเพิ่มของไขมันอิสระในร่างกายและเพิ่มการสังเคราะห์ไตรกรีเซอไรด์ในตับ และลดการสร้างไขมัน ระดับอนุไขมันโปรตีนความหนาแน่นสูงซึ่งพบว่าในผู้ที่สูบบุหรี่ จะมีระดับอนุไขมันโปรตีนความหนาแน่นต่ำ ในเลือดเพิ่มขึ้น (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2543) ในเพศชายที่สูบบุหรี่พบว่า ระดับอนุไขมันโปรตีนความหนาแน่นสูงในเลือดลดลง 3-4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และในเพศหญิงลดลง 5-6 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (Birchfield, 2003)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปริมาณความถี่ วิธีการ ระยะเวลาที่เคยสูบ ดังนั้น

1.1 ผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน เสี่ยงต่อการเกิดการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 2-6 เท่า ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

1.2 ผู้ที่สูบบุหรี่ ด้วยวิธีการสูบคือพ่นควันออกจากปาก ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าการสูบบุหรี่โดยสูดควันเข้าสู่ปอด

1.3 ผู้ที่สูบบุหรี่แบบมีตัวกรอง บุหรี่ที่มีสารนิโคตินต่ำรวมทั้งยาสูบชนิดเคี้ยว เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นเดียวกัน

1.4 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ ในปีแรกที่เลิกสูบบุหรี่จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงถึงร้อยละ 50 ต่อมาหลังการเลิกสูบบุหรี่ จึงจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ (Smoking, 2005: WHO, 2002)

1.5 ผู้ที่ต้องอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่ เป็นประจำมากกว่า 60 นาทีต่อวัน บุคคลเหล่านี้ก็จะต้องได้รับสารนิโคตินเท่ากับผู้ที่สูบบุหรี่ บุคคลกลุ่มนี้จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง จากผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ จากร้อยละ 20 เป็น 70 เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีการเลิกสูบบุหรี่อย่างจริงจัง เพื่อลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

**2. การดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์** เป็นการกระทำที่ส่งเสริมให้บุคคลนั้น ๆ เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากแอลกอฮอล์ เป็นตัวกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็ว การสูดฉีดเลือดออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น และทำให้แรงดันเลือดเพิ่มสูงขึ้น มีผลต่อผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัวและตีบได้ง่าย (นพรัตน์ ธนะชัยพันธ์, 2543) กล่าวได้ว่า พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ ในปริมาณที่มากกว่า 2 แก้วต่อวันจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

**3. การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน** เป็นการกระทำ ซึ่งเป็นสาเหตุ หรือสิ่งที่ส่งเสริมทำให้บุคคลนั้น เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้บุคคลนั้น ๆ เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากเครื่องดื่มที่มี คาเฟอีน ได้แก่ ชา กาแฟ โกโก้ ชอคโกแลต น้ำอัดลมประเภทโคลา เครื่องดื่มชูกำลัง คาเฟอีนจะกระตุ้นการทำงานของหัวใจ โดยทำให้หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น หัวใจอาจจะเต้นผิดจังหวะได้ ส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้หลอดเลือดเกิดความเสียหาย นำไปสู่ภาวะหลอดเลือดแข็งตัว นอกจากนี้ยังกระตุ้นและเร่งการเผาผลาญพลังงานทำให้เพิ่มกรดไขมันอิ่มอิสระ และกลูโคสในเลือด ปริมาณคาเฟอีนที่ร่างกายได้รับไม่ควรเกิน 100 มิลลิกรัมต่อวัน (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542)

### **พฤติกรรมความเสี่ยงด้านการออกกำลังกาย**

พฤติกรรมการออกกำลังกายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยเกินไป หรือไม่มีการออกกำลังกายเลย เป็นสาเหตุทำให้บุคคลนั้นมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กิจกรรมทางกาย หมายถึง การที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหวหดรัดตัวเพื่อการใช้พลังงานนั้น ๆ จะมีความสัมพันธ์กับการเผาผลาญพลังงาน ซึ่งสามารถวัดได้จากปริมาณของพลังงานที่ถูกเผาผลาญ หรือเวลาที่ใช้ในการทำงานนั้น ในคนปกติประมาณ 150-200 แคลลอรี่ หรือใช้เฉลี่ยประมาณ 30 นาที (จตุพร วงศ์สิตคุณ, 2549) และการออกกำลังกายก็เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมทางกาย ดังนั้นในคนที่ออกกำลังกายแบบเบา ๆ หรือที่มีการใช้พลังงานน้อยกว่า 2000 กิโลแคลลอรี่ต่อสัปดาห์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 65 ของคนที่ใช้พลังงานที่มากกว่า 2000 กิโลแคลลอรี่ ต่อสัปดาห์ บุคคลที่ขาดกิจกรรมทางกาย หรือมีการออกกำลังกายที่ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากมีปัญหหรืออุปสรรคต่าง ๆ จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนที่ออกกำลังกายสองเท่า (สมชาย ลีทองอิน, 2545)



### ปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกายของแต่ละบุคคล

1. สมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคล อายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความคล่องตัวในการเคลื่อนไหวลดลง กำลังกล้ามเนื้อ และความสามารถในการใช้ออกซิเจนลดลง ซึ่งจากการวิจัยพบว่าความสามารถในการใช้ออกซิเจนในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น ในผู้สูงอายุ 10 คน และมีผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 13 คน พบว่า ความสามารถในการใช้ออกซิเจนลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เมื่ออายุที่เพิ่มขึ้นผลมาจากการไหลเวียนเลือดที่ช้าลง หรือความสามารถของหัวใจในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างของร่างกายลดลง (Beere, Russell and Morey, 1990) จากความเสื่อมสภาพของกระดูก และเนื้อเยื่อ และขนาดน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้น และรวมถึงสภาพจิตใจ ความเครียด ความผิดหวัง อาจจะมีผลต่อการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

2. สภาพสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการออกกำลังกาย ไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย สภาพอากาศ อากาศที่ร้อนหรือหนาวมากเกินไป

3. ความไม่มีประสิทธิภาพของการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย หรือการออกกำลังกายที่ไม่มีผลให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายหรือกล้ามเนื้อต่าง ๆ ปล่อยให้ผลต่อการใช้พลังงานที่สะสมไว้ในเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ ชนิดของการออกกำลังกาย ที่เหมาะสม ระยะเวลาในการออกกำลังกาย แต่ละครั้งน้อยเกินไป ไม่ถึง 30 นาที ไม่ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงาน และการปฏิบัติกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง ไม่สม่ำเสมอ น้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์

4. โรคประจำตัวที่เป็นอยู่ ทำให้ต้องระมัดระวังในการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย หรือการออกกำลังกาย โดยควรจะปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อน ได้แก่

4.1 โรคเบาหวาน โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาถ้าได้ออกกำลังกายควบคู่ไป จะทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ไวต่ออินซูลินมากขึ้น ทำให้ความต้องการอินซูลินลดลงในรายที่รักษาด้วยยาฉีด การออกกำลังกายจะทำให้การดูดซึมอินซูลินจากจุดที่เริ่มฉีดเร็วและมากขึ้นกว่าปกติ รวมทั้งร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มมากขึ้น จึงส่งเสริมให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจนเป็นลมได้

4.2 โรคหลอดเลือดหัวใจทุกชนิด เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายทั้งสิ้นเพราะการออกกำลังกายทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น แต่โรคหัวใจตีบ ตัน การออกกำลังกายกลับเป็นประโยชน์ แต่การออกกำลังกายต้องมีจำกัด และอาจจะต้องมีโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

4.3 โรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายทุกรูปแบบ จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นทั้งสิ้น แต่การออกกำลังกายที่อยู่กับที่ แอนแอโรบิค จะทำให้ความดันโลหิตสูงได้มากกว่า



การออกกำลังกายแบบเคลื่อนไหว แอโรบิค จึงนับได้ว่าคนที่มีความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว มีการออกกำลังกายได้อย่างไม่เต็มที่

ฉะนั้นการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับร่างกาย เป็นการกระทำโดยมุ่งหวังให้กล้ามเนื้อต่างเกิดการหดตัวโดยใช้พลังงานที่สะสมอยู่ในเซลล์ ต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อมุ่งหวังให้ร่างกายมีความแข็งแรง และระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มการไหลเวียนของเลือด

### **พฤติกรรมความเสี่ยงต่อการการเผชิญความเครียด**

ความเครียดเป็นปฏิกิริยาของร่างกายและจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า ซึ่งเราคิดว่าเกินความสามารถที่เราจะแก้ไขได้ ทำให้เรารู้สึกหนักใจ มีผลทำให้เกิดความผิดปกติทางร่างกาย และพฤติกรรมที่แสดงออกมา ความเครียดถึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคทางกาย และจิตพฤติกรรมที่เสี่ยงด้านการจัดการความเครียด จึงเป็นการกระทำเพื่อขจัดความเครียดที่เหมาะสม ซึ่งเป็นสาเหตุหรือ สิ่งส่งเสริมทำให้บุคคลนั้น ๆ เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ การที่บุคคลเลือกใช้การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การบริโภคที่ไม่เหมาะสม การหักโหมงาน เป็นวิธีการผ่อนคลายความเครียด ภาวะเก็บกด ความขัดแย้งในจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เหมาะสม ด้วยเหตุต่าง ๆ ที่มากระตุ้นให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด ส่งผลต่อระบบประสาทซิมพาราเทติก กระตุ้นการทำงานของหมวกไตส่วนกลาง ทำให้มีการหลั่งสารแคททีโคลามีน และกลูโคคorticoid เพิ่มมากขึ้น ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ เกิดอาการเจ็บอก และหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ เป็นเหตุผลส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (สมภาพ เรื่องตระกู, 2547)

การที่บุคคลนั้นเกิดความเครียดเป็นเวลานาน และความเครียดนั้นไม่ได้รับการรักษา หรือไม่ได้รับการจัดการหรือขจัดความเครียดที่เหมาะสม จะส่งผลต่อร่างกายและจิตใจของบุคคลนั้น ดังนี้ (สมภาพ เรื่องตระกู, 2547)

1. ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาท ภูมิคุ้มกัน และต่อม ไฮโปทาลามัส และต่อมใต้สมอง ต่อมไร้ท่อ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ เช่น การเต้นของหัวใจผิดปกติ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดมีการหดตัว ส่งผลให้เกิดโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร

2. พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางลบซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือการได้รับการบาดเจ็บ โดยที่บุคคลไม่ได้ใช้วิธีเผชิญความเครียดโดยการมุ่งการจัดการจัดเก็บกับปัญหาโดยตรง แต่เป็นการชดเชยความรู้สึกทดแทน เช่น เมื่อเกิดความรู้สึกโกรธความวิตกกังวล

ความผิดหวัง ความเหงา ความสิ้นหวัง จะตอบสนองความรู้สึกเหล่านั้นด้วยการบริโภคอาหารในปริมาณที่ไม่เหมาะสม หรือการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ เป็นการทำให้สถานการณ์นั้นเลวร้ายมากยิ่งขึ้น เช่นกลายเป็นคนที่มีน้ำหนักผิดปกติ เป็นคนติดเหล้า ติดบุหรี่ การดำเนินชีวิตเรื่อยเฉื่อย ไม่ใส่ใจดูแลตัวเอง

3. เกิดความผิดปกติทางจิต มีการใช้กลไกป้องกันตัวเอง เช่น การเก็บความรู้สึก การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ของชีวิต ถ้ากลไกการป้องกันตัวเองล้มเหลว ก็จะเกิดอาการวิตกกังวลที่รุนแรง อาจจะมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ ซึมเศร้า เคร่าโคกเรื้อรัง แยกตัว

### ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy)

ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนด แรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษา สุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นเสมอ” (WHO, 1998) ความฉลาดทางสุขภาพแบ่งได้ 3 ระดับดังนี้ (Nutbeam. D, 2008)

1. **ระดับปฏิบัติการส่วนตัว (Functional Health Literacy: F)** เป็นระดับการใช้ทักษะพื้นฐานในการฟัง พูด อ่าน เขียน และคิดคำนวณที่จำเป็นต่อการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและประยุกต์ข้อมูลและสารสนเทศทางสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหา ลดความเสี่ยง และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับตนเอง พร้อมทั้งสามารถสื่อสารข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้

2. **ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy: I)** เป็นระดับการใช้ทักษะพื้นฐานของการรู้หนังสือและทักษะทางสังคม ในกระบวนการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ประยุกต์ และสื่อสารข้อมูลและสารสนเทศทางสุขภาพ เพื่อมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ แก้ปัญหา ลดความเสี่ยง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม

3. **ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy: C)** เป็นระดับการใช้ทักษะพื้นฐานของการรู้หนังสือ ทักษะทางสังคม และความสามารถในการคิดวิเคราะห์ใช้ข้อมูลและสารสนเทศ และการสื่อสารทางสุขภาพอย่างมีวิจารณ์ญาณตามสิทธิและหน้าที่ซึ่งรัฐและกฎหมายกำหนด เพื่อเอาชนะอุปสรรคเชิงโครงสร้างของวัฒนธรรมและสังคมที่มีอิทธิพลต่อความฉลาดทางสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม

แบบสอบถามคัดกรองความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy Screening Question: Set of Brief Screening Questions (SBSQ) พัฒนาและเผยแพร่โดยซิวและคณะมีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ อาทิ การได้รับเอกสารนัดหมายที่อ่านและเข้าใจง่าย การได้รับแบบฟอร์มทางการแพทย์ที่เขียนให้อ่านได้และเข้าใจง่าย วัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scales)

จำนวน 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่มีเลยใช้วิธีการสัมภาษณ์หรือให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

## แนวคิดทฤษฎี

### แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

การศึกษาเรื่องปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งในที่นี้ได้กล่าวถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ความฉลาดทางภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งในส่วนในเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้ถึงแนวทางมาการทฤษฎีของ Pender ที่กล่าวไว้ว่า (Pender, 2006) ได้เสนอรูปแบบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยคำนิยามว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งเน้นความสำคัญของสติปัญญาในการที่จะช่วยควบคุมพฤติกรรม แนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผน ในการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้านด้วยกัน คือปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive perceptual factors) ของบุคคล ปัจจัยส่งเสริม (Modifying factors) และสิ่งชักนำในการปฏิบัติ (Cues to action) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ในมโนทัศน์หลักนี้ เพนเดอร์ได้เสนอมโนทัศน์ย่อยคือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล โดยมีมโนทัศน์ ทั้งสองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรมหรือในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น

กิจกรรมทางด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพและให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) กิจกรรมทางกาย (Physical activity) ด้านโภชนาการ (nutrition) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relation) การเจริญทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual growth) และการจัดการด้านความเครียด (stress management)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 61 ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับ



ภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง การให้คุณค่า (Expectancy-value theory) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ยกตัวอย่างเช่น ประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว หรือการลดความรู้สึกเมื่อล่า ส่วนประโยชน์จากภายนอกนั้น เช่น การได้รับรางวัลเงินทองหรือความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในระยะแรกนั้นประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่าแต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่าขนาดของความคาดหวังและความสัมพันธ์ชั่วคราวของประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นก็เป็ผลกระทบบอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพความเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมหรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นในทางบวกก็เป็นสิ่งจำเป็นแม้ว่าอาจจะไม่สำคัญแต่ก็จำเป็นในพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง

จากบทความของ Pender (2006) ที่กล่าวถึงการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) ผู้วิจัยได้สังเกตเห็นว่าพฤติกรรมเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ ถ้าที่มสุขภาพสามารถเปลี่ยนความคิด ความเชื่อเดิมในเรื่องของการดูแลสุขภาพทั้ง 5 ด้านของ Pender (2006) ผู้วิจัยคิดว่าคุณภาพทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะดีขึ้นกว่าเดิม

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วันทนีย์ แสงวัฒนรัตน์ (2545) ได้ศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความต้องการการดูแลที่บ้านของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงของหลอดเลือด จำนวน 90 ราย โดยมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านตามแนวคิดของมาตินและซีทการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ การประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวด การเคลื่อนไหวระดับการขาดพลังงาน และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดของซาร์ปี กาลเบรธ และโจนส์ (Sarpf, Galbraith and Jhones) การประเมินความรู้สึก อากากระดับกิจกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของคิงและพาร์ริเนลโล (King and parrinello) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและอำนาจการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขในหลอดเลือดคมีคมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ใน



ระดับปานกลาง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมสุขภาพอยู่ที่ระดับปานกลาง พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง ตามลำดับ ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .01, .001, .05 ตามลำดับ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 57.3 ที่ระดับนัยสำคัญที่ .001

จิรพร ทองดี (2547) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 200 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ (Convniient sampling) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับที่เหมาะสมมาก และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง และในระดับต่ำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงที่ การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 58.1 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

วิไลพร หอมทอง (2547) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่กลับเขามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลนครพิงค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่กลับเขามารักษาซ้ำที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจและคลินิกทั่วไป เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 90 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณน พบมากในเพศชาย ร้อยละ 55.6 อายุพบมากในช่วงอายุ 60-74 ร้อยละ 55.4 พบมากในสถานะภาพคู่ ร้อยละ 55.6 ส่วนมากนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.7 ระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.6 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 61.1 ความเพียงพอของรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 50.0 ระยะการเจ็บป่วยส่วนมาก น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1-5 ปี ร้อยละ 65.5 ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มอยู่ในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการปฏิบัติด้านการรักษา ด้านการกำจัด

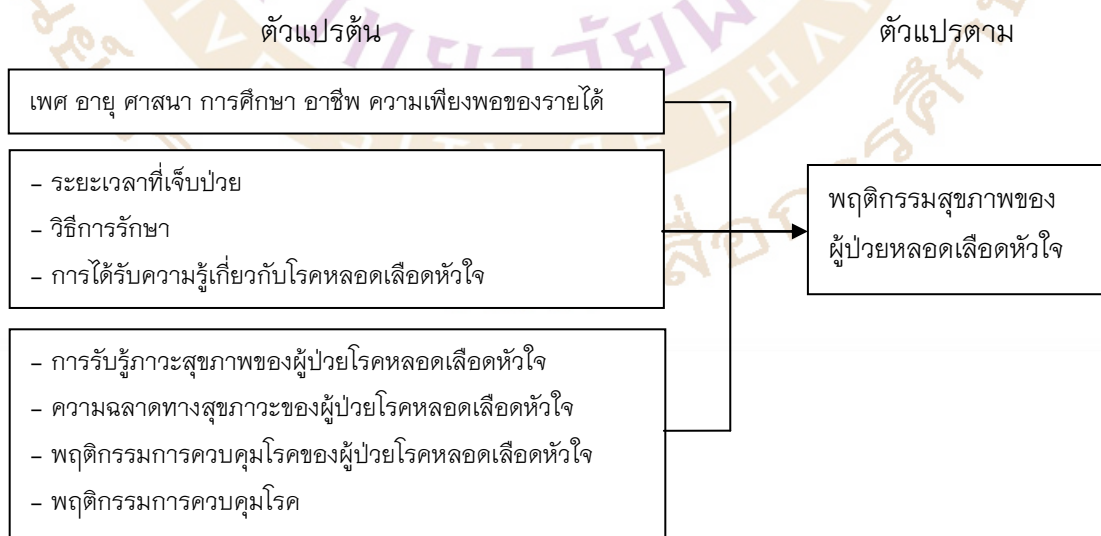
ความเครียดด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับดี ส่วนด้านการพักผ่อนและการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้

วันทนีย์ แสงวัฒนรัตน์ (2545) ได้ศึกษาพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลสี จังหวัดลำพูน จำนวน 155 คน เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ พรรณนาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่าด้านบริโภคและการออกกำลังกาย การกำจัดความเครียด และจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.67 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.50 สถานะภาพคู่ ร้อยละ 88.40 ส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรรวมพฤติกรรมความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการบริโภค สูบบุหรี่ อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 54.2 ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 85.2 ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 77.4 การรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลลอรี่สูงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.9 ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.9 ด้านการกำจัดความเครียดอยู่ในระดับ ร้อยละน้อย 72.3

รัตมี ลิทธิพันธ์ (2548) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ประชากรผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่เป็นโรคหัวใจที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ภายหลังจากการเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจที่มาตรฐานตามนัด ณ สถาบันโรคหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 480 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.90 เป็นเพศชาย ส่วนเพศหญิงร้อยละ 49.10 อายุ พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจส่วนใหญ่ ร้อยละ 29.4 มีอายุระหว่าง 36-45 ปี จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่าช่วงอายุของผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจส่วนใหญ่ร้อยละ 40.8 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่าการศึกษาที่ต่างกันของผู้ป่วยมีผล

ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจส่วนใหญ่ร้อยละ 75.2 มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่าสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน อาชีพ พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจส่วนใหญ่ร้อยละ 44 มีอาชีพรับจ้างจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่า อาชีพที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน รายได้ครอบครัวต่อเดือน พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจส่วนใหญ่ร้อยละ 46.3 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่า รายได้ครอบครัวต่อเดือนที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรค พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ค่า  $r = .194$ ) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ระดับการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ค่า  $r = .133$ ) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = -.262$ )

**กรอบแนวคิด**



**ภาพ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา**

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาคตัดขวางโดยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วย ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย เพื่อศึกษาการรับรู้การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือดของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2555 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2556

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจรักษาที่ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในช่วงเดือนธันวาคม 2555 ถึงช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2556 กลุ่มตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จำนวน 203 คน โดยจากการคำนวณโดยใช้เกณฑ์ของ Supanwanich and Podhipak (1994)

สูตร

$$= \frac{Nz^2\alpha/2}{4Nd^2+z^2\alpha/2}$$

เมื่อ  $n$  = ขนาดตัวอย่าง

$N$  = ประชากรที่ศึกษา = 12,718 คน

$z^2\alpha/2$  = คะแนนมาตรฐาน เมื่อกำหนด  $\alpha = 0.05 = 1.96$

$d$  = ค่าความคลาดเคลื่อน = 0.05

แทนค่าจากสูตร

$$= \frac{12,718(1.96)}{4(12,718)(0.05)^2+z^2(1.96)}$$

$$= \frac{24,927.28}{129.14}$$

$$= 193.25 \text{ ราย}$$

ฉะนั้น  $n = 193$  ทดแทนกรณีหากเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วนจะเก็บเพิ่ม 5 %

จากจำนวนที่ได้จากการแทนสูตร รวมเป็น 203 คน



โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ คือ

1. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการตรวจรักษาโรคที่ศูนย์โรคหัวใจ
2. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการไม่รุนแรง (อาการไม่รุนแรง หมายถึง ไม่มีอาการเจ็บอก ใจสั่น หน้ามืด เหนื่อยหอบ)
3. ผู้ป่วยยินดีตอบแบบสอบถาม
4. มารับบริการในช่วงเวลา 08.00–16.00 น. ในเวลาราชการ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นเองโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 คน แบบสอบถามแบ่งออก 4 ส่วนคือ

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล** ประกอบไปด้วยข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แหล่งข้อมูลความรู้ จำนวน 11 ข้อ

**ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ** การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้การกำจัดความเครียด สเกลที่นำมาใช้วัด คือ ลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) จำนวน 15 ข้อ

เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของผู้ตอบทุกประการ
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่แน่ใจว่ากับความรู้สึกนึกคิดหรือ ความเชื่อของผู้ตอบ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิด หรือความ เชื่อของผู้ตอบเป็นส่วนใหญ่

จากข้อคำถาม เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด 15 ข้อ และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย	คะแนนเท่ากับ	3
ไม่แน่ใจ	คะแนนเท่ากับ	2
ไม่เห็นด้วย	คะแนนเท่ากับ	1

### เกณฑ์การแบ่งชั้นคะแนน

ระดับต่ำ	0-59	คะแนน
ระดับปานกลาง	60-79	คะแนน
ระดับสูง	80-100	คะแนน

**ส่วนที่ 3 ความฉลาดทางสุขภาพ** ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อที่ผู้วิจัย ประยุกต์มาจากงานของ Chew, et. all. (2004) ลักษณะคำถามแบบ Likert scale จำนวน 9 ข้อคำถาม ได้แก่

### เกณฑ์การให้คะแนน

เคย	คะแนนเท่ากับ	1
ไม่เคย	คะแนนเท่ากับ	0

### เกณฑ์การแบ่งชั้นคะแนน

ระดับต่ำ	0-59	คะแนน
ระดับปานกลาง	60-79	คะแนน
ระดับสูง	80-100	คะแนน

จากข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 1 ข้อ ได้แก่ข้อ 1 และมีข้อคำถาม เชิงลบจำนวน 7 ได้แก่ข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

### ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยาสเกล ที่นำมาใช้วัดคือ ลิเคิทสเกล (Likert Scale) จำนวน 15 ข้อ

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	กิจกรรมที่ถามนั้นผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติ
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมที่ถามนั้นผู้ตอบปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมที่ถามนั้นผู้ตอบปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	กิจกรรมที่ถามนั้นผู้ตอบปฏิบัติ สม่ำเสมอทุกวัน

จากข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15 และมีข้อคำถามเชิงลบจำนวน 2 ได้แก่ข้อ 11, 13

### เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่ปฏิบัติ	คะแนนเท่ากับ	1
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	คะแนนเท่ากับ	2
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	คะแนนเท่ากับ	3
ปฏิบัติเป็นประจำ	คะแนนเท่ากับ	4

#### เกณฑ์การแบ่งชั้นคะแนน

ระดับต่ำ	0-59	คะแนน
ระดับปานกลาง	60-79	คะแนน
ระดับสูง	80-100	คะแนน

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมข้อมูล ตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ประสานงานกับศูนย์ผู้ป่วยโรคหัวใจโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการทำการศึกษาในครั้งนี้
2. สืบค้นและคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ ชนิด โรคหลอดเลือดหัวใจ จากบัตรนัดตรวจของผู้ป่วย
3. เลือกผู้ป่วยโรคหัวใจ ชนิดหลอดเลือดหัวใจ เพื่อทำการแจกแบบสอบถาม
4. แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล และพากลุ่มตัวอย่างไปยังสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา การพิทักษ์ของกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือพร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อในการยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาในครั้งนี้
5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษา อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและ ผู้ศึกษาดำเนินการสอบถามข้อมูลรายบุคคล โดยใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที ตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล
6. ผู้ศึกษานำข้อมูลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ทางสถิติ

#### การพิทักษ์สิทธิ

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองในโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์เลขที่รับรอง 55-02-02-0029 เลขที่ยืนยันโครงการ HE 55-02-02-0029 (ภาคผนวก) และยังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เลขที่รับรอง ชร 0027.102/1429 วันที่ 28 กรกฎาคม 2555

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่และร้อยละ  $\bar{x}$ , S.D. พิสัย และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Multiple regression ด้วยวิธี Stepwise Method





## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกศูนย์โรคหัวใจของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย ในช่วงเดือน ธันวาคม 2555 ถึง กุมภาพันธ์ 2556 จำนวน 203 คน ผลการวิเคราะห์นำเสนอโดยรูปแบบตาราง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 3 ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 203 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.7 รองลงมาเพศหญิง ร้อยละ 46.3 สถานภาพส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.5 รองลงมาสถานภาพหม้าย ร้อยละ 18.2 โสด ร้อยละ 7.4 หย่า/แยก ร้อยละ 4.9 อายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 48.5 รองลงมาพบในกลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 42.2 กลุ่มอายุ 40-49 ร้อยละ 7.8 กลุ่มอายุ 35-39 ปี ร้อยละ 1.5 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.5 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 3.0 อิสลาม ร้อยละ 2.5 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.6 รองลงมาไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 15.8 มัธยม ร้อยละ 10.8 ปริญญาตรี/สูงกว่า ร้อยละ 6.9 อนุปริญญา ร้อยละ 2.5 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่มีการใช้แรงงาน ร้อยละ 41.8 รองลงมาไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.5 อาชีพที่ไม่ใช้แรงงาน ร้อยละ 21.7 ดังรายละเอียดใน ตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ สถานภาพอายุ ศาสนา  
ระดับการศึกษา อาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 203)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	94	46.3
ชาย	109	53.7
<b>อายุ</b>		
35 -39	3	1.5
40-49	16	7.8
50-59	86	42.2
60 ปี ขึ้นไป	110	48.5
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	192	94.5
คริสต์	6	3.0
อิสลาม	5	2.5
<b>สถานะ</b>		
โสด	15	7.4
คู่	141	69.5
หม้าย	37	18.2
หย่า/แยก	10	4.9
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	32	15.8
ประถม	130	64.0
มัธยม	22	10.8
อนุปริญญา	5	2.5
ปริญญาตรี/สูงกว่า	14	6.9
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ประกอบอาชีพ	74	36.5
อาชีพที่ใช้แรงงาน	85	41.8
อาชีพที่ไม่ใช้แรงงาน	44	21.7

ด้านรายได้ ส่วนมากมีรายได้เพียงพอร้อยละ 76.4 รองลงมาไม่เพียงพอร้อยละ 23.6 ด้านการรักษาส่วนมากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา ร้อยละ 63.5 รองลงมารักษาด้วยยา/ การผ่าตัด/ทำBalloon ร้อยละ 36.5 ดังรายละเอียดใน ตาราง 2

**ตาราง 2 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ด้านรายได้ การรักษา**

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 203)	ร้อยละ
รายได้		
เพียงพอ	155	76.4
ไม่เพียงพอ	48	23.6
การรักษา		
รักษาด้วยยา	129	63.5
รักษาด้วยยา/การผ่าตัด/ ทำ Balloon	74	36.5

ด้านการได้รับความรู้เรื่องโรคหัวใจส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคหัวใจ ร้อยละ 94.6 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 92.8 รองลงมาจากโทรทัศน์ร้อยละ 4.6 และบุคคลในครอบครัวร้อยละ 2.6 ดังรายละเอียดในตาราง 3

**ตาราง 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ด้านการได้รับความรู้เรื่องโรคหัวใจ แหล่งที่ได้รับความรู้**

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 196)	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	182	92.8
บุคคลในครอบครัว	5	2.6
โทรทัศน์	9	4.6

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อมูลด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ภาพรวมด้านความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนมากมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงร้อยละ 97.5 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 2.5 ค่าเฉลี่ยภาพรวมของความเชื่อด้านสุขภาพ  $\bar{x} = 43.01$ , S.D. = 2.67 คะแนนสูงสุด = 12 คะแนนคะแนนต่ำสุด = 7 คะแนน

ตาราง 4 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ระดับ	พิสัย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	(0-27 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลาง	(28-36 คะแนน)	5	2.5
ระดับสูง	(37-45 คะแนน)	198	97.5
$\bar{x} = 43.01$ , S.D. = 2.67			

## ส่วนที่ 3 ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ

ความฉลาดทางสุขภาพภาพรวมพบว่า ส่วนมากมีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับสูงร้อยละ 50.7 รองลงมาในระดับต่ำร้อยละ 25.62 และระดับปานกลางร้อยละ 23.64 ค่าเฉลี่ยภาพรวมของความฉลาดทางสุขภาพ = 6.48 S.D = 2.0 คะแนนสูงสุด = 9 คะแนนคะแนนต่ำสุด = 1 คะแนน ดังรายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ คะแนนของความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ

ระดับ	พิสัย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	0-5	52	25.62
ระดับปานกลาง	6-7	48	23.64
ระดับสูง	8-9	103	50.74
$\bar{x} = 6.48$ , S.D = 2.0			



#### ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมการควบคุมโรค ภาพรวมพบว่า ส่วนมากมีระดับพฤติกรรมการควบคุมโรค อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 49.3 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.8 และระดับต่ำร้อยละ 4.9 ที่  $\bar{x} = 47.32$ , S.D. = 5.49 คะแนนสูงสุด = 57 คะแนน คะแนนต่ำสุด = 33 คะแนน รายละเอียดดังตาราง 6

ตาราง 6 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ระดับ	พิสัย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	0-36	10	4.9
ระดับปานกลาง	37-47	93	45.8
ระดับสูง	48-60	100	49.3
$\bar{x} = 47.32$ , S.D = 5.49			

#### ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. ผลการวิเคราะห์โดยใช้ Multiple regression เพื่อหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่ามีตัวแปรทั้งหมด 15 ตัวแปรได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานะ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย วิธีการรักษา การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ (แบ่งออกเป็น 4 ด้าน) ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการควบคุมโรค ( $p < .05$ ) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ( $p < .05$ ) ระดับการศึกษา ( $p < .05$ ) ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p < .05$ ) ทั้งนี้ตัวแปร 4 ตัวแปร สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายร้อยละ 18.2 (ดังตาราง 7)

3. ส่วนปัจจัยอื่น ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานะ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย วิธีการรักษา การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้การกำจัดความเครียด พบว่าไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้

ตาราง 7 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) และรูปคะแนนมาตรฐาน ( $\beta$ )  
ค่าคงที่และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายปัจจัยพฤติกรรม  
สุขภาพ

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ	b	$\beta$	t
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมควบคุมโรค	.071	.180	2.39*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	.053	.172	2.36*
ระดับการศึกษา	-.044	-.175	-2.60*
ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ	.030	.153	2.167*

R = 4.26, R<sup>2</sup> = 1.82, F = 8.74, SE = 4.87, \*p < .05 p < .001



## บทที่ 5

### สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์โรคหัวใจของโรงพยาบาลเชียงใหม่ ประชากรเคราะห์ จำนวน 203 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยทำการทำการรวบรวมเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนธันวาคม 2555 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยเป็นแบบสอบถามและทำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.943 และค่าความเชื่อมั่นที่ Cronbach'alpha เท่ากับ 0.74 และวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยสถิติพรรณนา และ multiple regression

#### สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.7 สถานภาพส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.5 อายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 48.5 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.5 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.6 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่มีการใช้แรงงาน ร้อยละ 41.8 ด้านรายได้ ส่วนมากมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 76.4 ด้านการรักษาส่วนมากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา ร้อยละ 63.5 ด้านการได้รับความรู้เรื่องโรคหัวใจส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคหัวใจ ร้อยละ 94.6 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 92.8

2. เชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชาชนเคราะห์ จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านการรับรู้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ทางด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.5 ( $X^2 = 43.01$ , S.D. = 2.67) ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจระดับสูง ร้อยละ 50.74 ( $X^2 = 6.48$ , S.D. = 2.06) พฤติกรรมการควบคุมโรคพบว่าภาพรวมพบว่าส่วนมากมีระดับพฤติกรรมการควบคุมโรคอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 49.3 ( $X^2 = 47.32$ , S.D. = 5.49)

3. ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือดของโรงพยาบาลเชิงราชประชาอนุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย ได้แก่การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค รองลงมาคือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ( $p < .05$ ) ระดับการศึกษา ( $p < .05$ ) และความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ ( $p < .05$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลเชิงราชประชาอนุเคราะห์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ  $97.5 \bar{x} = 43.01$ , S.D. = 2.67 คล้ายกับ รัศมี สิทธิพันธ์ (2548) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจโรงพยาบาลราชวิถีพบว่า ผลการวิเคราะห์ระดับความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายด้าน เป็นดังนี้ คือ ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรค ของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 40.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.29 ระดับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.22 ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 41.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.41 และระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.00 ใหญ่อยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 40.7 เหตุที่ระดับความเชื่อทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยมีระดับสูงคล้ายกันอาจจะเนื่องมาจากพื้นที่ที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งสองซึ่งและสอดคล้องกับการศึกษาของรัศมี สิทธิพันธ์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดตายที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใส่หลอดเลือดตายโรงพยาบาลผู้เข้ารับบริการส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนเมือง จึงทำให้ระดับความเชื่อมีระดับสูง ซึ่งถ้านำไปศึกษาในพื้นที่ชนบทอาจจะได้ผลการศึกษาที่แตกต่างกันเนื่องจากพื้นที่ชนบท มีความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ยึดถือกันมานาน ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก



2. พฤติกรรมการควบคุมโรค ภาพรวมพบว่า ส่วนมากมีระดับพฤติกรรมการควบคุมโรคอยู่ในระดับสูงร้อยละ 49.39 ที่ค่าเฉลี่ย = 47.32, S.D. = 5.49 คล้ายกับการศึกษาของการศึกษา วันทนีย์ แสงวัฒนรัตน์ (2545) ได้ศึกษาพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลสี จังหวัดลำพูน พบว่าพฤติกรรมความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการบริโภค สูบบุหรี่ อยู่ในระดับน้อยร้อยละ 54.2 ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 85 อาจจะมีเนื่องจากความแตกต่างระหว่างพื้นที่ชุมชนเมืองและชุมชนชนบทที่มีความแตกต่างในด้านการศึกษา และเทคโนโลยีที่ทันสมัย และการศึกษาถึง ถึงบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างของสองพื้นที่มีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่แตกต่างกัน

3. ความเชื่อการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการควบคุมโรค ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการควบคุมโรค สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายร้อยละ 18.2 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 คล้ายกับการศึกษาของจิรพร ทองดี (2547) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 58.1 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และวันทนีย์ แสงวัฒนรัตน์ (2545) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ ร้อยละ 57.3 ที่ระดับนัยสำคัญที่ .001 เพราะว่าคนเราเมื่อมีการเจ็บป่วย เมื่อรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมโรค และได้ทราบข้อดีของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ก็มีการปฏิบัติตัวในด้วยการควบคุมโรคของตนเอง ทั้งในด้านการกินยา การตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่ดี และเหมาะสมจึงทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี

4. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ที่ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายร้อยละ 18.2 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 คล้ายกับการศึกษาของวันทนีย์ แสงวัฒนรัตน์ (2545) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพที่ ร้อยละ 31.7 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 เพราะว่าเมื่อผู้ป่วยรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น หัวใจล้มเหลว น้ำท่วมปอด ก็จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี

5. ระดับการศึกษา ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ที่ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายร้อยละ 18.2 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 สอดคล้องกับ

สมมุติฐานข้อที่ 1 คล้ายกับการศึกษาของ รัศมี ลิทธิพันธ์ (2548) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจส่วนใหญ่อ้อยละ 40.8 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่าการศึกษาที่แตกต่างกันของผู้ป่วยมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพราะถ้าผู้ที่มีระดับการศึกษาในระดับสูงจะทำให้เกิดการตระหนักรู้ในความสำคัญของการดูแลตนเองมากขึ้น มีการรับรู้ทั้งด้านการรับรู้จากสื่อต่าง ๆ ได้มากขึ้น ทั้งการรับรู้ข้อมูลสุขภาพสารจากบุคลากรทางด้านสุขภาพมากขึ้น ทำให้บุคคลมีการดูแลตัวเองมากขึ้น ส่งผลต่อการมรพฤติกกรรมสุขภาพที่ดี

6. เพศ ผลการศึกษาพบว่าไม่สามารถทำนายปัจจัยพฤติกรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ปฏิเสธสมมุติฐานข้อที่ 1 แตกต่างกับรัศมี ลิทธิพันธ์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่หลอดเลือดตาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.30 เป็นเพศชายเพราะปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทั้งการสื่อสารต่าง ๆ จึงทำให้ทั้งเพศหญิงและเพศชายหันมาดูแลสุขภาพในระดับไม่แตกต่างกัน

7. อายุ ผลการศึกษาพบว่าไม่สามารถทำนายปัจจัยพฤติกรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ปฏิเสธสมมุติฐานข้อที่ 1 แตกต่างกับรัศมี ลิทธิพันธ์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการคงสภาพหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการคงสภาพหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้าเพราะพบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจพบมากขึ้นในกลุ่มคนที่มีอายุน้อย จากอดีตจะพบมากในผู้สูงอายุ อาจเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้การเกิดโรคหัวใจเกิดขึ้นในกลุ่มอายุน้อย ฉะนั้นอายุจึงไม่สามารถนำมาทำนายปัจจัยพฤติกรมสุขภาพได้

8. ศาสนา ผลการศึกษาพบว่าไม่สามารถทำนายปัจจัยพฤติกรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้คล้ายกับวิไลพร หอมทอง (2547) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาซ้ำที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจและคลินิกทั่วไป ส่วนมากนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.7 เพราะพื้นที่แต่ละพื้นที่มีความแตกต่างของศาสนา ถึงทำให้ไม่สามารถนำมาทำนายปัจจัยพฤติกรมสุขภาพได้

9. สถานะภาพ ผลการศึกษาพบว่าไม่สามารถทำนายปัจจัยพฤติกรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ปฏิเสธสมมุติฐานข้อที่ 1 คล้ายกับ รัศมี ลิทธิพันธ์ (2548) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันจะมีพฤติกรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันเพราะคนที่แต่งงาน

หรือไม่แต่งงานไม่สามารถมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเท่ากัน และต่างก็อาจจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันจึงไม่สามารถที่จะนำมาทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้

10. อาชีพ ผลการศึกษาพบว่าไม่สามารถทำนายปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ปฏิเสศสมมติฐานข้อที่ 1 คล้ายกับรัศมี ลิทธิพันธ์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงของประชาชนพบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วง ของประชาชน เพราะอาชีพแต่ละอาชีพมีความแตกต่างกันทั้งในลักษณะของงาน งานที่ต้องใช้แรงงาน งานที่ต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์ ความแตกต่างของลักษณะงานจึงทำให้พฤติกรรมสุขภาพของคนแตกต่างกัน จึงมาสมารถนำมาทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้

11. รายได้ ผลการศึกษาพบว่าไม่สามารถทำนายปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ปฏิเสศสมมติฐานข้อที่ 1 แตกต่างกับรัศมี ลิทธิพันธ์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบว่า รายได้ครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพราะรายได้อาจจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จำเป็นเมื่อเกิดการเจ็บป่วย แต่อาจจะเป็นเพราะความแตกต่างของพื้นที่ และสิทธิด้านการรักษาของผู้ป่วย จึงทำให้รายได้มาสมารถทำนายปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพได้

12. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่าไม่สามารถทำนายปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ปฏิเสศสมมติฐานข้อที่ 2 แตกต่างกับรัศมี ลิทธิพันธ์ (2548) ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความก้าวหน้าของโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่าโรคและระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นตัวแปรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจอยู่ในช่วง 0-1 ปี เพราะโรคหลอดเลือดหัวใจมีหลายระดับ แล้วแต่ความรุนแรงของโรค ถ้ารุนแรงก็ต้องใช้การรักษาเป็นระยะเวลานาน แต่ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมากจึงทำให้การรักษาบางวิธีใช้เวลาการรักษานาน และทุเลาความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ จึงทำให้ระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้

13. วิธีการรักษา ผลการศึกษาพบว่าไม่สามารถทำนายปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ปฏิเสศสมมติฐานข้อที่ 2 แตกต่างกับรัศมี ลิทธิพันธ์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดตายที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือด



ข่ายเพราะความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางด้านทำให้มีการรักษาที่ทันสมัย ลดความรุนแรงของโรคลงได้ ลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากขึ้น จึงทำให้วิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจมาสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้

14. การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่าไม่สามารถทำนายปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ปฏิเสศสมมติฐานข้อที่ 2 คล้ายกับรัศมี สิทธิพันธ์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาในชนบท พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันและดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาในชนบท เพราะบางพื้นที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคที่แตกต่างกันอาจจะเป็นเพราะความแตกต่างของพื้นที่ จึงทำให้การรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ต่างกันจึงไม่สามารถนำมาทำนายปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพได้

15. การรับรู้ความรุนแรงของโรค ผลการศึกษาพบว่าไม่สามารถทำนายปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ปฏิเสศสมมติฐานข้อที่ 2 คล้ายกับจีราพร ทองดี (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดตายที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใส่หลอดเลือดตายการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเพราะบางครั้งตัวบุคคลมีการรับรู้แต่ไม่มีการปฏิบัติตามที่ตนได้รับรู้ อาจจะเป็นอย่างนี้เพราะความเชื่อเดิมของตัวบุคคลที่มีอยู่ จึงทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่สามารถจะทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้

16. การรับรู้การกำจัดความเครียด ผลการศึกษาพบว่าไม่สามารถทำนายปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ปฏิเสศสมมติฐานข้อที่ 2 แตกต่างกับจีราพร ทองดี (2547) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมจัดการความเครียด และความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า อยู่ในระดับดี จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพราะบางพื้นที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการกำจัดความเครียดแต่ไม่สามารถจะแก้ไขได้เพราะว่าพื้นที่บางพื้นที่ไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงจากสภาวะแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียดได้จึงทำให้การรับรู้เกี่ยวกับการกำจัดความเครียดไม่สามารถทำนายปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้



17. พฤติกรรมการควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจผลการศึกษาพบว่าไม่สามารถทำนายปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 2 แตกต่างกับ รัศมี สิทธิพันธ์ (2548) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพราะโรคหลอดเลือดหัวใจมีทั้งแบบเรื้อรังและแบบเฉียบพลัน ซึ่งถ้าเกิดโรคหัวใจแบบเฉียบพลันโดยที่บุคคลไม่เคยรับรู้มาก่อนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจได้จึงทำให้พฤติกรรมสุขภาพไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้

### **ข้อเสนอแนะ**

#### **ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย**

1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหัวใจชนิดอื่น ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยการส่งเสริมให้เห็นประโยชน์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพของตน ความฉลาดทางภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมโรค ที่มีผลต่อสุขภาพ เป็นการหลีกเลี่ยงอุปสรรคที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และส่งเสริมสมณะแห่งตนในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในขณะที่มีการเจ็บป่วย

2. ด้านการบริหารสาธารณสุข เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำเสนอผู้บริหารในการเขียนโครงการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้มีพฤติกรรมสุขภาพ

#### **ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปปฏิบัติงาน**

1. เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มที่ยังไม่เกิดโรคให้เล็งเห็นปัญหาและความสำคัญในการดูแลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมแนวปฏิบัติตัวทางด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. ด้านการศึกษาเป็นข้อมูลสนับสนุนเนื้อหาวิชาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สำหรับนักศึกษาสาธารณสุข

#### **ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และด้านอื่นที่มีความเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย



บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กอบกุล บุญปราศ. (2549). **พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล**.  
กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีพวิง.
- กำธร ธรรมประเสริฐ. (2543). **พยาธิกำเนิดของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี**. เชียงใหม่:  
ไอลีเดียตีตี้กรุ๊ป.
- จตุพร วงศ์สาธิตคุณ. (2549). **การดูแลโรคเบาหวาน: Exercise and DM**. เชียงใหม่:  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จีรพร ทองดี. (2547). **ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ**.  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: เชียงใหม่.
- ดุขนิ สุทศประยาศรี. (2541). **ภาวะโภชนาการการ (พิมพ์ครั้งที่ 1)**, กรุงเทพฯ:  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. (2543). **Management of unstable angina**. ขอนแก่น:  
คลังนานาวิทยา.
- นพรัตน์ ณะขันธุ์. (2543). **โรคแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. (พิมพ์ครั้งที่ 1).  
เชียงใหม่: โอเอมออกเคโนเซอร์แอนด์แอดเวอร์ไทซิง.
- นพรัตน์ ณะชัยขันธุ์. (2543). **ความก้าวหน้าในการรักษาโรคหลอดเลือด**. (พิมพ์ครั้งที่ 1).  
เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- ปณิธาน สันติภวังค์ และคณะ. (2545). **รายงานผลการวิจัยเรื่อง ความชุกของปัจจัยเสี่ยง  
ของโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดนครสวรรค์ 2545**. นนทบุรี: กรมการแพทย์  
กระทรวงสาธารณสุข.
- พ่องพรรณ อรุณแสง. (2549). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด**. ขอนแก่น:  
คลังนานาวิทยา.
- พรรณสิริ กุลนาถศิริ, (2553) **โรคหัวใจและหลอดเลือด คร่าคนไทยชั่วโมงละ4คน**  
สืบค้นเมื่อ 30 สิงหาคม 2555 จาก <http://health.kapook.com/view17257.html>.
- พรรณิ เสถียรโชค และคณะ. (2536). **โรคหัวใจขาดเลือด**. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- พงษ์อมร บุญนาค. (2545). **ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน**. กรุงเทพฯ:  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- รัศมี สิทธิพันธ์. (2548). **ความเชื่อสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัด ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี**. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. (2555). **สถิติผู้ป่วยโรคหัวใจ** ศูนย์โรคหัวใจ: จังหวัดเชียงราย.
- วศิน พุทธาภิ. (2546) **แนวทางการรักษา Unstable angina/Non ST elevation myocardial infarction guideline ทางอายุรศาสตร์**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชัย ตันไพจิตร และคณะ. (2542). **แนวทางการรักษาไขมันในเส้นเลือดผิดปกติ**. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย.
- วิไลพร หอมทอง. (2547). **พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ากลับรักษาซ้ำ โรงพยาบาลนครพิงค์**. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: เชียงใหม่.
- วันทนี้อย่าง แสงวัฒนรัตน์. (2545). **ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความต้องการดูแลที่บ้านของผู้สูงที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ**. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- สินีนานู อนุสกุล. (2545). **ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่
- เสก ปัญญาสังข์ และคณะ. (2543). **โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในผู้สูงอายุ**. **วารสารพญามาติยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**, 53-55.
- สุพรชัย กองพัฒนานุกุลม. (2542) **การทบทวนความรู้เทคนิคการดูแลรักษาโรคหัวใจขาดเลือด**. (หน้า 1-27). กรุงเทพฯ: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2545). **การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2**. (พิมพ์ครั้งที่ 15). กรุงเทพฯ: วีเจพริ้นติ้ง.
- สมชาย หาราชคุณาชัย. (2545). **การรักษา chronic stable angina HEART: Cardiac diagnosis and treatment**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: ไอนเดนตีตี้ กรุ๊ป.
- สมชาย ลีทองอิน. (2545) **ทางเลือกใหม่ในการออกกำลังกาย**. **วารสารวิทยาระบาด**, 5(1).



## บรรณานุกรม (ต่อ)

- สมทรง จุไรทัศน์ีย์, (2540) **การจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง**. เชียงใหม่: ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพันธ์ หิญชีระนันท์. (2541). ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต กับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. **วารสารพยาบาลศาสตร์**, 47(2), 69-72.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). **ความเครียดและอาการทางจิตเวช**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554) **คู่มือการดูแลตนเองเพื่อการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด**. นนทบุรี: ไนซ์เอิร์ธ ดีไซน์.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553) **แนวปฏิบัติพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด**. นนทบุรี: ไนซ์เอิร์ธ ดีไซน์.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2552) **การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด**. นนทบุรี: ชุมชมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อภิชาติ สุกนธสรณ์. (2543) **โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery disease)** (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: โอเด้นดีดี กรุ๊ป.
- อภิชาติ สุกนธสรณ์. (2543) **Coronary angiography**. (หน้า 315-358). เชียงใหม่: โอเด้นดีดีกรุ๊ป.
- อภิชาติ สุกนธสรณ์ (2546). **การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนา**. (หน้า 3-33). เชียงใหม่: โอเอมออกเกไนท์เวอร์แอนด์แอดเวอร์ไทซิ่ง.
- อุไร ศรีแก้ว. (2543). **การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด: การดูแลอย่างต่อเนื่อง** กรุงเทพฯ: ลิบราเดอส์ ส. การพิมพ์.
- Beere, P. A, Russell, S.D, Morey, M.C. (1999). **Aerobic exercise training can reverse agerelated perheral circulatory chang in healthy old-man Circulation**, 100, 1085-1094.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- Birchfield, P.C. (2003). Identifying women at risk for coronary artery disease. **American Association of Occupational Health Journal**, 51(1), 15–22.
- Farmer, J. A and Gotto, A. M. (1997). Dyslipidemia and other risk factors coronary artery disease. In E. Braunwald (Ed). **Heart disease: A textbook of cardiovascular medicine** (pp. 1126–1160). Philadelphia: W.B Saunders.
- Nutbeam, D. (2008). Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. **Health Education Research**. 23(5). Published by Oxford University Press.
- Martinez, L. G. (2004). Nursing management of coronary artery syndrome. In S.M. Lewis, M. Mc. Heitkemp & S.R Dirksen (Eds.). **Medical-surgical nursing**. (pp. 799–837). St. Louis: Mosby.
- Martinez, L.G. and House-Fancher, M.A. (2000). Nursing management and coronary disease. In S.M. Lewis, M.M. Heitkemp (Eds), **Medical–surgical nursing: Assessment and management of clinical problem**. (pp. 1026–1029). St. Louis: Mosby.
- Pender, N. J. (2006). **Health promotion in nursing practice** (5rd ed). Connecticut: Appleton and Lange.
- Smoking. (2005). **Coronary heart: Smoking**. Retrieved November 24, 2005. From <http://www.Guidofguida.is/smoking.htm>
- Supanvanich, S. and Podhipak, A. (1994). **Principle of Epidemiology**. Bangkok: Faculty Of Public Health, Mahidol University.
- WHO. (2002). **Defining and assessing risks to health**. Reducing risk. Protecting health life (pp. 9–26) Geneva: World Health Organization.
- WHO. (1992). Cardiovascular disease risk factors: **New areas for research**. Geneva. 23(72), 1–50.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์



เอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ชื่อโครงการ	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย Factors predicting health promoting behaviors among patients with coronary heart disease at Chiangrai hospital in Chiangrai province
ชื่อนิสิต	นางวิลาวัลย์ อินคำ
ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา	ดร.ทวีวรรณ ซาลีเครือ
เลขที่รับรองโครงการ	55 02 02 0030
เลขที่ยื่นขอโครงการ	HE 55-02-02-0029
สังกัดหน่วยงาน/คณะ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
การรับรอง	ขอรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวข้างบนนี้ได้ผ่านการพิจารณาและการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ครั้งที่ 6/2555 เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2555
วันสิ้นสุดการรับรอง	วันที่ 29 สิงหาคม 2556
ประเภทการรับรอง	รับรองแบบเร่งรัด

ลงนาม

วิบูลย์ วัฒนาร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิบูลย์ วัฒนาร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยพะเยา



ที่ ขร ๐๐๒๗.๑๐๒/ ๑๔๓๐



## เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์  
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

คณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงราย  
ประชานุเคราะห์ ขอรับรองว่า

โครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ  
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ผู้วิจัย : นางสาววิลาวัลย์ อินคำ

สังกัด : หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการศึกษาต่อเนืองมหาวิทยาลัยพะเยา

ได้รับการพิจารณาแล้ว เห็นว่า ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่  
อาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ตามขอบข่ายของ  
โครงการวิจัย ที่เสนอได้ รับรอง ระหว่างวันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๕๕ ถึง วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๕๖

ออกให้ ณ วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๕๖

ลงนาม.....  
(แพทย์หญิงวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล)  
ประธานกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรม  
ในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์

ลงนาม.....  
(นายแพทย์สุทัศน์ ศรีวิไล)  
ผู้อำนวยการ  
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

## ภาคผนวก ข แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย

### แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย

แบบสอบถามชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย เพื่อใช้ในการศึกษาการรับรู้การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือดของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย

#### คำชี้แจงแบบสอบถามชุดนี้ประกอบไปด้วย 4 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 3 ความฉลาดทางสุขภาพ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการควบคุมโรคของโรคหลอดเลือดหัวใจ

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ในแบบสอบถามจะมีข้อความ 11 ข้อ กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย / ใน ( ) เพียงตัวเดียว ที่ตรงกับความจริงที่เกี่ยวกับผู้ตอบมากที่สุด

1. เพศ ( ) 1.หญิง ( ) 2.ชาย
2. กลุ่มอายุ ..... ปี
3. ท่านนับถือศาสนา .....
4. สถานภาพสมรส ( ) 1.โสด ( ) 2.คู่  
( ) 3.หม้าย ( ) 4.หย่า/แยก
5. ระดับการศึกษา ( ) 1.ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) 2.ประถมศึกษาตอนต้น  
( ) 3. ประถมศึกษาตอนปลาย ( ) 4.มัธยมศึกษาตอนต้น  
( ) 5.มัธยมศึกษาตอนปลาย ( ) 6.อนุปริญญา  
( ) 7.ปริญญาตรี ( ) 8.สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพปัจจุบัน ( ) 1.ไม่ประกอบอาชีพ ( ) 2.เกษตรกร  
( ) 3.ค้าขาย ( ) 4.รับจ้าง  
( ) 5.รับราชการ ( ) 6.อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. ความพอเพียงของรายได้ ( ) 1.เพียงพอ ( ) 2.ไม่เพียงพอ

8. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

..... ปี

9. การรักษาปัจจุบัน

( ) 1. รักษาด้วยยา

( ) 2. รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการรักษาด้วยยา

10. การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

( ) 1. เคย

( ) 2. ไม่เคย

11. แหล่งข้อมูลความรู้ที่ท่านได้รับมากที่สุดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

( ) 1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

( ) 2. บุคคลในครอบครัว ญาติ

( ) 3. โทรทัศน์

( ) 4. วิทยุ

( ) 5. หนังสือพิมพ์

( ) 6. แผ่นพับ



## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

**คำชี้แจง** ในการตอบแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในแบบสอบถามจะมีข้อความถาม 15 ข้อ ขอให้ท่านเขียนเครื่องหมาย / ในช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึกหรือความเชื่อของท่านเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีความหมายดังนี้

- เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบทุกประการ
- ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่แน่ใจว่ากับความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบ
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบเป็นส่วนใหญ่

ลำดับ	ความเชื่อด้านสุขภาพ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับประทานยาโรคหัวใจไม่สม่ำเสมอทำให้มีอาการ วูบ เจ็บหน้าอก ใจสั่นมากขึ้น			
2	การไม่ออกกำลังกายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของ โรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น			
3	การควบคุมอาหารทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของโรคหัวใจได้			
4	การหลีกเลี่ยง ชา กาแฟ ทำให้ลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจได้			
5	การไม่มาพบแพทย์ตามนัดทำให้มีโอกาสเกิดภาวะ หัวใจวายได้มากขึ้น			
6	การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน เมื่อท่านไม่ดูแลสุขภาพท่านอาจจะเกิดภาวะหัวใจ ล้มเหลวได้			
7	การไม่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจอาจมี โอกาสเสียชีวิตได้			



ลำดับ	ความเชื่อด้านสุขภาพ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
8	โรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสเสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจวาย การหายใจล้มเหลวหรือ โรคหลอดเลือดสมอง			
9	<b>การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค</b> ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม และ อาหารที่มีไขมันสูง			
10	การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ ทำให้เกิดการละลายหลอดเลือดหัวใจ ทำให้มีอาการกำเริบมากขึ้น			
11	การออกกำลังกายเหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงและลดความรุนแรงของโรคลงได้			
12	การที่ทานรับประทานยาสม่ำเสมอทำให้สามารถควบคุมโรคความรุนแรงของโรคหัวใจได้			
13	การตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคหัวใจได้			
14	<b>การรับรู้การกำจัดความเครียด</b> ความเครียดทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรงมากขึ้น			
15	การพักผ่อนที่เพียงพอเป็นผลดีต่อสุขภาพของท่าน			

### ส่วนที่ 3 ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ

**คำชี้แจง** ในการตอบแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน

9 ข้อขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องให้ตรงกับความจริงในช่อง □ เพียงคำตอบเดียว ดังนี้

1. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านอ่านฉลากยาที่ท่านรับประทานด้วยตนเอง
 

1. ไม่เคย                       2. เคย
2. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านมีปัญหาในการอ่านฉลากยา เพราะที่ไม่เข้าใจข้อมูลในการรับประทานยา
 

1 ไม่เคยมีปัญหา                       2. เคย
3. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านมีคนที่จะช่วยท่านอ่านข้อมูลการรับประทานยาในสถานบริการสุขภาพ
 

1 ไม่เคย                       2. เคย
4. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านมีคนที่จะช่วยอ่านข้อมูลการรับประทานยาที่บ้าน
 

1 ไม่เคย                       2. เคย ระบุจำนวนครั้ง
5. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านรู้สึกไม่มั่นใจในการจัดยา รับประทานด้วยตนเองที่บ้าน
 

1 ไม่เคยมี                       2. เคย ระบุจำนวนครั้ง
6. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านมีคนที่จะช่วยจัดยารับประทานให้ท่านที่บ้านเพราะว่ายากที่จะเข้าใจที่ป้ายฉลากยา
 

1 ไม่เคยมี                       2. เคย ระบุจำนวนครั้ง
7. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านมีคนช่วยอ่านบัตรนัดมารับยาที่สถานบริการสุขภาพ
 

1 ไม่เคยมี                       2. เคย ระบุจำนวนครั้ง
8. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านให้คน(เพื่อน ญาติ เจ้าหน้าที่ที่สถานบริการ)ช่วยอ่านคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ
 

1 ไม่เคยมี                       2. เคย ระบุจำนวนครั้ง
9. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในการกินยาว่าถูกต้องหรือไม่เพราะว่าฉลากยาอ่านยากและไม่เข้าใจ
 

1 ไม่เคยมี                       2. เคย ระบุจำนวนครั้ง

#### ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้เป็นการประเมินด้านการปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านเกี่ยวกับการรักษาหรือควบคุม โรคหลอดเลือดหัวใจแบบสอบถามจะมีข้อคำถาม 15 ข้อ ประกอบด้วยการปฏิบัติ 5 ด้าน โดยให้ท่านตอบตรงความเป็นจริงมากที่สุด โปรดใส่เครื่องหมาย / ในช่องขวามือโดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	กิจกรรมที่ถามนั้นผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติ
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมที่ถามนั้นผู้ตอบปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมที่ถามนั้นผู้ตอบปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	กิจกรรมที่ถามนั้นผู้ตอบปฏิบัติ สม่ำเสมอทุกวัน

ลำดับ	ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
<b>1. พฤติกรรมการควบคุมอาหาร</b>					
1	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเช่น อาหารมัน อาหารทอด ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง				
2	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม				
3	ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ				
4	ท่านรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง ทุกมื้อ				
<b>2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย</b>					
5	ออกกำลังกายเป็นประจำ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์				
6	ท่านออกกำลังกายที่ไม่ใช้แรงมากเกินไป เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน				

ลำดับ	ข้อความถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
7	ขณะการออกกำลังกายสังเกตอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด วูบ เป็นลม เจ็บหน้าอก ใจสั่น หากมีอาการดังกล่าวท่านหยุดออกกำลังกาย				
<b>3. พฤติกรรมการรับประทานยา</b>					
8	ท่านรับประทานยาตรงเวลาทุกครั้ง				
9	ท่านรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่งทุกครั้ง				
10	เมื่อมีอาการผิดปกติหลังรับประทานยา ท่านจะปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที				
<b>4. พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด</b>					
11	เมื่อท่านมีปัญหาท่านแยกตัวอยู่ตามลำพัง				
12	เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านมักจะเล่าให้บุคคลที่ท่านไว้ใจฟัง				
13	เมื่อมีความเครียดท่านสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา หรือใช้ยานอนหลับ				
<b>5. พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด</b>					
14	ท่านมารับการตรวจรักษาตามนัดทุกครั้ง				
15	ท่านมาตรวจก่อนวันนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บอกบ่อยขึ้น เหนื่อยง่าย หน้ามืด เป็นต้น				







อธิธานคัพพท์

มหาวิทยาลัยพะเยา  
UNIVERSITY OF PHAYAO

ศูนย์บรรณสารและสื่อการศึกษา

## อภิธานศัพท์

NETEM	non ST–elevation myocardial infraction
ST	ตำแหน่ง wave ของคลื่นหัวใจ
VT	ventricular tachycardia
PTT	partial thromboplastin time
R-TPA	Recombinant tissue plasminogen activator
PCI	percutaneouse coronary intervention
PTCA	percutaneous transluminal coronary angioplasty
CABG	coronary artery bypass graft
LDL	Low Density Lipoprotain
HDL	High Density Lipoprotain









ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

## ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

ชื่อ นามสกุล	วิลาวัณย์ อินคำ
วัน เดือน ปี เกิด	30 กันยายน พ.ศ. 2527
ที่อยู่ปัจจุบัน	160 หมู่ 9 ตำบลเวียงชัย อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย 57210
ที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ
ประสบการณ์การทำงาน	พ.ศ. 2550 โรงพยาบาลโอเวอร์บรู๊ค เชียงราย
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2549 พย.บ. มหาวิทยาลัยพายัพ

