ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2553
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5177646736

FACTORS PREDICTING HEALTH PROMOTING LIFESTYLES IN PATIENTS AT RISK FOR CARDIOVASCULAR DISEASE IN SOUTHERN AREA

Miss Parichat Payukkaruk

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

530446

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้
โดย	นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. วีณา จีระแพทย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปาริชาติ พยัคมรักษ์ : ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้. (FACTORS PREDICTING HEALTH PROMOTING LIFESTYLES IN PATIENTS AT RISK FOR CARDIOVASCULAR DISEASE IN SOUTHERN AREA) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.ดร. รัตน์ศิริ ทาโต 152 หน้า.

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาระดับ ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ ด้านดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีคะแนนความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ≥ 5 ที่มารับบริการจาก 4 โรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้ จำนวน 259 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงโดยการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า .98, .95, .95, .96 และ .93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอน ผลการ วิจัยพบว่า

1. ระดับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม ($\bar{x}$ = 134.67, S.D = 17.22)

2. เพศชายและการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p < .05$)

3 อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้อุปสรรค สามารถร่วมกันทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2553..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5177646736: MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: HEALTH PROMOTING LIFESTYLES / PATIENTS AT RISK FOR CARDIOVASCULAR DISEASE / SOUTHERN AREA

PARICHAT PAYUKKARUK: FACTORS PREDICTING HEALTH PROMOTING LIFESTYLES IN PATIENTS AT RISK FOR CARDIOVASCULAR DISEASE IN SOUTHERN AREA. ADVISOR: ASSOC. PROF. RATSIRI THATO, Ph.D, R.N., 152 pp.

The purposes of this study were to examine health promoting lifestyles, its correlations and predictive factors from body mass index, sex, age, education level, income, perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, and interpersonal influences in patients at risk for cardiovascular disease in southern area . A theoretical framework used in study was the Health Promotion Model (Pender, 2006). Simple random sampling was used to recruit 259 patients having had risk score for cardiovascular disease ≥ 5 who came to receive services at 4 tertiary hospitals in the South. Questionnaires were used to collect personal data, perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, interpersonal influences, and health promoting lifestyles. The questionnaires were tested for their content validity by a panel of expert. Their Cronbach's alpha coefficients were .98, .95, .95, .96 and .93, respectively. Data were analyzed using bivariate correlations and stepwise multiple regression.

The results of this study demonstrated that: 1) Health promoting lifestyles of patients at risk for cardiovascular disease in southern area was at appropriate level ($\bar{x}$ = 134.67, S.D = 17.22) 2) Being male and perceived barriers were negatively related to health promoting lifestyles of patients at risk for cardiovascular disease in the South ($p<.05$). Perceived benefits, perceived self-efficacy and interpersonal influences were positively related to health promoting lifestyles of patients at risk for cardiovascular disease in the South ($p< .05$). 3) Interpersonal influences, perceived benefits, perceived self-efficacy, and perceived barriers were significant predictors of health promoting lifestyles of patients at risk for cardiovascular disease in the South ($p< .05$). They explained 29 percent of the variance in health promoting lifestyles.

Field of Study : .....Nursing Science..... Student's Signature.....Parichat payukkaruk

Academic Year :.....2010..... Advisor's Signature.....Ratsiri Thato

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาให้ความรู้ คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และมีค่าเป็นอย่างยิ่ง ในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัยตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเมตตา เอาใจใส่ ตลอดจนสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. วีณา จีระแพทย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่าและเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษาอันเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ และกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองใช้เครื่องมือ และที่สำคัญ คือ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ สมาชิกในครอบครัว ผู้ให้ความรักความเข้าใจและเป็นกำลังใจรวมทั้งสนับสนุนช่วยเหลือผู้วิจัยจนประสบความสำเร็จการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พี่ๆ น้องๆเพื่อนๆ โรงพยาบาลท่าชนะและสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อนๆ Flexible รุ่น 9 เจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ และขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่พิจารณาอนุมัติทุนสนับสนุนการวิจัยในการทำวิจัยครั้งนี้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ..... ช

สารบัญตาราง..... ญ

สารบัญภาพ..... ฏ

บทที่

1 บทนำ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... 6

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 6

ขอบเขตของการวิจัย..... 11

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 11

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 14

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 15

โรคหัวใจและหลอดเลือด..... 16

แนวทางป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

โรคหัวใจและ หลอดเลือด..... 20

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์..... 23

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด..... 37

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด..... 41

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 44

กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 51

บทที่		หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย	52
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	61
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	63
	การวิเคราะห์ข้อมูล	65
4	ผลการวิจัยและอภิปรายผล	66
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	77
	สรุปผลการวิจัย	79
	การอภิปรายผลการวิจัย	80
	ข้อเสนอแนะ	103
รายการอ้างอิง		106
ภาคผนวก		115
	ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือและจดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ	116
	ภาคผนวก ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	123
	ภาคผนวก ค. ใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วม	138
	ภาคผนวก ง. จดหมายขอเสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมและจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล	142
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์		152

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้	68
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของ ความรู้-ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้	71
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ จำแนกรายด้านและโดยรวม	72
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ	73
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ โดยวิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)	74
6	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (β) ของสมการการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธี Stepwise Regression	75

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised).....	25
2	กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยตามแนวคิดของ Pender (2006).....	51

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่กำลังเพิ่มขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลกได้สำรวจอุบัติการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผลกระทบ พบว่าในปี 2548 โรคไม่ติดต่อ ที่พบมากได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โดยโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นโรคที่คร่าชีวิตคนทั่วโลกปีละ 17 ล้านคน ซึ่งมีแนวโน้มจะเพิ่มเป็น 25 ล้านคน ใน พ.ศ.2563 ปัจจุบันภาวะสุขภาพของคนไทยกำลังอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรคติดเชื้อที่มีอัตราป่วยและตายสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประเทศไทย (คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552) โรคหัวใจและหลอดเลือด จึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2550 พบว่า อัตราผู้ป่วยในต่อแสนประชากร 5 ลำดับ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 782.38, 654.44, 262.34, 206.34 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งทุกโรคมีอัตราการป่วยที่สูงขึ้นเป็น 4.95, 4.40, 5.35, 2.75 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2540 (นิตยา พันธุเวช และ นุชรี อาบสุวรรณ, 2552) ส่วนอัตราผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2550 มี 24.3 ต่อประชากร 100,000 คน เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2543 ที่มีอัตราผู้เสียชีวิต 18.9 ต่อประชากร 100,000 คน (คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552) โดยคนไทยเข้ารับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองตีบในปี 2549 เฉลี่ยวันละ 363 คน/ประชากรแสนคน เพิ่มจากปี พ.ศ. 2537 ถึง 9.5 เท่า (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2549)

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease: CVD) หมายถึง โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) และโรคหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral artery disease) (วิจิตรา กุสุมภ์, 2546) ทั้งสามโรคนี้มีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) ถ้าเกิดที่หลอดเลือดหัวใจจะทำให้เกิดการอุดตันและหัวใจขาดเลือดแต่ถ้ามีการปริแตกของหลอดเลือดแดง จะมีก้อนเลือดไปอุดตันเส้นเลือดหัวใจ เกิดภาวะหัวใจตาย ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้าน อายุ เพศ ปัจจัยพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย อาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และปัจจัย

ด้านสรีระ เช่นความดันเลือด ไขมัน และเบาหวาน (Dahlof, 2010; Gustafsson, 2009; Mackay and Mensah, 2004; World Heart Federation, 2009; O'Donnell and Elosua, 2008; สุกิจแย้มวงษ์, 2548) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอยู่ในชุมชน ควรได้รับการประเมินและคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งสามารถทำได้ในระดับปฐมภูมิเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่นานจะทำลายอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ สมอง ด้วยการทำให้หลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้นและตีบแคบลง ส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะลดลง หากไม่ได้รับการรักษาจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2551) จากการศึกษาในประชากรการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย พบว่าความดันเลือดตัวบนที่สูงขึ้นทุกๆ 10 มิลลิเมตรปรอทจะเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 1.3 เท่า และทุกๆ 5 มิลลิเมตรปรอท ของความดันตัวล่างที่สูงขึ้นจะเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 1.5 เท่า (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีภาวะเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้นถึง 2 – 4 เท่าของบุคคลทั่วไป (National Diabetes Education Program, 2009) เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นจะเป็นตัวเร่งให้หลอดเลือดแดงทั่วร่างกายเกิดการเสื่อมสภาพทั้งหลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจ สมอง ไต และแขนขา ทำให้เกิดการตีบตันของหลอดเลือด(มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549) ระดับไขมันในเลือดที่สูงจะทำให้มีก้อนไขมันเกาะและอุดตันอยู่บริเวณผนังหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดหนา การไหลเวียนของเลือดภายในหลอดเลือดลดลง หรืออาจจะตีบตันจนไม่สามารถผ่านไปได้ ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงที่อวัยวะนั้น (พรรณราย เลอวัฒนกิจถาวร, 2551) ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้เซลล์บุผนังหลอดเลือดไม่แข็งแรง เป็นช่องทางให้โคเลสเตอรอลโดยเฉพาะ LDL เคลื่อนลงไปฝังตัวใต้ชั้นเยื่อบุผนังหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดหนา การไหลเวียนของเลือดภายในหลอดเลือดลดลง ทำให้อวัยวะที่หลอดเลือดนั้นไปเลี้ยงขาดเลือด เช่น หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง (เศวต นนทกานันท์, 2551) การศึกษาในประชากรการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่จะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 2.2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549) บุคคลใดมีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยร่วมกันมีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น (ปิยะมิตร ศรีธรา, 2550; สุกิจ แย้มวงษ์)

ฉะนั้นเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (นวลตา อาภาคัพภะกุล, 2549) ตามแนวคิดของPender (2006) แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี (วาสนา ครุฑเมือง, 2547; ศุภวรรณ ป้อมจันทร์, 2551; สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551) สำหรับผู้ป่วยเบาหวานพบว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงดี (กรรณิกา ลองจำนงค์, 2547; ชลธิชา เรือนคำ, 2547; อโณทัย ตั้งธนะพงษา, 2551; สุพิมพ์ อุ่นพรม, 2550)

ซึ่ง Pender (2006) ได้กล่าวไว้ว่าบุคคลจะลงมือปฏิบัติกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตได้นั้น เป็นผลมาจากปัจจัยหลัก 2 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคลิกลักษณะและประสบการณ์ของบุคคลประกอบด้วย พฤติกรรมดั้งเดิมและปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านความรู้และความรู้สึกนึกคิดที่จำเพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดีขึ้น

ภาคใต้มีวัฒนธรรมที่มีลักษณะเฉพาะ คือ รับประทานข้าวเจ้า อาหารที่มีรสจัดเช่น เผ็ดจัด เปรี้ยวจัด (เอกวิทย์ ณ ถลาง, 2540) ซึ่งเป็นภูมิปัญญาที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษที่เชื่อว่าการบริโภคอาหารที่มีธาตุไฟมากๆ จะให้พลังงานและความร้อนมากเหมาะในการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ร้อนช่วยสร้างพลังงานชดเชยช่วยกระตุ้นการทำงานของหัวใจ ถ้าเป็นแกงจะมีรสกะปิเข้ม เมื่อรับประทานอาหารคาวเสร็จมักมีขนมหวานหรือผลไม้ตามเรียกว่า "ลบปาก" ผู้ใหญ่มักลบปากด้วยการสูบบุหรี่หรือกินหมาก (วุฒิชัย เพิ่มศิริวาณิชย์ และ สุทธิพงษ์ ทิพชาติโยธิน, 2550) รวมทั้งมีการบริโภคอาหารทะเลซึ่งมีคอเลสเตอรอลสูงสืบเนื่องอยู่เป็นนิจ เนื่องจากเป็นภาคที่มีพื้นที่ติดกับทะเล มีความสมบูรณ์ของอาหาร ประชาชนจึงนิยมรับประทานอาหารทะเลซึ่งมีคอเลสเตอรอลสูง (เสมอพร สังวาสี, 2549) การนิยมบริโภคอาหารที่มีรสเปรี้ยวจัด เค็ม อาหารที่มีไขมันและอาหารสำเร็จรูปมากขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตที่ละทิ้งพื้นดินเกษตรและพื้นทะเลเข้าสู่ระบบโรงงานที่ทำงานตามช่วงเวลา เงินเข้ามามีส่วนสำคัญในการดำเนินชีวิตมากขึ้น ทำให้ระบบและวิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่ขอให้มีสุขภาพดี เป็นขอให้มีสุขภาพดีเพื่อจะได้ทำงานหาเงินได้มากๆ (นวลตา อาภาคัพกุล, 2549) มีการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการอำนวยความสะดวก และมีการใช้ชีวิตแบบคนเมือง รวมทั้งการออกกำลังกายที่ลดน้อยลงเนื่องจากมีการนำเครื่องทุ่นแรงมาใช้ในการประกอบอาชีพมากขึ้น เช่น การใช้รถไถแทนวัวควาย ทำให้มีการออกแรง ออกเหงื่อจากการทำงานน้อยลง (วุฒิชัย เพิ่มศิริวาณิชย์ และ สุทธิพงษ์

ทิพชาติโยธิน, 2550) ซึ่งการมีบริบทของวัฒนธรรมการรับประทานอาหาร และการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตดังกล่าว ล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2551)ของประชาชนในภาคใต้

ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดภาคใต้มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพถูกต้องเหมาะสม พยาบาลจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่กำหนดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่ายังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด งานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้ได้ทบทวนงานวิจัยในกลุ่มความดันโลหิตสูง เบาหวานและกลุ่มประชากรอื่น ที่ใช้แนวคิดของเพนเดอร์เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์ ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านดัชนีมวลกาย ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยนี้ ด้านเพศพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเพศหญิง (อินทราพร พรมปราการ, 2541 อ้างถึงใน โสภิต ทิพย์รัตน์, 2551) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (อารักขา ใจธรรม, 2546; สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551) ด้านอายุพบว่าผู้ป่วยยาเสพติด อายุต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกัน (ลัดดา ขอบทอง, 2548) ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (ตรีพร ชุมศรี, 2548) บางการศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของอารักขา ใจธรรม (2546) และสุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) ด้านรายได้พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (อารักขา ใจธรรม, 2546) ในผู้ป่วยเบาหวาน (กรรณิกา ลองจำนง, 2547) ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (ตรีพร ชุมศรี, 2548) บางการศึกษาพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551) ในผู้สูงอายุมุสลิม (โสภิต ทิพย์รัตน์, 2551) ระดับการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (อารักขา ใจธรรม, 2546) ในผู้ป่วยเบาหวาน (กรรณิกา ลองจำนง, 2547)ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (ตรีพร ชุมศรี, 2548) บางการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551) ในผู้สูงอายุมุสลิม (โสภิต ทิพย์รัตน์, 2551)

ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมพบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (อารักขา ใจธรรม, 2546; สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551; กรรณิกา ลองจำนง, 2547; ตรีพร ชุมศรี, 2548) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (อารักขา ใจธรรม, 2545; อโณทัย ตั้งธนะพงษา, 2551; ตรีพร ชุมศรี, 2548) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (อโณทัย ตั้งธนะพงษา, 2551; ตรีพร ชุมศรี, 2548) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ตรีพร ชุมศรี, 2548) การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนและอิทธิพลระหว่างบุคคลของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ (วาสนา ครุฑเมือง, 2547; อารักขา ใจธรรม, 2545; ชลธิชา เรือนคำ, 2547; ตรีพร ชุมศรี, 2548)

จากการที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ซึ่งปัญหาดังกล่าวสามารถป้องกันได้ หากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง หรือมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องซึ่งในงานนี้มีความหมายเหมือนกันและใช้แทนกัน โดยผู้วิจัยมุ่งศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในเขตภาคใต้ ซึ่งมีวัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อด้านสุขภาพรวมทั้งสภาพเศรษฐกิจที่แตกต่างจากภาคอื่นๆ (เอกวิทย์ ณ ถลาง, 2540) โดยใช้แนวคิดของ Pender (2006) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในด้านการส่งเสริมสุขภาพ งานวิจัยนี้จะเป็นพื้นฐานสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงนี้เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อไป

คำถามการวิจัย

1. แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้เป็นอย่างไร

2. ปัจจัยส่วนบุคลได้แก่ ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้

ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้หรือไม่ อย่างไร

3. ปัจจัยส่วนบุคลได้แก่ ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถร่วมกันทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ จากปัจจัยส่วนบุคคลด้าน ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน อายุ เพศ ปัจจัยพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย อาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และปัจจัยด้านสรีระ เช่น ความดันเลือด ไขมัน และเบาหวาน (Dahlof, 2010; Gustafsson, 2009; Mackay and Mensah, 2004; World Heart Federation, 2009; O'Donnell and Elosua, 2008; สุกิจแย้มวงษ์, 2548) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล จึงควรได้รับการประเมินและคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้ ในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (นวลตา อาภาคัพภะกุล, 2549) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น

โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน พบว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมไม่เหมาะสม (วาสนา ครุฑเมือง, 2547; ศุภวรรณ ป้อมจันทร์, 2551; สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551) ทำให้ผู้ป่วยดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (O'Donnell and Elosua, 2008) ทั้งนี้การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่นั้น Pender (2006) กล่าวว่า ขึ้นอยู่กับ 1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมประกอบด้วย พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตและปัจจัยส่วนบุคคลและ 2) ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลด้านสถานการณ์ ทั้งนี้งานวิจัยนี้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ประกอบด้วยด้านดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ และระดับการศึกษา ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่

ดัชนีมวลกาย เป็นอัตราส่วนที่เหมาะสมและสมดุลระหว่างน้ำหนักและส่วนสูง เป็นเครื่องบ่งชี้สำคัญที่บอกถึงภาวะสุขภาพของบุคคล ค่าปกติของคนที่สุขภาพดีอยู่ในช่วง 18.5-23 ค่าดัชนีมวลกายจะสูงขึ้นตามอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด (พนอ อัศวรุจานนท์ และคณะ, 2547) ฉะนั้นจึงคาดได้ว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายมาก มักมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านการโภชนาการไม่ดี มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด

เพศ เป็นความแตกต่างทางร่างกาย และเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดีของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จากการศึกษาของอินทราพร พรมปราการ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเพศหญิง (อินทราพร พรมปราการ, 2541 อ้างถึงใน โสภิต ทิพย์รัตน์, 2551) แต่เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (อารักขา ใจธรรม, 2546; สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551) ฉะนั้นจึงคาดว่าเพศอาจจะมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

อายุ เป็นข้อบ่งชี้ถึงความแตกต่างของบุคคลในด้านการพัฒนาวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดจากการศึกษาของลัดดา ขอบทอง (2548) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยยาเสพติดพบว่าอายุต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกัน แต่จากการศึกษาของอารักขา ใจธรรม (2546) และสุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ฉะนั้นจึงคาดว่าอายุอาจจะมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

รายได้ เป็นข้อบ่งชี้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จากการศึกษาของอารักขา ใจธรรม (2546) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา ลองจำนงค์ (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และการศึกษาของตรีพร ชุมศรี (2548) ที่ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ ฉะนั้นจึงคาดว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

ระดับการศึกษา เป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคลที่มีผลต่อการพัฒนาการเรียนรู้ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับข้อมูลข่าวสาร มีการเรียนรู้ประสบการณ์ต่างๆ สามารถตัดสินใจและพิจารณาสิ่งต่างๆได้ จากการศึกษาของศุภวรรณ ป้อมจันทร์ (2551) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิกา ลองจำนงค์ (2547)ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน และการศึกษาของตรีพร ชุมศรี (2548) ที่ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ฉะนั้นจึงคาดว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการรับรู้ถึงผลดีที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ การวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใดๆ ขึ้นอยู่กับการประเมินถึงผลประโยชน์ที่ได้รับโดยคำนึงถึงผลทางบวกของการกระทำพฤติกรรมนั้น (Pender, 2006) จากการศึกษาของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับ

การศึกษาของ อารักขา ใจธรรม (2545) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ การศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ กรรณิกา ลองจำนงค์ (2547) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ฉะนั้นจึงคาดว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ จากการศึกษาของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ อารักขา ใจธรรม (2545) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้การศึกษาของอโณทัย ตั้งธนะพงษา (2551) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ฉะนั้นจึงคาดว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อมั่นของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆ ได้เป็นผลสำเร็จ จากการศึกษาของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอโณทัย ตั้งธนะพงษา (2551) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานแฝงและการศึกษาของ ชลธิชา เรือนคำ (2547) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพของผู้สูงอายุเบาหวาน ฉะนั้นจึงคาดว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

อิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นความคิด ความเชื่อ หรือทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) บรรทัดฐานของสังคม หมายถึง ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลอื่นต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร จากครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือบุคคลทางสุขภาพ จากการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง (2547) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา ลองจำนงค์ (2547) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการศึกษาของชลธิชา เรือนคำ (2547)พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเบาหวาน ฉะนั้นจึงคาดว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

จากแนวเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้
2. ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้แก่การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้
3. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง

อิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถร่วมกันทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ได้

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนาย ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ตัวแปรต้น คือ ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล

ตัวแปรตามคือ แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ ปฏิบัติจนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมให้สุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจรวมทั้งการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวาสนา ครุฑเมือง (2547) ตามแนวคิดของPender (2006) ซึ่งประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านคือ

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ที่แสดงถึงความสนใจ ให้ความสำคัญในการเอาใจใส่ต่อสุขภาพ การสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับสุขภาพ
2. ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง วิธีการและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวของร่างกายของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งควรออกแรงอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที

3. ด้านโภชนาการ หมายถึง พฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารโดยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงและรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง การกระทำในการคบค้าสมาคมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้กับบุคคลอื่น ได้แก่ ครอบครัว(พ่อแม่ หรือพี่น้อง) กลุ่มเพื่อน และบุคลากรสาธารณสุขซึ่งจะทำให้ได้รับประโยชน์ในด้านการได้รับการสนับสนุนและการช่วยเหลือ

5. ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การแสดงออกถึงความกระตือรือร้นของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ การให้ความสำคัญกับชีวิตและการกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว

6. ด้านการจัดการความเครียด หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ ปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด รวมทั้งการแสดงออกทางอารมณ์และการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม

ดัชนีมวลกาย หมายถึง ตัวเลขที่แสดงถึงค่าความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักกับส่วนสูงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าเป็นหญิงหรือชายของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

อายุ หมายถึง จำนวนตัวเลขแสดงถึงจำนวนปีเต็ม นับจากวันเกิดจนถึงวันเข้าร่วมการวิจัยโดยเป็นผู้มีอายุ 20 – 60 ปี ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

รายได้ หมายถึง จำนวนตัวเลขที่แสดงถึงรายรับหรือจำนวนเงินที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดที่สำเร็จการศึกษาของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ แบ่งเป็น ไม่ได้เรียน ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. อนุปริญญา/ปวส. ระดับปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

การรับรู้ประโยชน์แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นหรือการรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการ

เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้โดยประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของ วาสนา ครุฑเมือง (2547)

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ โดยประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของ วาสนา ครุฑเมือง (2547)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆ ได้เป็นผลสำเร็จ โดยประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองของวาสนา ครุฑเมือง (2547)

อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายถึง ความคิด ความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) บรรทัดฐานของสังคม หมายถึง ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลอื่นต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร จากครอบครัว กลุ่มเพื่อนหรือบุคคลทางสุขภาพ โดยประเมินจากแบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคลของวาสนา ครุฑเมือง (2547)

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคใต้ ที่มีปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลด้าน อายุ เพศ ปัจจัยพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย อาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และปัจจัยเสี่ยงด้านสรีระ คือ ความดันเลือด ไขมัน และเบาหวาน ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี ซึ่งสร้างขึ้นโดย นายแพทย์สุกิจ แย้มวงษ์ (2548) โดยมีคะแนน ≥ 5

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. เป็นแนวทางในการทำวิจัยต่อเนื่องเพื่อขยายความรู้และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

3. เป็นการพัฒนาบทบาทของ APN ในการให้บริการเชิงรุก (Primary Prevention) เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนาย ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา เป็นลำดับดังนี้

1. โรคหัวใจและหลอดเลือด
   - 1.1. คำจำกัดความของโรคหัวใจและหลอดเลือด
   - 1.2. อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
   - 1.3. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. แนวทางป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
3. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
4. แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
   - 4.1. ความหมายของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
   - 4.2. ปัญหาแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้
   - 4.3. ผลกระทบของการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพไม่ดีของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
   - 4.4. การประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด
5. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
6. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคหัวใจและหลอดเลือด

1.1 คำจำกัดความของโรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease: CVD) หมายถึง ความผิดปกติของระบบการไหลเวียนเลือดที่มีผลต่อหัวใจ สมองและอวัยวะอื่นๆ โดยมีกลไกการเกิดโรคร่วมกันคือ เริ่มจากการแข็งตัวของผนังหลอดเลือดนำไปสู่การตีบแคบ การอุดตัน หรือการแตก ของหลอดเลือดในเวลาต่อมา ทำให้เนื้อเยื่อหรืออวัยวะเป้าหมายขาดเลือด ถูกกดทับจากลิ่มเลือด อาจแบ่งเป็น 3 กลุ่มโรคใหญ่ คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease: CHD) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral arterial disease: PAD) โดยกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุของการป่วยและเสียชีวิตที่สำคัญคือ โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี และ ประศักดิ์ สันติภาพ, 2547)

1.2 อุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด

จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2550 พบว่า อัตราผู้ป่วยในต่อแสนประชากร 5 ลำดับ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 782.38, 654.44, 262.34, 206.34 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งทุกโรคมีอัตราการป่วยสูงขึ้นเป็น 4.95, 4.40, 5.35, 2.75 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2540 (นิตยา พันธุเวช และ นุชรี อาบสุวรรณ, 2552) ส่วนอัตราผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2550 มี 24.3 ต่อประชากร 100,000 คน เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2543 ที่มีอัตราผู้เสียชีวิต 18.9 ต่อประชากร 100,000 คน (คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552) โดยคนไทยเข้ารับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองตีบในปี 2549 เฉลี่ยวันละ 363 คน/ประชากรแสนคน เพิ่มจากปี พ.ศ. 2537 ถึง 9.5 เท่า (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2549)

1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

การศึกษาเพื่อหาอุบัติการณ์ของโรค CVD ในประชากรไทย ซึ่งทำในพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย ใช้เวลาในการศึกษาต่อเนื่องเป็นเวลา 23 ปี พบว่าความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549)

1.3.1 ความดันโลหิตสูง หมายถึงระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอท ขึ้นไป (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551) ความดันโลหิตในประชากรทั่วไปเป็น unmodal distribution ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

(Cardiovascular disease: CVD) พบความเสี่ยงต่ำสุดในการเกิด CVD ที่ระดับความดันโลหิต 115-110 /75-70 มิลลิเมตรปรอท(พีระ บูรณกิจเจริญ, 2550) จากการศึกษาของ Framingham พบว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ 3 - 4 เท่า และโรคหลอดเลือดของสมอง 7 เท่า จากความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 10 มิลลิเมตรปรอท เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (อ้างถึงในมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549) จากการศึกษาในประชากรการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยพบว่าความดันโลหิตที่สูงขึ้นจะเพิ่มอัตราเสี่ยงเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือด 1.3 เท่า ทุกๆ 10 มิลลิเมตรปรอทของความดันตัวบน (Systolic blood pressure) ที่สูงขึ้นและ 1.5 เท่า ทุกๆ 5 มิลลิเมตรปรอทของความดันตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ที่สูงขึ้นในเวลา 12 ปี (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549)

1.3.1.1 <u>ผลต่อหัวใจ</u>

การที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรังทำให้หัวใจต้องบีบตัวต้านต่อความดันโลหิตที่สูง ผลที่ตามมาคือกล้ามเนื้อหัวใจต้องปรับตัวให้มีความหนามากขึ้น ทำให้เกิดภาวะ concentric left ventricle hypertrophy ในระยะแรกนี้ถ้าให้การรักษาที่เหมาะสมกล้ามเนื้อหัวใจที่หนาสามารถที่จะลดขนาดมาอยู่ในระดับปกติได้ หากไม่ได้รับการรักษากล้ามเนื้อหัวใจที่หนาขึ้นจะมีผลต่อ diastolic function ของ left ventricle ทำให้การไหลของเลือดจาก left atrium เข้า left ventricle ไม่เป็นปกติ ความดันใน left atrium เพิ่มขึ้น และขยายตัวมากขึ้นทำให้เกิด left arrhythmia ในกรณีที่กล้ามเนื้อหัวใจหนามากๆอาจทำให้เกิดภาวะ diastolic heart failure ถ้าผู้ป่วยยังคงไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม left ventricle ที่หนาจะเริ่มขยายตัวออก กล้ามเนื้อที่หนาจะเริ่มบางตัวลง left ventricle cavity จะเพิ่มขึ้นในระยะแรกหัวใจยังสามารถมี systolic function ที่ดี ejection fraction ของ left ventricle จะยังไม่ลดลง หาก left ventricle ยังคงขยายตัวเพิ่มขึ้น ก็จะถึงจุดที่หัวใจไม่สามารถที่จะรักษาความสามารถ ในการทำงานของ left ventricle systolic function ได้ ทำให้ left ventricle ejection fraction ลดลงอย่างต่อเนื่องตามขนาดของ left ventricle ที่โตขึ้นและ left ventricular wall ที่บางลง จนในที่สุดจะเกิดภาวะ systolic heart failure ในกรณีที่พยาธิสภาพดำเนินมาถึงขั้นตอนนี้ จะไม่สามารถกลับไปสู่ภาวะปกติได้แม้ว่าจะได้รับการรักษาควบคุมความดันอย่างเต็มที่ (วิทยา ศรีมาดา, 2550)

ความดันโลหิตที่สูงจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้จากภาวะ accelerated atherosclerosis มีผลให้ coronary artery ตีบและเกิดภาวะ myocardial ischemia ในขณะที่ภาวะ left ventricle hypertrophy ทำให้หัวใจมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นหากทั้งสองปัจจัยนี้เป็นไปอย่างต่อเนื่องจะนำไปสู่โรคหัวใจโคโรนารี และมีโอกาสเกิด myocardial infarction ได้มากกว่าคน

ปกติ ซึ่งจะเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในกรณีที่ความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง (accelerated hypertension) หัวใจจะต้องปรับตัวรับกับ peripheral systemic vascular resistance ที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ถ้ากล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถที่จะบีบตัวสู้กับความต้านทานที่เกิดขึ้นได้ทำให้เกิดภาวะ acute left ventricular failure (วิทยา ศรีมาดา, 2550)

1.3.1.2 ผลต่อสมอง

ภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นในระยะเวลานานจะทำให้เกิดความผิดปกติระบบประสาทส่วนกลางจากการที่หลอดเลือดแดงตีบแคบลงจนอุดตันทำให้เกิด

1.3.1.2.1 cerebral infarction เกิดมาจากผลของการเพิ่ม atherosclerosis ที่ทำให้หลอดเลือดแดงตีบมากขึ้น เลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงจนทำให้เกิดอาการทางสมองในบางครั้งอาจมีการแตกของ atherosclerotic plaque ทำให้หลอดเลือดแดงเกิดการอุดตันอย่างเฉียบพลันผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการacute cerebrovascular disease (วิทยา ศรีมาดา, 2550)

1.3.1.2.2 cerebral hemorrhage เกิดจากการเพิ่มของความดันโลหิตร่วมกับการเกิด cerebral vascular micro aneurysms การเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตอย่างรวดเร็วและรุนแรงทำให้เกิดการแตกของ micro aneurysms ผลต่อระบบประสาทจะขึ้นกับตำแหน่งที่เกิดการแตกและผลของความดันที่เพิ่มมากขึ้นในกะโหลกศีรษะ (วิทยา ศรีมาดา, 2550)

1.3.2 เบาหวาน เป็นความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม จากการมีระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูง(hyperglycemia) อันเป็นผลมาจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลินทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในร่างกายไปใช้ได้เต็มที่ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ระดับน้ำตาลที่สูงที่เป็นอยู่นานเป็นตัวเร่งสำคัญที่ทำให้เกิดการเสื่อมและตีบตันของหลอดเลือดแดงส่วนปลายและขนาดใหญ่ตีบ (macro- angiopathy) ทำให้มีภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้นเป็น 2 – 4 เท่า ของบุคคลทั่วไป (National Diabetes Education Program, 2009; คณะสาธารณสุขศาสตร์, 2552) ผู้ป่วยเบาหวานอาจเป็นโรคหัวใจได้ 2 ลักษณะ คือ เมื่อหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงหัวใจเสื่อมจากเบาหวานร่วมกับการที่มีไขมันในเลือดสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแข็ง (artherosclerosis) ทำให้เกิดการตีบของหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ หัวใจขาดเลือด และหากมีการอุดตันก็จะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายตามมา นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยเบาหวานบางรายกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวน้อยกว่าปกติ แต่หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจไม่ได้ตีบตัน กลุ่มนี้เชื่อว่าเกิดจากหลอดเลือดฝอยเล็กๆที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากเบาหวาน (วิทยา ศรีมาดา, 2543) จากการศึกษาในประชากรการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย จำนวน 3,318 ราย พบว่าผู้เป็น

เบาหวานมีอัตราเสี่ยงในการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน 3.3 เท่า

1.3.3 ภาวะไขมันผิดปกติ คือ ภาวะที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญไขมันในร่างกาย ทำให้ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดสูง มีการสะสมของไขมัน หากมีการสะสมเป็นเวลานาน ก้อนไขมันจะเกาะและอุดตันอยู่บริเวณผนังหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดหนา ทำให้การไหลเวียนของเลือดภายในหลอดเลือดลดลง หรืออาจจะตีบตันจนไม่สามารถผ่านไปได้ ทำให้อวัยวะที่หลอดเลือดนั้นไปเลี้ยงขาดเลือด เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Artherosclerosis) และทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) (พรรณราย เลอวัฒนกิจถาวร, 2551) การศึกษาในพนักงานไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย พบว่าระดับ TC ที่สูงขึ้น ไม่ได้เพิ่มอัตราเสี่ยงของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ทุกระดับ HDL–C ที่สูงขึ้น 0.2 mmol/l จะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลงประมาณร้อยละ 30 ส่วน LDL–C และ TG ยังไม่มีข้อสรุป (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549)

1.3.4 การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้เซลล์บุผนังหลอดเลือดไม่แข็งแรง เป็นช่องทางให้โคเลสเตอรอล โดยเฉพาะ LDL เคลื่อนลงไปฝังตัวใต้ชั้นเยื่อบุผนังหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดหนา การไหลเวียนของเลือดภายในหลอดเลือดลดลง หรืออาจจะตีบตันจนไม่สามารถผ่านไปได้ ทำให้อวัยวะที่หลอดเลือดนั้นไปเลี้ยงขาดเลือด เช่น หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง (เศวต นนทกานันท์, 2551) การศึกษาในประชากรการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่จะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 2.2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549)

1.3.5 ภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายหรือ Body mass index > 30) เป็นเครื่องบ่งชี้สำคัญที่บอกถึงภาวะสุขภาพของบุคคล ค่าปกติของคนที่สุขภาพดีอยู่ในช่วง18.5-23 ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด (พนอ อัศวรุจานนท์และคณะ, 2547)

1.3.6 อายุ เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดแข็งตัวหนาขึ้น ความยืดหยุ่นน้อยลง ประกอบกับมีแคลเซียมและไขมันมาเกาะหลอดเลือดมากขึ้น จึงเกิดหลอดเลือดอุดตันได้ง่าย ทำให้การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดหัวใจน้อยลง หัวใจจึงได้รับออกซิเจนน้อยลง (สุนทร ตัณฑนันทน์, 2550) เพศชาย อายุ 35-60 ปี มีอัตราเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง โดยอายุการเกิดโรคของเพศหญิงจะช้ากว่าเพศชาย เฉลี่ย 7-10 ปี ส่วนผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด จะเป็นคนวัยทำงานที่มีอายุ 35-60 ปี (ปิยะมิตร ศรีธารา, 2551)

2. แนวทางการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

<u>การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention)</u>

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มีภาวะไขมันในเลือดสูง อ้วน สูบบุหรี่ ผู้ป่วยทีมีปัจจัยเสี่ยงมากย่อมมีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดบุคคลดังกล่าวจำเป็นต้องมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดี ทั้งนี้โดยต้องปฏิบัติตนดังนี้

1. งดการสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้เซลล์บุผนังหลอดเลือดไม่แข็งแรง เป็นช่องทางให้โคเลสเตอรอล โดยเฉพาะ LDL เคลื่อนลงไปฝังตัวใต้ชั้นเยื่อบุผนังหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดหนา การไหลเวียนของเลือดภายในหลอดเลือดลดลง หรืออาจจะตีบตันจนไม่สามารถผ่านไปได้ ทำให้อวัยวะที่หลอดเลือดนั้นไปเลี้ยงขาดเลือด เช่น หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง (เศวต นนทกานันท์, 2551) นอกจากนี้ยังเพิ่มอัตราการเต้นของชีพจร ระดับความดันโลหิต การบีบตัวของหัวใจ ทำให้หัวใจมีความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น (เรวัตร พันธ์กิ่งทองคำ และ ประดิษฐ์ ปัญจวีณีน อ้างถึงใน ศุภวรรณ ป้อมจันทร์, 2551)

2. ส่งเสริมให้มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดี ตามรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender(2006)

2.1. ด้านความรับผิดชอบต่อหน้าที่

2.1.1. รับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่ควรหยุด เพิ่ม ลดยาหรือลืมรับประทานยา (สมจิต หนุเจริญกุล, 2541) ไม่ควรซื้อยารับประทานเองเพราะอาจได้รับยาที่มีผลต่อยาลดความดันโลหิตหรือยาเบาหวาน การรับประทานยาอาจทำให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงของยาจนทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา

2.1.2. สังเกตอาการผิดปกติภายหลังรับประทานยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา หากมีอาการผิดปกติ ควรปรึกษาแพทย์ไม่หยุดหรือซื้อยารับประทานเอง

2.1.3. เมื่อต้องไปพบแพทย์เพื่อรักษาโรคอื่นควรแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับการได้รับยา เช่นยาลดความดันโลหิต ยาเบาหวาน เพื่อป้องกันการได้รับยาที่เสริมหรือต้านฤทธิ์ยา

2.1.4. ผู้ป่วยอาจเกิดอาการจากโรค เช่น เกิดความดันโลหิตลดต่ำลงอย่างเฉียบพลัน โดยเฉพาะความดันโลหิตต่ำในท่ายืน เมื่อมีอาการหน้ามืดเป็นลม ควรยกขาให้สูงกว่าศีรษะ เวลาเปลี่ยนท่าจากท่านอนเป็นท่านั่งหรือท่ายืน ควรเคลื่อนไหวช้าๆ และหลีกเลี่ยงการ

ยืนนานๆ โดยเฉพาะ 1-2 ชั่วโมง หลังรับประทานยา (สมจิต หนุเจริญกุล, 2541) ผู้ป่วยเบาหวานอาจมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำทำให้มีอาการใจสั่น เหงื่อออก ควรมีลูกอมติดตัวไว้เสมอ

2.1.5. ควรระมัดระวังในการขับรถหรือการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร1-2 ชั่วโมงหลังรับประทานยา เนื่องจากยาอาจทำให้ง่วงซึม

2.1.6. หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เบียร์ ขณะรับประทานยา เช่น ยาลดความดันโลหิต เพราะอาจเกิดปฏิกิริยาต่อยาได้และทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ (Hypoglycemia)

2.1.7. การมาตรวจตามนัดการตรวจร่างกายประจำปี การพูดคุยกับบุคลากรด้านสุขภาพ การบอกเล่าอาการเปลี่ยนแปลงให้แก่แพทย์แลพยาบาลทราบเพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

2.1.8. การสนใจหาความรู้และแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับโรคตามสื่อต่างๆทั้งด้านบุคคลและเทคโนโลยีเพื่อการปฏิบัติ

2.2. ด้านโภชนาการ

2.2.1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มมากขึ้น เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มชา กาแฟ พบว่าการลดการดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับความดันโลหิต เนื่องจากคนที่ดื่มสุรามาก ทำให้ความดันโลหิตทั้งซีสตอลลิคและไดแอสตอลลิคสูงขึ้น และถ้าดื่มเป็นประจำจะทำให้ยาลดความดันโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งยังเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 135/85 มิลลิเมตรปรอท และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ HbA1c ต่ำกว่า 7% ในผู้ป่วยเบาหวาน ต้องมีการควบคุมอาหารซึ่งไม่ใช่การอดอาหาร แต่ปรับสัดส่วนของอาหารให้มีอาหารที่มีแคลอรีต่ำแทนที่อาหารที่มีแคลอรีสูง ผู้ป่วยควรบริโภคให้ครบ 5 หมู่ โดยมีจำนวนและสัดส่วนที่พอเหมาะแก่ความต้องการ ในสัดส่วนคาร์โบไฮเดรต :ไขมัน :โปรตีน เท่ากับ 50-60% : 30% : 10-20% การแบ่งมื้ออาหารควรแบ่งเป็น 6 มื้อเล็ก ๆ ต่อวัน โดยแบ่งเป็นมื้อหลัก 3 มื้อ ร่วมกับอาหารเสริม 2-3 มื้อ คือตื่นนอนตอนเช้า ตอนบ่ายและก่อนนอนเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำตอนดึก เลี่ยงอาหารหรือผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ขนุน ทุเรียน น้อยหน่า ควรรับประทานผักประเภทใบต่าง ๆ เพราะมีกากและเส้นใยมาก ใช้น้ำมันถั่วเหลืองหรือน้ำมันข้าวโพดแทนน้ำมันหมู หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันมาก เช่น หมูสามชั้น อาหารทอด แกงกะทิ เครื่องในสัตว์นอกจากจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

และยังมีผลให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ซึ่งควรควบคุมระดับคอเลสเตอรอล LDL ต่ำกว่า 115 มก./ดล. และควรควบคุมระดับไตรกลีเซอไรด์ ต่ำกว่า 150 มก/ดล.

2.3. ด้านการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่ใช้ควบคุมความดันโลหิต สามารถลด SBP ได้ 8-18 มิลลิเมตรปรอท และ DBP 5-16 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากการออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีความแข็งแรง หลอดเลือดมีความยืดหยุ่น ช่วยป้องกันการตีบแคบและอุดตันของหลอดเลือด ช่วยลดแรงต้านภายในหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลง ในผู้ป่วยเบาหวานจะช่วยให้ร่างกายลดภาวะดื้ออินซูลิน ขณะเดียวกันยังช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลดน้ำหนักตัว รวมทั้งเป็นผู้ที่มีอารมณ์และจิตใจแจ่มใสและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การออกกำลังกายเป็นกุญแจพื้นฐานที่สำคัญในการบำบัดช่วยให้น้ำหนักลดลง กล้ามเนื้อแข็งแรง สมรรถภาพการทำงานของหัวใจและการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น (Moriguchi, J et al, 2005) ป้องกันการเสียชีวิต และโรคแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดแข็งและสามารถลดความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย และระบบประสาทซิมพาทิติก (Miyai N, 2001) รวมทั้งลดไขมัน LDL และ C-Reactive Protein ที่มีผลต่อการสูญเสียหน้าที่ของเอ็นโดทีเลียล การออกกำลังกายเพียงอย่างเดียวช่วยลดความดัน SBP5-25 มิลลิเมตรปรอท DBP3-25 มิลลิเมตรปรอท (Janet P. Wallace, 2003) ในผู้ป่วยเบาหวานทำให้ร่างกายใช้น้ำตาลเป็นพลังงานส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

2.4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานยังคงมีความต้องการที่จะติดต่อทางสังคมเช่นเดียวกับบุคคลอื่น ได้แก่ สมาชิกครอบครัว เพื่อนบ้านหรือบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ตลอดจนมีการปรึกษาขอคำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมด้านนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการปฏิบัติมากขึ้น มีความรู้และความเข้าใจตลอดจนคลายความกังวลจากการได้พูดคุยปรึกษากับบุคคลที่ไว้วางใจ เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของสังคมโดยการทำบุญ ตักบาตร เข้าร่วมงานตามประเพณี

2.5. ด้านการจัดการความเครียด

ความเครียดเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยความเครียดมีผลต่อไฮโปทาลามัส กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง เพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก มีผลเพิ่มการบีบตัวของหัวใจทำให้หลอดเลือดมีการหดตัวและเพิ่มปริมาณของเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที นอกจากนี้ความเครียดกระตุ้นให้มีการดูดกลับของโซเดียม

เพิ่มปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนมีผลเพิ่มความดันโลหิต ดังนั้นการจัดการกับความเครียดจึงเป็นการปฏิบัติกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด ตลอดจนให้มีการปรับตัวและแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม เช่น การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การทำงานบ้าน การออกกำลังกาย การพูดคุยปรึกษาระบายความคับข้องใจกับบุคคลที่ไว้วางใจ การอ่านหนังสือ ฟังเพลงซึ่งจะช่วยให้ผ่อนคลายและเป็นผลดีต่อการควบคุมรักษาภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

2.6. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรัง ที่มีผลต่อร่างกายของผู้ป่วยทำให้ร่างกายอ่อนแอ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลงต้องพึ่งพาครอบครัว ทั้งในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและสูญเสียรายได้ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ อ้างถึงใน ศุภวรรณ ป้อมจันทร์, 2551) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานอาจเกิดความขัดแย้งด้านจิตใจจากการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้คิดว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ความมีคุณค่าในตนเองลดลง จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดคุยปรึกษากับผู้ป่วยอื่น สนับสนุนการทำกิจกรรมในเวลาว่าง เช่น ปลูกต้นไม้ สวดมนต์ไหว้พระ หรือบำเพ็ญประโยชน์ในชุมชน

3. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

ในปี ค.ศ. 1975 เพนเดอร์ (Pender) ได้พัฒนาแบบจำลองการป้องกันสุขภาพที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการ ตัดสินใจและการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค จุดเน้นของบทบาทการพยาบาลตามแนวคิดของเพนเดอร์ในสมัยนั้นเน้นที่การป้องกัน และคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณชน ต่อมาเพนเดอร์ได้เห็นความจำกัดของมโนทัศน์การป้องกันสุขภาพ คือ เป็นมโนทัศน์ทางสุขภาพเชิงลบเพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการหลีกเลี่ยงแต่ การยกระดับสุขภาพหรือมีความเป็นอยู่ที่ดีนั้น บุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นมโนทัศน์เชิงบวก เพนเดอร์จึงเสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ.1982 และมีการปรับปรุงแบบจำลองเป็นระยะซึ่งแบบจำลองสุดท้ายได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดต่อไป

1. ข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลอง

1.1. บุคคลแสวงหาภาวะการณ์ของชีวิตที่สร้างสรรค์โดยการแสดงความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน

1.2. บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเองรวมทั้งความสามารถในการประเมินสมรรถนะตนเอง

1.3. บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะบรรลุความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับการมั่นคง

1.4. บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง

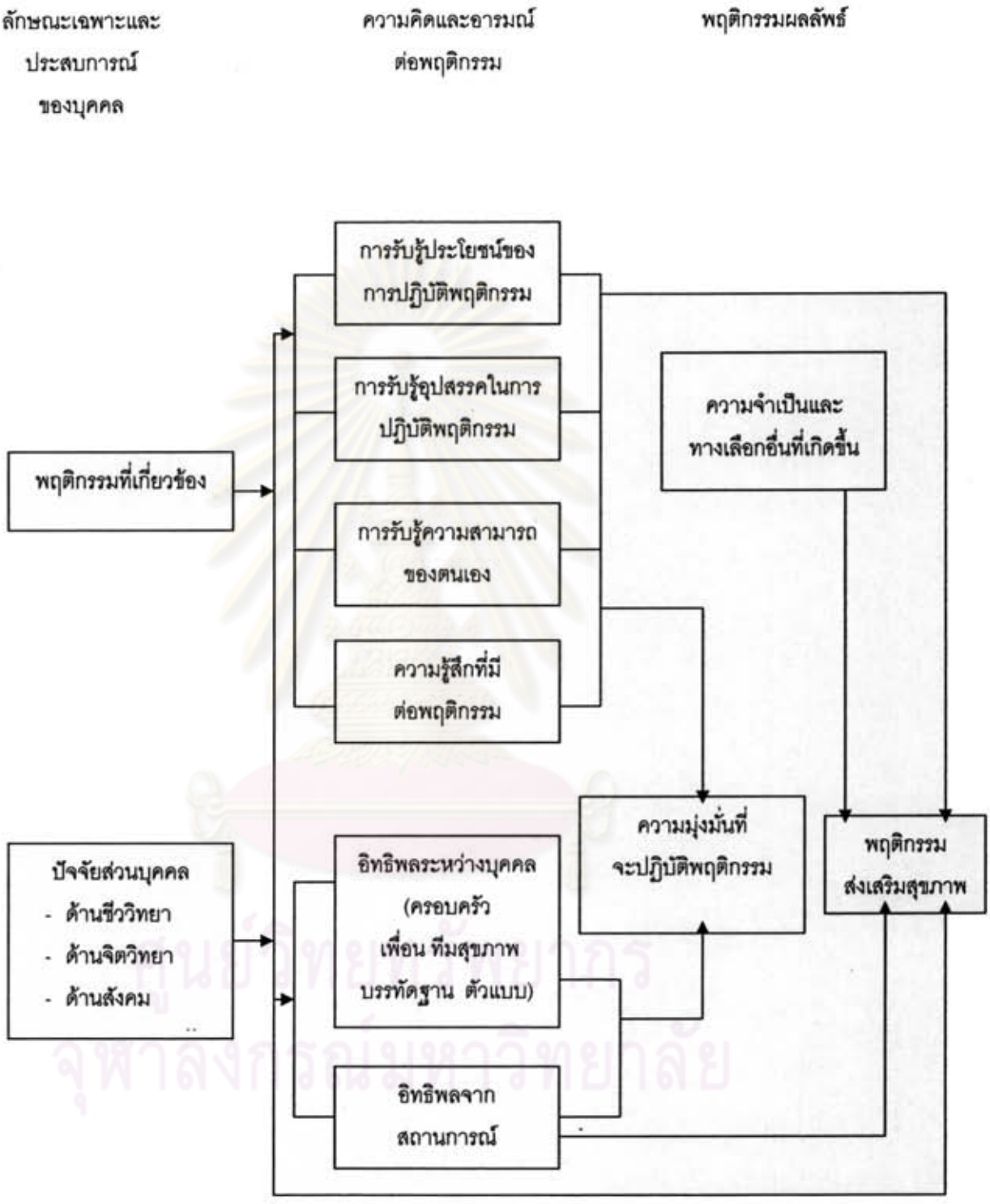
1.5. บุคคลซึ่งประกอบด้วยกาย จิต สังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง

1.6. บุคลากรด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต

1.7. การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. สาระของทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006 : 1 – 12) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดรู้ซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม นอกจากนี้ การพัฒนาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่างๆที่เกิดจากการ ทดสอบแบบจำลองโดยการศึกษาตัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อยๆในแบบจำลอง ซึ่งแบบจำลองที่ได้ปรับปรุง ใน ปี ค.ศ. 2006 สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งแนวทางในการสร้างสมมติฐานสำหรับการนำไปทดสอบหรือการทำวิจัยตลอดจนผสม ผสานผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพประกอบที่ 1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised)

ที่มา (Pender, N.J., Murdaugh, C.L. and Parsons, M.A., 2006 : 50)

3. มโนทัศน์หลักของแบบจำลอง

มโนทัศน์หลักของแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล อารมณ์และการคิดรู้ที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมโดยอธิบายปัจจัยที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, N.J., Murdaugh, C.L. and Parsons, M.A., 2006 : 51 - 57) ดังนี้

ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences)ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในมโนทัศน์หลักนี้ เพนเดอร์ได้เสนอมโนทัศน์ย่อย คือ

3.1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors)

ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

3.1.1. ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดระดู ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย

3.1.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

3.1.3 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ ชาติพันธุ์ วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจโดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดรู้ที่เฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2 ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) เป็นมโนทัศน์หลักในการสร้างกลยุทธ์/กิจกรรมพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มโนทัศน์หลักนี้ ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อยทั้งหมด 5 มโนทัศน์ ดังนี้

3.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 61 ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง การให้คุณค่า (Expectancy-value theory) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว หรือการลด

ความรู้สึกเมื่อยล้า เป็นประโยชน์ภายใน ส่วนประโยชน์จากภายนอก เช่น การได้รับรางวัลเงินทอง หรือความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ในระยะแรกนั้นประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า ขนาดของความคาดหวังและความสัมพันธ์ชั่วคราวของประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เป็นผลกระทบอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมหรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นใน ทางบวกก็เป็นสิ่งจำเป็น แม้ว่าอาจจะไม่สำคัญแต่ก็จำเป็นในพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง

3.2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 79 ซึ่งการรับรู้อุปสรรคใน การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรค หรือสถานการณ์ต่างๆได้และรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

3.2.4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity - Related Affect) ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือ มาก การตอบสนองความรู้สึกต่อพฤติกรรมใดๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม (activity - related) ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (self - related) หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม (context - related) ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

3.2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายความรวมถึง บรรทัดฐาน (ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลที่สำคัญ กลุ่มบุคคล ชุมชนซึ่งได้วางมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรม) การสนับสนุนทางสังคม (การรับรู้ของบุคคลว่าเครือข่ายทางสังคมของตนเองให้การสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์มากน้อยเพียงใด) และการเห็นแบบอย่าง (การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (social pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 57 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับกลางๆ

3.2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences) อิทธิพลจากสถานการณ์ หมายถึง การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหมายความรวมถึงการรับรู้เงื่อนไขที่มาสนับสนุน ความต้องการ และความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลมักจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้เขารู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิตสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเองรู้สึกปลอดภัยและมั่นคงเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมในสภาพแวดล้อมนั้นไม่ใช่สิ่งที่ มาคุกคาม ซึ่งสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่ดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอิทธิพลจากสถานการณ์นั้นมีอิทธิพล ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 50

3.3 พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome) การเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ประกอบด้วย 3 อย่าง ได้แก่

3.3.1 ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Actions) ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นกระบวนการคิดรู้ที่ประกอบด้วยความ ตั้งใจที่จริงจังที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกใน การปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ

3.3.2 ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate Competing Demands and Preferences) ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น หมายถึง พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามที่วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ พฤติกรรมอื่นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเอง (Self-regulation) จากความชอบความพอใจของตนเองและความต้องการของบุคคลอื่น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นทันทีโดยการมุ่งกระทำตามความจำเป็นอื่นถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่อยู่เหนือตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้น้อยเนื่องจากเป็นสิ่งเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นความจำเป็นและทางเลือกอื่น เป็นปัจจัยส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นไม่ควรจะเกิดขึ้นบ่อย เพราะถ้าเกิดขึ้นบ่อยจะแสดงว่าบุคคลพยายามมาหาเหตุผลมาอ้างเพื่อจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.3.3 แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (HEALTH PROMOTING LIFESTYLES) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้คือการปรับภาวะสุขภาพการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์

4. แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

4.1 ความหมายของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อให้มีสุขภาพดีในเชิงบวก หรือมีสุขภาพดีในระดับสูง (Optimal or Physical health or High-level wellness) ซึ่งมีความหมายมากกว่าการไม่มีโรค และความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพใด ๆ หรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพดี จากเป้าหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต้องการให้มีสุขภาพดีในเชิงบวกดังกล่าวแล้ว จึงมีผู้สนใจให้ความหมาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (1986) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพให้บรรลุถึงความสมบูรณ์ จิตใจ สังคม กลุ่มชุมชน และบุคคลต้องเข้าใจรู้ปัญหาความอยากได้ ความต้องการ และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของสังคมและธรรมชาติ

เมอเรย์และเซนเนอร์ (Murray and Zentner, 1993) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลเชื่อว่าถ้าได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นแล้วจะทำให้ตนเองมีสุขภาพดี มีการดำเนินกิจกรรมซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมที่จะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้น เกิดศักยภาพที่สูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

พาแลงค์ (Palank, 1991) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่บุคคลกระทำด้วยตนเองและปฏิบัติแตกต่างกันไปตามแต่ละช่วงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้สุขภาพดีขึ้น ช่วยในการป้องกันโรคและลดการเกิดโรค

เพนเดอร์ เมอร์ดอฟและพาร์สัน (Pender, Murdaugh and Parson, 2006) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The life style an habit) ซึ่งสามารถบ่งบอกความสามารถของบุคคลในการดำรงไว้หรือยกระดับของภาวะสุขภาพเพื่อความผาสุก (Well-being) และความสำเร็จในจุดมุ่งหมายที่สูงสุดในชีวิต (Self actualization)

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ คือการที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม อันจะนำไปสู่ความมีศักยภาพของบุคคล ครอบครัว สังคม และความปกติสุข โดยพฤติกรรมนั้นมีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting model) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายส่วนประกอบของพฤติกรรม รูปแบบที่ได้รับความสนใจในปัจจุบันคือ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้คำจำกัดความของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ Pender (2006)

4.2 ปัญหาแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของวัยผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่คร่าชีวิตคนทั่วโลกปีละ 17 ล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มเป็น 25 ล้านคนใน พ.ศ.2563 ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยง คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ความเครียด และโรคอ้วน (Mackay and Mensah, 2004; Gustafsson, 2009; World Heart Federation, 2009)

ภาคใต้มีวัฒนธรรมที่มีลักษณะเฉพาะ คือ รับประทานข้าวเจ้า อาหารที่มีรสจัดเช่น เผ็ดจัด เปรี้ยวจัด (เอกวิทย์ ณ ถลาง, 2540) ซึ่งเป็นภูมิปัญญาที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษที่เชื่อว่าการบริโภคอาหารที่มีธาตุไฟมากๆ จะให้พลังงานและความร้อนมากเหมาะในการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ร้อนช่วยสร้างพลังงานชดเชยช่วยกระตุ้นการทำงานของหัวใจ ถ้าเป็นแกงจะมีรสกะปิเข้ม เมื่อรับประทานอาหารคาวเสร็จมักมีขนมหวานหรือผลไม้ตามเรียกว่า "ลบปาก" ผู้ใหญ่มักลบปากด้วยการสูบบุหรี่หรือกินหมาก (วุฒิชัย เพิ่มศิริวาณิชย์ และ สุทธิพงษ์ ทิพชาติโยธิน, 2550) รวมทั้งมีการบริโภอาหารทะเลซึ่งมีคอเลสเตอรอลสูงสืบเนื่องอยู่เป็นนิจ เนื่องจากเป็นภาคที่มีพื้นที่ติดกับทะเล มีความสมบูรณ์ของอาหาร ประชาชนจึงนิยมรับประทานอาหารทะเลซึ่งมีคอเลสเตอรอลสูง (เสมอพร สังวาสี, 2549) การนิยมบริโภคอาหารที่มีรสเปรี้ยวจัด เค็ม อาหารที่มีไขมันและอาหารสำเร็จรูปมากขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตที่ละทิ้งพื้นดินเกษตรและพื้นทะเลเข้าสู่ระบบโรงงานที่ทำงานตามช่วงเวลา เงินเข้ามามีส่วนสำคัญในการดำเนินชีวิตมากขึ้น ทำให้ระบบและวิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่ขอให้มีสุขภาพดี เป็นขอให้มีสุขภาพดีเพื่อจะได้ทำงานหาเงินได้มากๆ (นวลตา อาภาคัพกุล, 2549) มีการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการอำนวยความสะดวก และมีการใช้ชีวิตแบบคนเมือง รวมทั้งการออกกำลังกายที่ลดน้อยลงเนื่องจากมีการนำเครื่องทุ่นแรงมาใช้ในการประกอบอาชีพมากขึ้น เช่น การใช้รถไถแทนวัวควาย ทำให้มีการออกแรง ออกเหงื่อจากการทำงานน้อยลง (วุฒิชัย เพิ่มศิริวาณิชย์ และ สุทธิพงษ์ ทิพชาติโยธิน, 2550) ซึ่งการมีบริบทของวัฒนธรรมการรับประทานอาหาร และการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตดังกล่าว ล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2551)ของประชาชนในภาคใต้

เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด มีภาวะสุขภาพที่ดี อันนำไปสู่ความมีศักยภาพของวัยผู้ใหญ่ จึงจำเป็นที่วัยผู้ใหญ่ควรปรับปรุงแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีและจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดคือผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551; ศุภวรรณ ป้อมจันทร์, 2551; วาสนา ครุฑเมือง, 2547) สำหรับผู้ป่วยเบาหวานพบว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงดี (กรรณิกาลองจำนงค์ค์, 2547; ชลธิชา เรือนคำ, 2547; อโณทัย ตั้งธนะพงษา, 2551; สุพิมพ์ อุ่นพรม, 2550)

โดยมีปัญหาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ Pender (2006) ทั้ง 6 ด้าน ดังรายละเอียดต่อไป

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นการกระทำหรือปฏิบัติเกี่ยวกับการสังเกตอาการที่เกิดขึ้นกับร่างกาย โดยแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั้งจากสื่อต่างๆ หรือจากผู้รู้ เช่น แพทย์ หรือพยาบาล ตลอดจนการขอคำปรึกษาหรือคำแนะนำเมื่อมีข้อสงสัยสุขภาพ ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดควรตระหนักถึงการปฏิบัติตัว ตามคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพและตามแนวทางในการดูแลรักษาโรคอย่างเคร่งครัด จากการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง (2547) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าร้อยละ 59 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่เคยสอบถามวิธีการดูแลสุขภาพเมื่อไม่เข้าใจคำแนะนำ ร้อยละ 47 มีความมั่นใจที่จะแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพิมพ์ อุ่นพรม (2550) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษาของนวลตา อาภาคัพกุล (2549) พบว่าอาชีพส่วนใหญ่ของประชาชนในเขตภาคใต้คือ ประมง และทำสวนยาง ทำให้การมารับบริการที่สถานพยาบาลเต็มไปด้วยความเร่งรีบหรือไม่มาตามนัดทำให้ขาดยา

2. ด้านกิจกรรมทางกาย (Physical activity) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการบริหารร่างกายและการออกแรงทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ช่วยให้ร่างกายมีความมั่นคงและทำให้กลไกการทำงานของร่างกายในระบบต่างๆ มีประสิทธิภาพสูงสุดในระบบหัวใจและหลอดเลือด ลดความเสี่ยงในการเกิดหัวใจและหลอดเลือด จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ (วาสนา ครุฑเมือง, 2547; สุรีย์ คำพอง, 2549; ศุภวรรณ ป้อมจันทร์, 2551; อารักขา ใจธรรม, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน (ชลธิชา เรือนคำ,

2547; สุพิมพ์ อุ่นพรม, 2550; อโณทัย ตั้งธนะพงษา, 2551) และการศึกษาของ สุภา อินทร (2546) ที่พบว่าวัยผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องเพียงร้อยละ 13.7 จากการที่ปัจจุบันสภาพสังคมในชุมชนมีความเจริญมากขึ้น มีถนนลาดยางทำให้การสัญจรในหมู่บ้านมีความสะดวกมากขึ้นและมีการนำเครื่องทุ่นแรงมาใช้ในการประกอบอาชีพมากขึ้น เช่น การใช้รถไถแทนวัวควาย ทำให้มีการออกแรง ออกเหงื่อจากการทำงานน้อยลง (วุฒิชัย เพิ่มศิริวาณิชย์ และสุทธิพงษ์ ทิพชาติโยธิน, 2550)

3. ด้านโภชนาการ (Nutrition) เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการเลือกและรับประทานอาหารที่มีความเหมาะสมกับสภาพของร่างกาย ซึ่งมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาล ผู้ป่วยต้องควบคุมอาหารเพื่อป้องกันไม่ให้ระดับความดันโลหิตหรือน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพเป็นบางครั้ง ร้อยละ 48 มีความมั่นใจน้อยในการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่ตนเองเป็น ทั้งนี้ภาคใต้มีพื้นที่ส่วนใหญ่ติดทะเล มีความอุดมสมบูรณ์ของอาหารทะเล การบริโภคอาหารจึงมีอาหารทะเลซึ่งมีคอเลสเตอรอลสูงเป็นหลัก (เสมอพร สังวาสี, 2549) รวมถึงวัฒนธรรมการรับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ คือ มื้อเช้าและมื้อเย็น นิยมรับประทานอาหารรสจัด เช่น รสเผ็ด รสเปรี้ยว (เอกวิทย์ ณ ถลาง, 2540) รสหวาน มัน เค็ม รวมทั้งความเจริญที่เข้ามาสู่ภาคใต้ทำให้แบบแผนการดำรงชีวิตเปลี่ยนไป เช่น การใช้ชีวิตแบบคนเมือง ค่านิยมการรับประทานอาหาร มีการรับประทานอาหารสำเร็จรูป (วุฒิชัย เพิ่มศิริวาณิชย์ และ สุทธิพงษ์ ทิพชาติโยธิน, 2550) ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมนุษย์ ในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมและเป็นไปอย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล เนื่องจากการมีเงื่อนไขการติดต่อสื่อสาร ซึ่งกันและกันและเพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกผูกพันและเกิดความใกล้ชิดกันอย่างไม่เป็นทางการ ช่วยให้บุคคลได้รับประโยชน์ในด้านการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เช่น คำแนะนำ คำปรึกษา คำตักเตือน กำลังใจหรือทางด้านการเงิน ทำให้ช่วยแก้ปัญหาต่างๆและลดความเครียดลง สามารถเผชิญปัญหา ได้อย่างเหมาะสมและนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Pender, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับอยู่ในระดับปานกลาง (ศุภวรรณ ป้อมจันทร์, 2551)

5. ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) จิตวิญญาณเป็นพื้นฐานของพัฒนาการความเป็นมนุษย์ที่มีความสำคัญกับสุขภาพและความผาสุกของมนุษย์ซึ่งบุคคลต้องมีอยู่ทุกเวลา ทุกสถานที่ ดังนั้นจิตวิญญาณจึงเป็นมิติหนึ่งของความเป็นองค์รวมของมนุษย์ เป็นการเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดความหมายในชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย ซึ่งเป็นความเกี่ยวเนื่องที่สำคัญของจิตวิญญาณและเกี่ยวข้องกับชีวิต เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ การตระหนักและยอมรับในคุณค่าของตนเองและมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ตลอดจนมีแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง (วาสนา ครุฑเมือง, 2547; ศุภวรรณ ป้อมจันทร์, 2551) จากการศึกษาของวุฒิชัย เพิ่มศิริวาณิชย์ และ สุทธิพงษ์ ทิพชาติโยธิน (2550) พบว่าการนำหลักศาสนามาปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตทำให้จิตใจสมบูรณ์ ซึ่งจะส่งผลต่อการมีร่างกายที่สมบูรณ์

6. ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นการปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียดรวมทั้งสามารถป้องกันการเกิดความเครียดและแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (ศุภวรรณ ป้อมจันทร์, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของสุพิมพ์ อุ่นพรม (2550) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

<u>4.3 ผลกระทบของการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพไม่ดีของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด</u>

4.3.1 หลอดเลือดแดงหนาตัวและตีบแคบลงส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะลดลงและเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2551

4.3.2 มีการไขมันที่สะสมในร่างกายซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดหลอดเลือดหลอดเลือดแข็ง (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ อ้างถึงใน อารักขาใจธรรม, 2545)

4.3.3 จากการที่บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ทำให้เกิดความเครียด

4.3.4 จากการที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนไปต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ผู้ป่วยจึง

ประเมินความมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจเนื่องจากไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างที่เกิดขึ้นในชีวิตทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึมเศร้าและหมดหวัง หมดแรงจูงใจ

4.3.5 ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ จะส่งผลให้ความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

4.4 การประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

เพนเดอร์ (Pender,1996) ได้นำเสนอเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ (The Health-Promoting Life style Profile: HPLP) ซึ่งมีการพัฒนาให้เหมาะสมกับการประเมินแบบแผนชีวิตของบุคคลและกลุ่มบุคคลต่างๆ โดยเพนเดอร์ (Pender,1980) ได้เริ่มพัฒนาแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อใช้ในการอธิบาย และทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลเรียกว่า Health Promotion Model (HPM) และในปี ค.ศ.1982 (Pender,1982 cite in Walker ,Sechrist,& Pender,1987) ได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแบบแผนชีวิต (The Lifestyle and Health Habit Assessment: [LHHA]) เพื่อให้พยาบาลในคลินิกใช้ในการประเมินแบบแผนชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งใช้วัดพฤติกรรมทางบวก 10 ด้านประกอบด้วย กิจวัตรการดูแลสุขภาพ (general health practices) กิจกรรมทางกาย (physical/ recreational activity) โภชนาการ (nutrition) การจัดการกับความเครียด (stress management) ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (self-actualization) จุดมุ่งหมายในชีวิต (sense of purpose) การนอนหลับ (sleep) การควบคุมสิ่งแวดล้อม(environment control) สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น(relationships with others) และการใช้ระบบบริการสุขภาพ (use of the health care system) ต่อมาวอล์คเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker , Sechrist , & Pender, 1987) ได้นำเครื่องมือประเมินแบบแผนชีวิตของเพนเดอร์ (LHHA) มาพัฒนาเป็นเครื่องมือประเมินแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ (HPLP) ซึ่งประกอบด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ดังนี้ ปัจจัยความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (self-actualization) ปัจจัยความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) ปัจจัยการออกกำลังกาย (exercise) ปัจจัยการสนับสนุนระหว่างบุคคล (interpersonal support) ปัจจัยโภชนาการ (nutrition) และปัจจัยด้านการจัดการกับความเครียด (stress management) และในปี ค.ศ. 1995 วอล์คเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินแบบแผนชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ (The Health-Promoting Lifestyle Profile II: HPLP-II) และเปลี่ยนชื่อจากความสำเร็จในชีวิตแห่งตนเป็นการเจริญทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) การออกกำลังกายเปลี่ยนเป็นกิจกรรมทางกาย (physical activity) และการสนับสนุนระหว่างบุคคลเป็น

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล(interpersonal relations) โดยมีรายละเอียดการประเมินในแต่ละด้านดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) เป็นการรวมกันของการประเมินเกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยทั่วไป และการใช้ระบบบริการสุขภาพ ข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยทั่วไป และการใช้ระบบบริการสุขภาพ ข้อคำถามเกี่ยวกับการเอาใจใส่ดูแลและรับผิดชอบต่อตนเอง การหาความรู้ด้านสุขภาพ และการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อจำเป็น

2. การปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Exercise or Physical Activity) เป็นการประเมินแบบแผนและความสม่ำเสมอของการออกกำลังกาย เป็นข้อคำถามจากการประเมินในด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน ของแบบประเมินผลการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ

3. ภาวะโภชนาการ (Nutrition) ประกอบด้วย ข้อคำถามที่เกี่ยวกับรูปแบบการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่มาจากแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและลักษณะนิสัยสุขภาพในเรื่องการปฏิบัติด้านโภชนาการ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations or interpersonal support) เป็นการประเมินเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุน เช่น ช่วยลดความตึงเครียด หรือช่วยแก้ไขปัญหาต่างๆ

5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Self actualization or Spiritual Growth) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามจากแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ ด้านความสำเร็จในชีวิตของตนเอง และการมีจุดหมายในชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยหลักเป็นส่วนที่ใช้ในการให้ความหมายของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

6. การจัดการกับความเครียด (stress management) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงวิธีการจัดการกับความเครียดของบุคคล เช่น การแสดงออกพฤติกรรมที่เหมาะสม การพักผ่อนนอนหลับ การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่คลายเครียด หรือการทำกิจกรรมที่ป้องกันการอ่อนล้าของร่างกาย

แบบแผนกาดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในงานวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินของของวาสนา ครุฑเมือง (2547) ซึ่งสร้างจากแนวคิดของ วอล์คเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (1995)

.5. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2006) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อยคือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องและปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยหลักอีกปัจจัยคือความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) ประกอบด้วย 6 ปัจจัยย่อย คือการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยบางประการเท่านั้นคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ตามแนวคิดของ Pender (2006) กล่าวถึงปัจจัยส่วนบุคคลว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย ปัจจัยที่ศึกษาได้แก่

1.1 ดัชนีมวลกาย เป็นอัตราส่วนที่เหมาะสมและสมดุลระหว่างน้ำหนักและส่วนสูง เป็นเครื่องบ่งชี้สำคัญที่บอกถึงภาวะสุขภาพของบุคคล ค่าปกติของคนที่สุขภาพดีอยู่ในช่วง 18.5-23 ค่าดัชนีมวลกายจะสูงขึ้นตามอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด (พนอ อัศวรุจานนท์และคณะ, 2547) ฉะนั้นจึงคาดได้ว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายมาก มักมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านการโภชนาการไม่ดี มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด

1.2 เพศ เป็นความแตกต่างทางร่างกาย และเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดีของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด จากการศึกษาของอินทราพร พรมปราการ พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเพศหญิง (อินทราพร พรมปราการ, 2541 อ้างถึงใน โสภิต

ทิพย์รัตน์, 2551) แต่เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (อารักขา ใจธรรม, 2546; สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551)

1.3 อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความต้องการดูแลตนเอง ความสามารถและข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (Orem, 1991)ปัจจุบันพบว่าผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดส่วนใหญ่ จะเป็นคนวัยทำงานที่มีอายุ 35-60 ปี ซึ่งต้องประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยลงรวมทั้งมีพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น (ปิยะมิตร ศรีธรา, 2551) จากการศึกษาของลัดดา ขอบทอง (2548) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยยาเสพติดพบว่าอายุต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกัน แต่จากการศึกษาของอารักขา ใจธรรม (2546) และสุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.4 รายได้ เป็นข้อบ่งชี้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลช่วยเหลือตนเองให้ได้รับอาหารที่เพียงพอและเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาของใช้ที่จำเป็นในขณะที่ผู้มีรายได้น้อยมีข้อจำกัดในการจัดหาสิ่งบริการเพื่อบำรุงรักษาสุขภาพ (Pender, 2006) จากการศึกษาของ อารักขา ใจธรรม (2546) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา ลองจำนงค์ (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.5 ระดับการศึกษา เป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคลที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติในการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับข้อมูลข่าวสาร มีการเรียนรู้ประสบการณ์ต่างๆสามารถตัดสินใจและพิจารณาสิ่งต่างๆได้ (Pender, 2006) จากการศึกษาของศุภวรรณ ป้อมจันทร์ (2551) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา ลองจำนงค์ (2547) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

2. ปัจจัยด้านความรู้-ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม

2.1 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการรับรู้ถึงผลดีที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ การวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใดๆ ขึ้นอยู่กับประเมินถึงผลประโยชน์ที่ได้รับโดยคำนึงถึงผลทางบวกของการกระทำพฤติกรรมนั้น (Pender, 2006) จากการศึกษาของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาของ อารักขา ใจธรรม(2545) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ กรรณิกา ลองจำนงค์ (2547) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ในการประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ยังไม่พบงานวิจัยใดทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ แต่มีงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (สุรีย์ คำพอง, 2549; สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; อารักขา ใจธรรม, 2545) และผู้ป่วยเบาหวาน (กรรณิกา ลองจำนงค์, 2547) ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำแบบสอบถามของวาสนา ครุฑเมือง มาดัดแปลงให้เหมาะสมกับปัญหาการวิจัย

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับการศึกษาของ อารักขา ใจธรรม (2545) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้การศึกษาของอโณทัย ตั้งธนะพงษา (2551)

พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ในการประเมินการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ยังไม่พบงานวิจัยใดทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ แต่มีงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (วาสนา ครุฑเมือง, 2547; อารักขา ใจธรรม, 2545) และผู้ป่วยเบาหวาน (อโณทัย ตั้งธนะพงษา, 2551) ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำแบบสอบถามของวาสนา ครุฑเมือง มาดัดแปลงให้เหมาะสมกับปัญหาการวิจัย

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆได้เป็นผลสำเร็จ จากการศึกษาของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอโณทัย ตั้งธนะพงษา (2551) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานแฝง และการศึกษาของชลธิชา เรือนคำ (2547)พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเบาหวาน

ในการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ยังไม่พบงานวิจัยใดทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ แต่มีงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (วาสนา ครุฑเมือง, 2547) และผู้ป่วยเบาหวาน (ชลธิชา เรือนคำ, 2547; อโณทัย ตั้งธนะพงษา, 2551) ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำแบบสอบถามของวาสนา ครุฑเมือง มาดัดแปลงให้เหมาะสมกับปัญหาการวิจัย

2.4 อิทธิพลระหว่างบุคคล ความคิด ความเชื่อ หรือทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) บรรทัดฐานของสังคม หมายถึง ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลอื่นต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร จากครอบครัว กลุ่มเพื่อนหรือบุคคลทางสุขภาพ จากการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง (2547) พบว่าการ

สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกาลองจำนงค์ค์ (2547) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการศึกษาของชลธิชา เรือนคำ (2547)พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเบาหวาน

ในการประเมินอิทธิพลระหว่างบุคคลในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ยังไม่พบงานวิจัยใดทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ แต่มีงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (วาสนา ครุฑเมือง, 2547) และผู้ป่วยเบาหวาน (กรรณิกาลองจำนงค์ค์, 2547; ชลธิชา เรือนคำ, 2547) ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำแบบสอบถามของวาสนา ครุฑเมือง มาดัดแปลงให้เหมาะสมกับปัญหาการวิจัย

6. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด มี 9 ด้าน

1. มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉพาะกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct Care) ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมแก่ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกระยะ โดยประสานงานกับทีมสุขภาพให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวมทั้งในด้าน ส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและฟื้นฟูสุขภาพ สามารถนำข้อมูลความรู้ทางคลินิกที่มีหลักฐาน (Evidence - based practice) มาเป็นแนวคิดในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดทักษะทางคลินิกที่ทันสมัย สร้างเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลกับทีมสุขภาพ ประยุกต์ความรู้ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาอื่นๆ ในการตรวจประเมินวินิจฉัย และวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัยโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

1.1 การประเมินสภาพ (Assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการให้ครอบคลุมเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องและนำไปจัดระบบตรวจสอบและบันทึกไว้เป็นข้อมูลเบื้องต้นโดยไม่ต้องสรุปหรือแปลความ

1.2 การวินิจฉัย (Diagnosis) ในขั้นตอนนี้พยาบาลจะต้องนำข้อมูลที่ได้จัดระบบไว้มาจัดกลุ่มข้อมูลใหม่เพื่อวิเคราะห์กลุ่มข้อมูลและระบุปัญหาสุขภาพที่มีอยู่หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น ทั้งจุดดีหรือจุดแข็งของผู้รับบริการ มาเขียนปัญหาและปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา เรียกว่า ข้อวินิจฉัย

1.3 การวางแผน (Diagnosis) พยาบาลต้องทำงานร่วมกับผู้รับบริการหรือผู้ดูแลในการกำหนดเป้าหมายการพยาบาลหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นหลังจากให้การพยาบาลแล้วหลังจากนั้นกำหนดกิจกรรมให้ครอบคลุม ติดตาม ช่วยเหลือ รักษา สอน และป้องกันโดยให้สอดคล้องกับแต่ละข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้วนำแผนมาเขียนไว้สำหรับใช้เป็นแผนการดูแลผู้รับบริการ

1.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการลงมือปฏิบัติมอบหมายงานและบันทึกไว้เป็นหลักฐานและนำกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดในแผนการพยาบาลไปดูแลผู้รับบริการหลังจากนั้นบันทึกการดูแลที่ให้กับผู้รับบริการและผลการปฏิบัติการพยาบาลหรือการตอบสนองของผู้มารับบริการในรายงาน เช่น บันทึกทางการพยาบาลหรือรายงานต่อไป

1.5 การประเมินผล (Evaluation) เป็นการตรวจสอบว่าการพยาบาลที่ให้ได้ผลหรือไม่ โดยเปรียบเทียบความก้าวหน้าของผู้รับบริการกับเกณฑ์การประเมินเป้าหมายทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ หลังจากปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ถ้าไม่บรรลุผลสำเร็จตามเกณฑ์สามารถปรับปรุงการพยาบาลใหม่ได้

2. มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน (educating) การฝึก (coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring) มีทักษะในการสอนและชี้แนะผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ครอบครัว โดยแนะนำเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจและสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ทำให้ลดอัตราเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดยังสามารถบอกถึงอาการและอาการผิดปกติให้ทีมสุขภาพทราบได้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น พัฒนาสื่อการสอนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถเข้าใจและดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง พัฒนาความรู้ของตนเองอย่างสม่ำเสมอ นำการปฏิบัติการพยาบาลให้ทันกับความก้าวหน้าด้านการแพทย์และการพยาบาล เป็นแนวปฏิบัติร่วมกันและเป็นมาตรฐานทางการพยาบาล เป็นหลักประกันคุณภาพทางการพยาบาลผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

3. มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค (Care Management)

3.1 สร้างทีมการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

3.2 จัดระบบการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

3.3 สร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 ช่วยเหลือผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดให้เข้าถึงระบบสุขภาพ และสามารถต่อรองเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.5 สร้างระบบติดตามดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง

3.6 สร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่รับผิดชอบเพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุมคุณภาพ

4. มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) มีความสามารถในการใช้ผลการวิจัย ทำวิจัยและนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน เสนองานวิจัยเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลและบริการสุขภาพทำให้ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับประโยชน์ ร่วมมือในการทำวิจัยกับทีมสุขภาพรวมทั้งเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัยเผยแพร่ทางวารสารการพยาบาล

5. มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) มีส่วนร่วมในการวางแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาวในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลร่วมกับผู้บริหารในการตั้งเป้าหมายวางแผนและดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

6. มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making)มีความสามารถในการตัดสินเชิงจริยธรรมด้านการพยาบาลด้วยอริยสัจ 4 ซึ่งเป็นหลักวิชาการที่นำมาแก้ไขปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์และพยาบาลต้องตระหนักถึงการตัดสินใจต่อการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะต้องมีสติรอบคอบทำให้ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพและมาตรฐานเป็นที่ไว้วางใจของหน่วยงานและผู้ป่วย

7. มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) ประสานความร่วมมือกับพยาบาล แพทย์ บุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อการวางแผนและให้การดูแล ตลอดจนประเมินผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤติฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพประสานความร่วมมือกับครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลชุมชน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

8. มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย(Consultation) กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลและทีมงานในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีปัญหาซับซ้อนโดยประมวลข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพเป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลและทีมงานในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด มีทักษะในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดและญาติ ที่เกิดความไม่สบายใจจากภาวะโรคทั้งที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์รวมทั้งเรื่องอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีการร่วมมือกับแพทย์หรือทีมสุขภาพที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและวิธีแก้ไขที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ปลอดภัยเหมาะสม

9. มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation)

9.1 กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

9.2 พัฒนาหรือเลือกใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับใช้ในหน่วยงาน

9.3 ดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดทางการพยาบาลสำหรับกลุ่มเป้าหมายในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

9.4 วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผล

9.5 นำผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

9.6 จัดทำฐานข้อมูลด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคในหน่วยงานเพื่อใช้ติดตามและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

9.7 เผยแพร่วิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์การปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญ

หากพยาบาลปฏิบัติตามบทบาทดังกล่าวข้างต้นจะช่วยให้ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนลดอัตราป่วยและตายได้รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดี

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จีราพร ทองดี (2547) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยศึกษาในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ แองไจนาเพคทอรีส หัวใจขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 58.1 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001

อโณทัย ตั้งธนะพงษา (2551) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีเบาหวานแฝงที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานแฝงโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุดในด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ รองลงมาได้แก่ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์มาก และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานแฝงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.114, P<0.05) ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดีและมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีเบาหวานแฝงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.363, P<0.01) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์มาก และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีเบาหวานแฝงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.482, P<0.05)การรับรู้อุปสรรคและสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 28.4 (R2=.284)

กรรณิกา ลองจำนงค์ (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี มีระดับความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก มีระดับการทำกิจกรรมและออกกำลังกายอยู่ในระดับดี มีระดับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีมาก มีระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดีมาก มีระดับการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี มีระดับการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (r=.20. P<.01) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.43. P<.01) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (r=.42. P<.01)

สุพิมพ์ อุ่นพรม (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่ ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทุกด้าน รวมทั้งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ใน

ระดับดีมาก ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบยังคงมีมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทุกด้าน รวมทั้งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 5 ด้านได้แก่ ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการจัดการความเครียด รวมทั้งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีเพียงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มพบว่าก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การจัดการความเครียดและโดยรวมไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การจัดการความเครียดและโดยรวม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ชลธิชา เรือนคำ (2547) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก รายด้านพบว่าด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ส่วนด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ

อารักขา ใจธรรม (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเฉพาะผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก มีการรับรู้อุปสรรคของของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับการศึกษาและรายได้ โดยระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r=.35$, $p<.001$) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ($r=.30$, $p<.001$) อายุ เพศ สถานภาพสมรส

และระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ(r=.-11, p>.05; r=.-07, p>.05; r=.-10, p>.05; r=.05, p>.05) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.46, p<.oo1) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-.41, p<.oo1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับการศึกษาและรายได้สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 37.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศุภวรรณ ป้อมจันทร์ (2551) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลไพศาลี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง รายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมากในด้านด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด

วาสนา ครุฑเมือง (2547) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง รายด้านพบว่าด้านความสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสมมาก มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบด้าน สุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ และด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงในขณะที่ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 59.7 (p<.001)

สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค การรับรู้ความ

รุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติและเพื่อนสนิท การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติและเพื่อนสนิท การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดคือ การได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติและเพื่อนสนิท

สุรีย์ คำพอง (2549) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก รายด้าน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม อยู่ในระดับเหมาะสม ปานกลาง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง

ลัดดา ขอบทอง (2548) ศึกษาปัจจัย ด้านความคิดและอารมณ์ที่เฉพาะกับพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย เสพติด สถาบันธัญญารักษ์ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเสพติด มีระดับการปฏิบัติปานกลาง ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ที่เฉพาะกับพฤติกรรมส่งเสริมได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ ป่วยเสพติด มีระดับการรับรู้ปานกลาง 3) การสนับสนุนทางสังคมได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของบริการของผู้ป่วยเสพติดได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง เพศ อายุ สถานภาพสมรสและอาชีพแตกต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม, การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเสพติด คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ บริการ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร โดยตัวแปร ทั้ง 5 ตัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเสพติดได้ ร้อยละ 45.10

โสภิต ทิพย์รัตน์ (2551) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน ผลการศึกษาพบว่า อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน

Bjorn Dahlof (2010) ได้ศึกษาเกี่ยวกับระบาดวิทยาของโรคหัวใจและหลอดเลือดและการประเมินปัจจัยเสี่ยง พบว่าความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ความเครียด การบริโภคผักและผลไม้น้อย รวมทั้งความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และทำให้มีประชากรเสียชีวิตก่อนเวลาโดยพบว่า ในโรคความดันโลหิตสูง มีผู้เสียชีวิต 972 ล้านคนในปี 2000 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 1.56 พันล้านในปี 2025 เช่นเดียวกันกับโรคเบาหวานที่มีประชากรเสียชีวิต 151 ล้านคนในปี 2000 และเพิ่มเป็น 221 ล้านคนในปี 2010 ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 70 % มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่าหนึ่งปัจจัยเสี่ยง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากการทำลายหลอดเลือดจนกระทั่งทำลายระบบที่สำคัญของร่างกายจนนำไปสู่การเสียชีวิต การที่จะลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดจึงควรดูแลผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคโดยเน้นให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

O'Donnell และ Elosua (2008) ได้ศึกษาเกี่ยวกับระบาดวิทยาของโรคหัวใจและหลอดเลือดและปัจจัยเสี่ยง พบว่าการมีระดับคอเลสเตอรอลและความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จากการศึกษานี้ ทำให้เราทราบว่าปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดคืออะไรและต้องมีพฤติกรรมอย่างไรเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

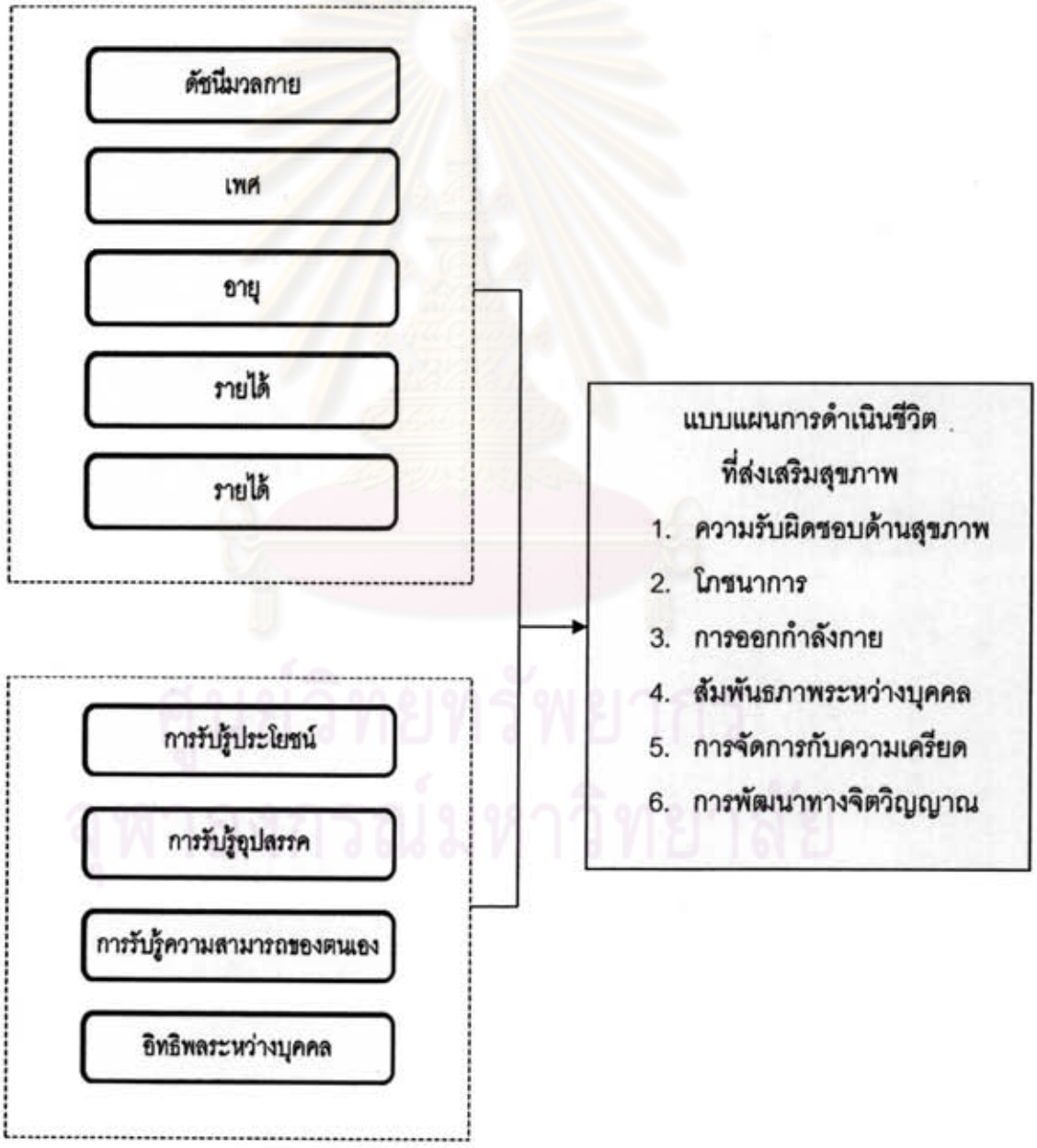
World health federation (2009) พบว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศจีนเพิ่มขึ้นเป็น 39% ในปี 1990 จากเดิม 6% ในปี 1940 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากคือ ระดับไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งความเจริญทางเศรษฐกิจ ทำให้ มีการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง อาหารปรุงสำเร็จ (Fast food) การออกกำลังกายน้อยลง การสูบบุหรี่ ปัจจุบันประเทศจีนมีประชากรป่วยด้วยโรคเบาหวานประมาณ 39 ล้านคนคิดเป็น 2.7 %ของประชากร

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน อายุ เพศ ปัจจัยพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย อาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และปัจจัยด้านสรีระ เช่น ความดันเลือด ไขมัน และเบาหวาน (Dahlof, 2010; Gustafsson, 2009; Mackay and Mensah, 2004; World Heart Federation, 2009; O'Donnell and Elosua, 2008; สุกิจแย้มวงษ์, 2548) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล จึงควรได้รับการประเมินและคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้ในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (นวลตา อาภาคัพภะกุล, 2549) โดยการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งPender (2006) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลจะลงมือปฏิบัติกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตได้นั้น เป็นผลมาจากปัจจัยหลัก 2 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคลิกลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล ประกอบด้วย พฤติกรรมดั้งเดิมและปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านความรู้และความรู้สึกนึกคิดที่จำเพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรมประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์ ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในบุคคลกลุ่มเสี่ยง เช่นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี (วาสนา ครุฑเมือง, 2547; ศุภวรรณ ป้อมจันทร์, 2551; สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551) และในกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงดี (กรรณิกาลองจำนงค์, 2547; ชลธิชา เรือนคำ, 2547; อโณทัย ตั้งธนะพงษา, 2551; สุพิมพ์ อุ่นพรม, 2550) ฉะนั้นเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จึงจำเป็นต้องศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์และทำนายพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยด้านบุคลิกลักษณะและประสบการณ์ของบุคคลประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อกิจกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล ดังเสนอเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบที่ 2 กรอบแนวคิดที่ในการวิจัยตามแนวคิดของ Pender (2006)

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนาย ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้จำนวน 5 โรงพยาบาล ทั้งนี้ไม่รวมโรงพยาบาลยะลาเนื่องจากมีบริบทการดำเนินชีวิตที่เฉพาะ

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้ จำนวน 4 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และโรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง รวมจำนวน 259 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ใช้โปรแกรม PASS โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาของตรีพรชุมศรี (2548)โดยมีขนาดความสัมพันธ์อย่างน้อยในระดับต่ำขึ้นไป (r = .30) ในการวิเคราะห์เพื่อให้มีอำนาจการทดสอบ 80% (Power of test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 259 คน กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1.1 การรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

1.2 สามารถอ่านภาษาไทยได้ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

1.3 อายุ 20-60 ปี

1.4 มีคะแนนความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี ≥ 5 คะแนน

2. ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง และคลินิกโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้ จำนวน 4 โรงพยาบาล โดยเป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ≥ 5 คะแนน จากการประเมินด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี (สุกิจ แย้มวงษ์, 2548) จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple sampling) ในอัตราส่วน 1:2 ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลละ 65 คน รวมจำนวน 260 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค วิธีการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี สร้างขึ้นโดยนายแพทย์สุกิจ แย้มวงษ์ (2548) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ที่ประเมินความเสี่ยงด้านปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ ประวัติการสูบบุหรี่ เส้นรอบเอว และปัจจัยเสี่ยงด้านสรีระประกอบด้วย ระดับ cholesterol และการเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนนรวม	ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี (%)
-2	0
0	0
1	1
2	1
3	1
4	1
5	1
6	1
7	2
8	2
9	2
10	3
11	4
12	4
13	5
14	6
15	8
16	9
17	11
18	14
19	16
≥20	20

ที่มา; สุกิจ แย้มวงษ์ (2548)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ศิริมา วงศ์แหลมทอง และแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ Walk, Sechrist, Pender (1987) ที่สร้างขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) โดยดัดแปลงข้อคำถามข้อที่ 2, 4, 14, 34, 44 ให้มีความเฉพาะเจาะจงกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เข้าใจได้ง่าย และให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากร ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 46 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 8 ข้อ กิจกรรมทางกาย 7 ข้อ โภชนาการ 10 ข้อ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 6 ข้อ การเจริญทางจิตวิญญาณ 8 ข้อ และการจัดการความเครียด 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

ไม่เคยทำ	หมายถึง	ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนี้เลย
ทำเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งหรือ 1-2 วันต่อสัปดาห์
ทำบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือ 3-6 วันต่อสัปดาห์
ทำเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน

การให้คะแนนแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีข้อคำถามทางบวก จำนวน 44 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46 และข้อความทางลบจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 19, 25 ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เคยทำ	1	4
ทำเป็นบางครั้ง	2	3
ทำบ่อยครั้ง	3	2
ทำเป็นประจำ	4	1

การแปลความหมายของคะแนน แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวม พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ชัชวาล เรืองประพันธ์, 2542 อ้างถึงใน วาสนา ครุฑเมือง, 2547)

คะแนนช่วง 46.0 – 92.0	หมายถึง	ปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม
คะแนนช่วง 92.1 – 138.0	หมายถึง	ปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเหมาะสม
คะแนนช่วง 138.1 – 184.0	หมายถึง	ปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมมาก

การแปลความหมายของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพรายด้านได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ที่มีจำนวนข้อคำถามด้านละ 8 ข้อ พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ชัชวาล เรืองประพันธ์, 2542 อ้างถึงใน วาสนา ครุฑเมือง, 2547)

คะแนนช่วง 8.0 – 16.0	หมายถึง	ปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม
คะแนนช่วง 16.1 – 24.0	หมายถึง	ปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเหมาะสม
คะแนนช่วง 24.1 – 32.0	หมายถึง	ปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมมาก

ด้านกิจกรรมทางกาย และ ด้านการจัดการกับความเครียด ที่มีจำนวนข้อคำถามด้านละ 7 ข้อ พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ชัชวาล เรืองประพันธ์, 2542 อ้างถึงใน วาสนา ครุฑเมือง, 2547)

คะแนนช่วง 7.0 – 14.0	หมายถึง	ปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม
คะแนนช่วง 14.1 – 21.0	หมายถึง	ปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเหมาะสม
คะแนนช่วง 21.1 – 28.0	หมายถึง	ปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมมาก

ด้านโภชนาการ ที่มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ชัชวาล เรืองประพันธ์, 2542 อ้างถึงใน วาสนา ครุฑเมือง, 2547)

คะแนนช่วง 10.0 – 20.0	หมายถึง	ปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม
คะแนนช่วง 20.1 – 30.0	หมายถึง	ปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเหมาะสม
คะแนนช่วง 30.1 – 40.0	หมายถึง	ปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมมาก

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีจำนวนข้อคำถาม 6ข้อ พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ชัชวาล เรืองประพันธ์, 2542 อ้างถึงใน วาสนา ครุฑเมือง, 2547)

คะแนนช่วง 6.0 – 12.0	หมายถึง	ปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม
คะแนนช่วง 12.1 – 18.0	หมายถึง	ปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเหมาะสม
คะแนนช่วง 18.1 – 24.0	หมายถึง	ปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ของ ศิริมา วงศ์แหลมทอง ที่สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) ซึ่งกล่าวถึงการรับรู้ประโยชน์ว่า เป็นการวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใดๆ โดยขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับ การคาดการณ์ถึงผลประโยชน์เป็นการแสดงออกทางจิตใจที่คำนึงถึงผลทางบวกของการกระทำพฤติกรรม โดยดัดแปลงคำอธิบายการแปลผลระดับความคิดเห็น ให้เข้าใจได้ง่าย มีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากร ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเป็น ส่วนมาก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

การให้คะแนนแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งมีข้อคำถามทางบวกจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 และข้อความทางลบจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2 ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4
ไม่เห็นด้วย	2	3
เห็นด้วย	3	2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1

การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ชัชวาล เรืองประพันธ์, 2542 อ้างถึงในวาสนา ครุฑเมือง, 2547)

คะแนนช่วง 10.0 – 20.0	หมายถึง	มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับต่ำ
คะแนนช่วง 20.1 – 30.0	หมายถึง	มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนช่วง 30.1 – 40.0	หมายถึง	มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) ซึ่งกล่าวถึง การรับรู้อุปสรรคว่า เป็นการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในด้านการขาดความรู้ รายได้ เวลา สิ่งเอื้ออำนวย การขาดโอกาส ผู้สนับสนุน ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สามารถปฏิบัติตามแบบแผนการ

ดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ โดยดัดแปลงข้อคำถามให้สามารถ เข้าใจได้ง่าย และให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากร ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเป็น ส่วนมาก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

การให้คะแนนแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
ไม่เห็นด้วย	2
เห็นด้วย	3
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้อุปสรรคประโยชน์ในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ชัชวาล เรืองประพันธ์, 2542 อ้างถึงใน วาสนา ครุฑเมือง, 2547)

คะแนนช่วง 7.0 – 14.0	หมายถึง	มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนช่วง 14.1 – 21.0	หมายถึง	มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนช่วง 21.1 – 28.0	หมายถึง	มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Bandura (1997) ซึ่งกล่าวถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองว่า เป็นการคาดการณ์ของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายที่

กำหนดไว้ได้สำเร็จมากน้อยเพียงใด บุคคลจะดำเนินกิจกรรมให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายได้ด้วยตนเองต้องเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยดัดแปลงข้อคำถามให้เข้าใจได้ง่าย และเหมาะสมกับกลุ่มประชากร ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	ท่านไม่มั่นใจว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจมาก	หมายถึง	ท่านมั่นใจมากว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมั่นใจเป็นอย่างมากว่าจะสามารถกระทำได้

การให้คะแนนแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่มั่นใจเลย	1
มั่นใจเล็กน้อย	2
มั่นใจมาก	3
มั่นใจมากที่สุด	4

การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ชัชวาล เรืองประพันธ์, 2542 อ้างถึงใน วาสนา ครุฑเมือง, 2547)

คะแนนช่วง 8.0 – 16.0	หมายถึง	มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนช่วง 16.1 – 24.0	หมายถึง	มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนช่วง 24.1 – 32.0	หมายถึง	มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981))ซึ่งกล่าวว่าเป็นการได้รับและการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรักความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกันทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆคือ

โดยเพิ่มข้อคำถามอิทธิพลระหว่างบุคคลด้านบรรทัดฐานของสังคมข้อ 1, 2, 3เพื่อให้ตรงกับคำนิยาม มีความเฉพาะเจาะจงกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เข้าใจได้ง่าย และให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากร ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 19 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเลย
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย
เป็นจริงส่วนใหญ่	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่
เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นมากที่สุด

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เป็นจริงเลย	1
เป็นจริงเล็กน้อย	2
เป็นจริงส่วนใหญ่	3
เป็นจริงมากที่สุด	4

การแปลความหมายของคะแนนอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ (ชัชวาล เรืองประพันธ์, 2542 อ้างถึงใน วาสนา ครุฑเมือง, 2547)

คะแนนช่วง 19.0 – 38.0	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในระดับต่ำ
คะแนนช่วง 38.1 – 57.0	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนช่วง 57.1 – 76.0	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. **การหาความตรงตามเนื้อหา** (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบ

ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด 3 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 ท่าน โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับคือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยามกับนิยามศัพท์ 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับนิยามศัพท์ (Polit and Beck, 2004) จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 6 ส่วน ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และได้ข้อเสนอจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content Validity Index: CVI (Polit and Humgler, 1995) โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องด้วยการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาต้องได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .80 (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2536) และทำการปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามดังนี้

แบบสอบถาม	ความตรงตามเนื้อหา (Content validity)
1. แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	.93
2. การรับรู้ประโยชน์ของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	.90
3. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	1.0
4. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	1.0
5. อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	1.0

2. **การหาความเที่ยงของเครื่องมือ** (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 7 ส่วนที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง และเบาหวาน โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามดังนี้

แบบสอบถาม	ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)
1. แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	.93
2. การรับรู้ประโยชน์ของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	.98
3. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	.95
4. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	.95
5. อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	.96

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บ รวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราช

นครศรีธรรมราช โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเ

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของการเก็บข้อมูลการวิจัย หากผู้ป่วยยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด ขณะรอรับการตรวจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์

4. ผู้วิจัยแจกเอกสารการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งใช้เวลาทำนานประมาณ3 นาที หลังจากผู้ป่วยผ่านการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนความเสี่ยง $\geq$ 5 คะแนน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีจำนวน 160 คน จากผู้ป่วย 183 คน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีจำนวน 130 คน จากผู้ป่วย 151 คน โรงพยาบาลหาดใหญ่ มีจำนวน 145 คน จากผู้ป่วย 153 คน โรงพยาบาลตรัง 85 คน จากผู้ป่วย 98 คน หลังจากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple sampling) ในอัตราส่วน 1:2 ได้กลุ่มตัวอย่างจาก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีจำนวน 80 คน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 65 คน โรงพยาบาลหาดใหญ่จำนวน 72 คน โรงพยาบาลตรังจำนวน 42 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง 259 คน

5. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

6. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครบทุกข้อคำถาม นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลตรัง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยระหว่าง

ตอบคำถามถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยมิต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆซึ่ง การกระทำดังกล่าวไม่มีผลอย่างไรต่อกลุ่มตัวอย่างและการรักษาของแพทย์ พยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์

3.1 ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ กับ แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' s product moment correlation coefficient)

3.2 รายได้ ระดับการศึกษา กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งส่งสุขภาพด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียแมน (Spearman rank order correlation coefficient)

3.3 การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' s product moment correlation coefficient)

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรทั้งหมดโดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และสร้างสมการทำนาย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ ศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายจาก ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคลกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคต่อหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และแบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ จำนวน 259 ราย ผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำเสนอโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ส่วนที่ 2 ความรู้-ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ส่วนที่ 3 แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคลกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ จากปัจจัยส่วนบุคคล ด้านดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ จำแนกตามอายุ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย (n=259)

คุณลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	จำนวน	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย	$\bar{x}$ = 53.76	S.D. = 7.79
ดัชนีมวลกาย		
18-23	127	49
มากกว่า 23	132	51
เพศ		
ชาย	86	33.2
หญิง	173	66.8
สถานภาพสมรส		
โสด	20	7.7
คู่	189	73.0
หม้าย/หย่า	47	18.1
แยกกันอยู่	3	1.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	14	5.4
ประถมศึกษา	169	65.3
มัธยมศึกษา/ปวช.	40	15.4
อนุปริญญา/ปวส.	11	4.2
ปริญญาตรี	21	8.1
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.6
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ มีเหลือเก็บ	105	40.5
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	117	45.2
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	23	8.9
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	14	5.4

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ จำแนกตามอายุ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย (n=259)

คุณลักษณะของผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกรรม	116	44.8
ประมง	9	3.5
ค้าขาย	50	19.3
รับราชการ	19	7.3
พนักงานเอกชน	2	.8
อื่นๆ	63	24.3
อาศัยอยู่กับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
คู่สมรส	193	74.5
บุตร	195	75.3
หลาน	87	33.6
อื่นๆ	27	16.4
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เบาหวาน	145	56
ความดันโลหิตสูง	176	68
ไขมันในเลือดสูง	67	25.9
หัวใจ	16	6.2

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 259 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.8 มีอายุเฉลี่ย 53.76 ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 23 คิดเป็นร้อยละ 51 มีสถานภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 73 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 65.3 มีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.8 ความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับเพียงพอ ไม่เหลือเก็บ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.2 มีโรคประจำตัว โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 56 โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 68 โรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 25.9 โรคอื่นๆ ร้อยละ 6.2

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ความรู้-ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของ ความรู้-ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ (n=259)

ความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D	ระดับ
การรับรู้ประโยชน์	31.86	3.98	ระดับสูง
การรับรู้อุปสรรค	14.01	2.97	ระดับต่ำ
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	23.56	3.76	ระดับปานกลาง
อิทธิพลระหว่างบุคคล	53.48	4.51	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 31.86) มีการรับรู้ต่ออุปรรคในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 14.01) มีการรับรู้ความสามารของตนเองและมีอิทธิพลระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 23.56, 53.48)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ จำแนกรายด้านและโดยรวม

แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D	ระดับ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	25.26	4.23	เหมาะสมมาก
ด้านกิจกรรมทางกาย	17.60	3.69	เหมาะสม
ด้านโภชนาการ	30.10	4.58	เหมาะสมมาก
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	17.78	3.27	เหมาะสม
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	23.42	4.23	เหมาะสม
ด้านการจัดการความเครียด	20.51	3.68	เหมาะสม
โดยรวม	134.67	17.22	เหมาะสม

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม ($\bar{x}$ = 134.67)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับเหมาะสม โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านโภชนาการ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x}$ = 30.10, 25.26) ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับเหมาะสม ($\bar{x}$ = 17.60, 17.78, 23.42, 20.51)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์
ดัชนีมวลกาย	r = .013
เพศ	r = -.150**
อายุ	r = .029
รายได้	ρ = -.091
ระดับการศึกษา	ρ = -.004
การรับรู้ประโยชน์	r = .364**
การรับรู้อุปสรรค	r = -.387**
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	r = .439**
อิทธิพลระหว่างบุคคล	r = .389**

*p < .05

**p < .01

จากตารางที่ 4 พบว่า ดัชนีมวลกาย อายุ รายได้ และ ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เพศชายและการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ จากปัจจัยส่วนบุคลได้แก่ ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ โดยวิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ขั้นที่	ตัวทำนาย	R	R^2	R^2 change	F	*p*-value
1	อิทธิพลระหว่างบุคคล	.423	.179	.179	56.14	.000
2	อิทธิพลระหว่างบุคคลและการรับรู้ประโยชน์	.495	.245	.066	41.50	.000
3	อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความสามารถของตนเอง	.525	.276	.031	32.33	.000
4	อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้อุปสรรค	.539	.290	.015	25.99	.000
	F= 25.99 (p < .05)					

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยใช้วิธีแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรทั้ง 4 คือ อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ร้อยละ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ จากปัจจัยส่วนบุคคล ด้านดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (β) ของสมการการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธี Stepwise Regression (n=259)

	ตัวแปรทำนาย	b	$S.E_b$	β	t	*p*-value
1	อิทธิพลระหว่างบุคคล	.036	.008	.25	4.26	.000
2	การรับรู้ประโยชน์	.025	.010	.15	2.35	.019
3	การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.029	.011	.16	2.70	.007
4	การรับรู้อุปสรรค	-.031	.014	-.14	-2.31	.022
Constant		.153	.587		.261	.795
R= .53	R^2= .290	S_{Eest}= 0.54				

จากตารางที่ 6 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวแปรทำนายที่มีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด คือ อิทธิพลระหว่างบุคคล โดยมีค่าสัมประสิทธ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .25 รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ มีค่าสัมประสิทธ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ.15 การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าสัมประสิทธ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ

.16 และการรับรู้อุปสรรค มีค่าสัมประสิทธ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ -.14 ตัวแปรทั้งสี่ร่วมกันทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .53 (R= .53) และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ 0.54 ($S._{Eest}$= 0.54) โดยสามารถสร้างสมการทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ได้ ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y_{\text{แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ}} = .153 + .036X_{\text{อิทธิพลระหว่างบุคคล}} + 025X_{\text{การรับรู้ประโยชน์}} + .029X_{\text{การรับรู้ความสามารถ}} - .031X_{\text{การรับรู้อุปสรรค}}$$

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$z'_{\text{แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ}} = .25_{\text{อิทธิพลระหว่างบุคคล}} + .15_{\text{การรับรู้ประโยชน์}} + .16_{\text{การรับรู้ความสามารถ}} - .14_{\text{การรับรู้อุปสรรค}}$$

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพจากปัจจัยส่วนบุคคลด้าน ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ จากปัจจัยส่วนบุคคลด้าน ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

2. ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

3. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถร่วมกันทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้ จำนวน 4 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลตรัง รวมจำนวน 259 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค วิธีการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความเสี่ยง ในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี สร้างขึ้นโดย นายแพทย์สุกิจ แย้มวงษ์ (2548) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 46 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 19 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' s product moment correlation coefficient) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank order correlation coefficient) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรทั้งหมด โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และสร้างสมการทำนาย

สรุปผลการวิจัย

1. ระดับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม ($\bar{x}$ = 134.67, S.D = 17.22)

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้พบว่า

2.1. ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศชายมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ดัชนีมวล

กาย อายุ รายได้ ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

2.2. ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

3. อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถ และการรับรู้อุปสรรคสามารถร่วมกันทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถสร้างสมการทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ได้ ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y_{\text{แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ}} = .153 + .036X_{\text{อิทธิพลระหว่างบุคคล}} + 025X_{\text{การรับรู้ประโยชน์}} + .029X_{\text{การรับรู้ความสามารถ}} - .031X_{\text{การรับรู้อุปสรรค}}$$

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$z'_{\text{แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ}} = .25_{\text{อิทธิพลระหว่างบุคคล}} + .15_{\text{การรับรู้ประโยชน์}} + .16_{\text{การรับรู้ความสามารถ}} - .14_{\text{การรับรู้อุปสรรค}}$$

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้ ผลการวิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัยดังนี้

1. การศึกษาระดับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้มีระดับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับเหมาะสม ($\bar{x}$ = 134.67 S.D.= 17.22) โดยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x}$ =25.26, 30.10 S.D.= 4.23, 4.58) ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับเหมาะสม ($\bar{x}$ = 17.60, 17.78, 23.42, 20.51 S.D. = 3.69, 3.27, 4.23 และ 3.68 ตามลำดับ) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีการดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนระบบการบริการเดิมที่มีการซ่อมนำสร้างมาใช้การส่งเสริมสุขภาพ ให้เป็นไปในรูปแบบสร้างสุขภาพนำการซ่อม ไม่มุ่งเน้นเพียงแค่รักษาโรคแต่เน้นให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งมีการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายก่อนเข้ารับการตรวจจากแพทย์ การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การจัดทำโครงการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การลดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การเลิกสูบบุหรี่ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2546)ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่อยู่ในระบบการรักษาของโรงพยาบาล ที่ได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพ รวมถึงคำแนะนำในการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพสุขภาพ รวมทั้งตนเองมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งอยู่แล้ว จึงส่งผลให้ผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเหล่านี้ มีระดับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 53.76 ปี และเป็นวัยที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่อยู่ในภาวะพึ่งพา ดังเช่น กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดทุกครั้ง ร้อยละ 84.9 รับประทานยาตรงตามแผนการรักษา ร้อยละ 78 และสามารถบอกอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นให้แพทย์หรือพยาบาลทราบทุกครั้ง ร้อยละ 47.1แต่ยังคงมีพฤติกรรมออกกำลังกายเป็นประจำเพียงร้อยละ 21.2 มีการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมเป็นประจำเพียงร้อยละ 26.3 ซึ่งการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ Pender (2006) นี้ เป็นกิจกรรมที่วัยผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดปฏิบัติจนเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน เพื่อปรับภาวะสุขภาพและร่างกายให้สามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น และป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งเพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เมื่อพิจารณาแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพรายด้านทั้ง 6 ด้าน สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1.1. ด้านโภชนาการ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x}$ = 30.10 S.D. = 4.58) ซึ่งแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ เป็นรูปแบบการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งในด้านปริมาณและคุณค่า ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีการดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนระบบการบริการเดิมที่มีการซ่อมนำสร้างมาใช้การส่งเสริมสุขภาพแบบสร้างสุขภาพนำการซ่อม ไม่มุ่งเน้นเพียงแค่รักษาโรคแต่เน้นให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งมีการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2546) เช่น โรงพยาบาลจัดให้มีการจัดทำโครงการลดพฤติกรรมเสี่ยงโดยการลดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง รวมทั้งการได้รับความรู้และคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคจากแพทย์และพยาบาล จึงทำให้สามารถเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับโรค โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยเติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือเต้าเจี้ยว ลงในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว ร้อยละ 50.2 รับประทานอาหารแต่พออิ่ม วันละ 3-4 มื้อ ในปริมาณที่เท่าๆ กัน ทุกวัน ร้อยละ 32 ไม่รับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง ขาหมู ร้อยละ 22.9 ซึ่งการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้านโภชนาการตามแนวคิดของ Pender (2006) นี้ เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นลักษณะนิสัยในการเลือกและรับประทานอาหารที่มีความเหมาะสมกับสภาพของร่างกายและอาการของโรคเพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพดี ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา เรือนคำ (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 197 ราย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับ เหมาะสมมาก ($\bar{x}$ = 26.49, S.D = 4.10) การศึกษาของ จิราพร ทองดี ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 200 ราย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ด้านโภชนาการอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x}$ = 34.26, S.D. = 3.71) การศึกษาของ หทัยรัตน์ เวชมนัส ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 200 ราย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับ เหมาะสมมาก ($\bar{x}$ = 26.49, S.D. = 4.10) การศึกษาของ อารักขา ใจธรรม (2545) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 165 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 2.59, S.D. = 0.35) การศึกษาของ อโณทัย ตั้งธนะพงษา (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานแฝง กลุ่มตัวอย่าง คือ ทหารประจำการ ณ กรมการสัตว์ทหารบก จังหวัดนครปฐม จำนวน 74 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ อยู่ในระดับดี ส่วนการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{x}$ = 19.91, S.D. = 4.79) การศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 2,091 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x}$ = 9.10, S.D. = 1.29) การศึกษาของ วิไลพร หอมทอง (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 90 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลางไม่ดี ($\bar{x}$ = 25.06, S.D. = 3.88)

1.2 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x}$ = 25.26, S.D. = 4.23) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวัยกลางคน ($\bar{x}$ = 53.76, S.D. = 7.79) เป็นผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีการดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนระบบการบริการเดิมที่มีการซ่อมนำสร้างมาใช้การส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เป็นไปในรูปแบบสร้างสุขภาพนำการซ่อม ไม่มุ่งเน้นเพียงแค่รักษาโรคแต่เน้นให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งมี

การปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2546) เช่น โรงพยาบาลจัดให้มีการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ วิธีการป้องกันโรคขณะรอตรวจ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้เอง ไม่อยู่ในภาวะพึ่งพา มีการใช้เวลาว่างเป็นของตนเองมากขึ้น เนื่องจากไม่มีภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลบุตร มีความมั่นคงในหน้าที่และการเงินมากขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 85.7 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 40.5 เพียงพอและมีเหลือเก็บ ร้อยละ 45.2 เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ) จึงทำให้มีความรับผิดชอบต่อตนเองอย่างชัดเจน (พัฒนาการวัยผู้ใหญ่, 2553) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดทุกครั้ง ร้อยละ 84.9 สามารถรับประทานยาตรงตามแผนการรักษาร้อยละ 78 สามารถบอกอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นให้แพทย์หรือพยาบาลทราบทุกครั้ง ร้อยละ 47.1 ซักถามแพทย์หรือพยาบาลเมื่อไม่เข้าใจคำแนะนำที่ได้รับทุกครั้งร้อยละ 33.6 สังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหรืออาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด เป็นลม เจ็บหน้าอก ร้อยละ 29.3 สอบถามวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองจากแพทย์ หรือพยาบาลทุกครั้ง ร้อยละ 84.9 ทั้งนี้ แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของ Pender (2006) เป็นการกระทำหรือปฏิบัติเกี่ยวกับการสังเกตอาการที่เกิดขึ้นกับร่างกายโดยแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั้งจากสื่อต่างๆ หรือจากผู้รู้ เช่น แพทย์ หรือพยาบาล ตลอดจนการขอคำปรึกษาหรือคำแนะนำเมื่อมีข้อสงสัยสุขภาพ ผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อโณทัย ตั้งธนะพงษา (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานแฝง กลุ่มตัวอย่าง คือ ทหารประจำการ ณ กรมการสัตว์ทหารบก จังหวัดนครปฐม จำนวน 74 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี (μ = 2.77, σ = .59) การศึกษาของ ศุภวรรณ ป้อมจันทร์ (2551) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลไพศาลี จำนวน 130 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =27.22, S.D. = 5.87) การศึกษาของอารักขา ใจธรรม (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 165 ราย พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.21, S.D. = 0.27) การศึกษาของ จิราพร ทองดี ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 200 ราย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x}$ = 24.84, S.D. = 3.53) การศึกษาของ ชลธิชา เรือนคำ (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 197 ราย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x}$ = 22.6, S.D. = 3.44)ส่วนการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง($\bar{x}$ = 21.28, S.D. = 3.46) การศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 2,091 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x}$ = 8.90, S.D. = 1.51)

1.3 ด้านกิจกรรมทางกาย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับเหมาะสม ($\bar{x}$ = 17.60 , S.D. = 3.69) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีการดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนระบบการบริการเดิมที่มีการซ่อมนำสร้างมาใช้การส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เป็นไปในรูปแบบสร้างสุขภาพนำการซ่อม ไม่มุ่งเน้นเพียงแค่รักษาโรคแต่เน้นให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งมีการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2546) เช่น โรงพยาบาลจัดให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายก่อนพบแพทย์ แต่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยมองว่าการทำงานในการประกอบอาชีพเป็นการออกกำลังกายในตัวอยู่แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอย่างเป็นแบบแผนอีก โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.8 มีอาชีพเกษตรกรรม จึงทำให้ผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ไม่ให้ความใส่ใจในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยมีออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ทำเป็นประจำ เพียงร้อยละ 21.2 ทำบางครั้ง ร้อยละ 43.2 เริ่มออกกำลังกายเบา ๆ และค่อย ๆ เพิ่มขึ้น เมื่อสิ้นสุดการออก

กำลังกาย จึงค่อย ๆ ลดการออกกำลังกายลงโดยไม่หยุดทันทีเป็นประจำ เพียงร้อยละ 14.3 ทำเป็นบางครั้ง ร้อยละ 45.9 ซึ่งการที่ร่างกายไม่ได้มีการเตรียมพร้อมในการออกกำลังกาย อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บตามมา (อภิชาติ อัศวมงคลกุล, 2553) การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อเป็นการเพิ่มและฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย กล้ามเนื้อหัวใจมีความแข็งแรง หลอดเลือดมีความยืดหยุ่น ช่วยป้องกันการตีบแคบและอุดตันของหลอดเลือด ช่วยลดแรงต้านภายในหลอดเลือด ความดันโลหิตลดลง ช่วยให้ร่างกายลดภาวะดื้ออินซูลิน รวมทั้งป้องกันโรคแทรกซ้อนด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งการออกแรงทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันเป็นเพียงมิติหนึ่งของกิจกรรมทางกายตามแนวคิดส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) จึงทำให้ผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับเหมาะสม ทั้งนี้กิจกรรมทางกายเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการบริหารร่างกายและการออกแรงทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Pender, 2006) เป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เพราะช่วยให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้กลไกการทำงานของร่างกายในระบบต่างๆ มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) ซึ่งศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 200 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{x}$ = 16.67, S.D. = 3.66) การศึกษาของศุภวรรณ ป้อมจันทร์ (2551) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลไพศาลี จำนวน 130 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 14.26, S.D. = 6.17) การศึกษาของ อโณทัย ตั้งธนะพงษา (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานแฝง กลุ่มตัวอย่าง คือ ทหารประจำการ ณ กรมการสัตว์ทหารบก จังหวัดนครปฐม จำนวน 74 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายในระดับพอใช้ ($\bar{x}$ = 2.47, S.D. = .56) การศึกษาของอารักขา ใจธรรม (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 165 ราย พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิกรรมทาง

กายอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}$ = 2.41, S.D. = 0.63) การศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 2,091 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 9.60, S.D. = 1.20) การศึกษาของ ชลธิชา เรือนคำ (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 197 ราย ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{x}$ = 12.15, S.D.=3.64) การศึกษาของ จิราพร ทองดี ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 200 ราย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{x}$ = 17.63, S.D. = 5.08) การศึกษาของ หทัยรัตน์ เวชมนัส ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 200 ราย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{x}$ = 15.21, S.D. = 3.45) การศึกษาของ วิไลพร หอมทอง (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 90 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 15.20, S.D. = 4.73)

1.4 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับเหมาะสม($\bar{x}$ = 17.78, S.D. = 3.27) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีการดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนระบบการบริการเดิมที่มีการซ่อมนำสร้าง มาใช้การส่งเสริมสุขภาพให้เป็นไปในรูปแบบสร้างสุขภาพนำการซ่อม ไม่มุ่งเน้นเพียงแค่รักษาโรคแต่เน้นให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งมีการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2546) โดยโรงพยาบาลจัดให้ผู้ป่วยและญาติทำกิจกรรมร่วมกัน มี

การรณรงค์การฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคอุบัติใหม่ในผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นต้น แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในวัยกลางคน ($\bar{x}$ = 53.76, S.D. = 7.79) เป็นวัยที่ต้องออกทำงานนอกบ้าน ประกอบกับปัจจุบันครอบครัวไทยได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เป็นครอบครัวขยาย มีพ่อแม่ พี่น้อง ปู่ย่า ตายาย อาศัยอยู่ร่วมกัน เปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้การช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในหมู่ญาติมีความผูกพันกันน้อยลง แม้แต่ภายในครอบครัวเดียวกันก็มีสภาพต่างคนต่างอยู่มากขึ้น เนื่องจากแต่ละคนต่างมุ่งทำงานเพื่อหารายได้มาใช้ในครอบครัว และสังคมกลายเป็นสังคมเมืองมีการแข่งขันกันสูงขึ้น (วัณเพ็ญ บุญประกอบ, 2543) ทำให้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับเหมาะสม ดังผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาคับข้องใจจะปรึกษาบุคคลใกล้ชิด เพียงร้อยละ 19.3 เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของสังคม เพียงร้อยละ 18.9 เมื่อมีข้อขัดแย้งกับผู้อื่นใช้วิธีพูดคุยแบบประนีประนอม เพียงร้อยละ 15.1 ซึ่งแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดี ตามรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Pender (2006) คือ การดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมและเป็นไปอย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล เนื่องจากการมีเงื่อนไขการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกัน และเพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกผูกพันและเกิดความใกล้ชิดกันอย่างไม่เป็นทางการ ช่วยให้บุคคลได้รับประโยชน์ในด้านการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เช่น คำแนะนำ คำปรึกษา คำตักเตือน กำลังใจหรือทางด้านการเงิน ทำให้ช่วยแก้ปัญหาต่างๆ และลดความเครียดลง สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ เวชมนัส ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 200 ราย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{x}$ = 20.50, S.D. = 4.98) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 2,091 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x}$ = 9.85, S.D. = 1.39) ต่างจากการศึกษาของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) ซึ่งศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 200 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x}$ = 18.28, S.D. = 3.19) การศึกษาของ อโณทัย ตั้งธนะพงษา (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานแฝง กลุ่มตัวอย่าง คือ ทหารประจำการ ณ กรมการ

สัตว์ทหารบก จังหวัดนครปฐม จำนวน 74 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.11, S.D. = .55) การศึกษาของอารักขา ใจธรรม (2545) ที่ศึกษากลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 165 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.17, S.D. = .48)

1.5 การเจริญทางจิตวิญญาณ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับเหมาะสม ($\bar{x}$ = 23.42 S.D. = 4.23) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีการดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนระบบการบริการเดิมที่มีการซ่อมนำสร้าง มาใช้การส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เป็นไปในรูปแบบสร้างสุขภาพนำการซ่อม ไม่มุ่งเน้นเพียงแค่รักษาโรคแต่เน้นให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งมีการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ(สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2546) เช่น โรงพยาบาลจัดให้มีกิจกรรมทางศาสนาร่วมกันในวันสำคัญ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน มีผลต่อร่างกายของผู้ป่วยทำให้ร่างกายอ่อนแอ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ต้องพึ่งพาครอบครัว ทั้งในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและสูญเสียรายได้ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) ต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคในหลายๆ ด้าน เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย หมดกำลังใจ เกิดความขัดแย้งด้านจิตใจจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น คิดว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจความมีคุณค่าในตนเองลดลง จึงมีการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับเหมาะสม จากการวิเคราะห์รายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการพัฒนาทางจิตวิญญาณไม่สม่ำเสมอ พยายามปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้น ร้อยละ 70.3 เชื่อว่าชีวิตมีจุดมุ่งหมายเพียงร้อยละ 67.6 มีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่เพียงร้อยละ 68 ทำงานได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ บ่อยครั้งเพียงร้อยละ 62.2 ซึ่งการเจริญทางจิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งของความเป็นองค์รวมของมนุษย์ เป็นการเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดความหมายในชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย ซึ่งเป็นความเกี่ยวเนื่องที่สำคัญของจิตวิญญาณและเกี่ยวข้องกับชีวิต เป็น

สิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ เกิดการตระหนักและยอมรับในคุณค่าของตนเองและมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ตลอดจนมีแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การเจริญทางจิตวิญญาณเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในตนเอง มีกำลังใจในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2006) ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) ศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 200 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{x}$ = 18.45, S.D. = 5.12) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภวรรณ ป้อมจันทร์ (2551) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลไพศาลี จำนวน 130 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 18.28, S.D. = 2.92) การศึกษาของ หทัยรัตน์ เวชมนัส ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 200 ราย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{x}$ = 20.50, S.D. = 4.98) ส่วนการศึกษาของอโณทัย ตั้งธนะพงษา (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานแฝง กลุ่มตัวอย่าง คือ ทหารประจำการ ณ กรมการสัตว์ทหารบก จังหวัดนครปฐม จำนวน 74 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.19, S.D. = .0.46) การศึกษาของอารักขา ใจธรรม (2545) ที่ศึกษากลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 165 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.39, S.D. = .43) การศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 2,091 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 10.07, S.D. = 1.30) การศึกษาของ ชลธิชา เรือนคำ (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลนครพิงค์

จำนวน 197 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x}$ = 27.68, S.D. = 3.97)

1.6 การจัดการความเครียด

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดเหมาะสม ($\bar{x}$ = 20.51 S.D. =3.68) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีการดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนระบบการบริการเดิมที่มีการซ่อมนำสร้าง มาใช้การส่งเสริมสุขภาพให้เป็นไปในรูปแบบสร้างสุขภาพนำการซ่อม ไม่มุ่งเน้นเพียงแค่รักษาโรคแต่เน้นให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งมีการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ(สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2546) โดยโรงพยาบาลจัดให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมนันทนาการร่วมกัน เช่น การร่วมกันร้องเพลงขณะรอแพทย์ตรวจ การให้ความรู้เกี่ยวกับ การปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียด รวมทั้งสามารถป้องกันการเกิดความเครียดและแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม เช่น การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การทำงานบ้าน การออกกำลังกาย การพูดคุยปรึกษาระบายความคับข้องใจกับบุคคลที่ไว้วางใจ การอ่านหนังสือ ฟังเพลงซึ่งจะช่วยให้ผ่อนคลายและเป็นผลดีต่อการควบคุมรักษาโรค การที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในวัยกลางคน ($\bar{x}$ = 53.76, S.D. = 7.79) และเป็นผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาด รวมทั้งปัจจุบันมีการเติบโตทางเศรษฐกิจขึ้นมาก ทำให้มีการแข่งขันกันมากขึ้น จึงไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือจัดการไม่ให้เกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ ประกอบกับผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับเหมาะสม ทำให้การจัดการความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ต้องแบ่งเวลาให้กับการดูแลรักษาสุขภาพกับโรคที่เป็นจึงทำให้มีเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียดน้อยลง เช่น พบว่า มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพียงร้อยละ 17.4 ยอมรับสิ่งต่างๆ ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เพียงร้อยละ 13.5 ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของศุภวรรณ ป้อมจันทร์ (2551) ที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่ โรงพยาบาลไพสาลี จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 130 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{x}$ = 19.79, S.D. = 4.21) การศึกษาของการศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) ที่ศึกษา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 2,091 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x}$ = 9.74, S.D. = 1.25) ต่างจากการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง(2547) ศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 200 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x}$ = 22.49, S.D. = 3.81) การศึกษาของอโณทัย ตั้งธนะพงษา (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานแฝง กลุ่มตัวอย่าง คือ ทหารประจำการ ณ กรมการสัตว์ทหารบก จังหวัดนครปฐม จำนวน 74 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 2.97, S.D. = 0.52) การศึกษาของอารักขา ใจธรรม (2545) ที่ศึกษากลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 165 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 2.99, S.D. = .37) การศึกษาของ ชลธิชา เรือนคำ (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 197 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x}$ = 24.20, S.D. = 3.21) การศึกษาของหทัยรัตน์ เวชมนัส ศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 200 ราย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x}$ = 23.14, S.D. = 3.25) การศึกษาของจิราพร ทองดี ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 200 ราย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x}$ = 24.31, S.D. = 2.95) การศึกษาของ วิไลพร หอมทอง (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 90 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 13.83, S.D. = 3.42)

การอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ปัจจัยส่วนบุคคล

1. **ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้**

ผลการศึกษา พบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ ($r = 0.013$, $p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งโดยปกติจะเริ่มมีภาวะอ้วน ที่เข้ามาอยู่ในระบบการรักษาของโรงพยาบาล ได้รับการดูแลต่อเนื่องมาระยะหนึ่ง ทำให้ได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัว มีการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสม($\bar{x} = 134.67$, S.D. = 17.22) มีระดับของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x} = 30.10$, S.D. = 4.58) ถึงแม้ว่าจะมีดัชนีมวลกายมากกว่า 23 ร้อยละ 51 ตามแนวคิดของ Pender (2006) ดัชนีมวลกาย เป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมายและมีอิทธิพลต่อแบบแผนการดำเนินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. **ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้**

ผลการศึกษา พบว่า เพศชายมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ ($r = -.150$, $p < 05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยเพศเป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านชีววิทยาซึ่งมีผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2006) ความแตกต่างทางร่างกาย เป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดีของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถ อธิบายได้ว่าปัจจุบันสตรีต้องทำมาหากินนอกบ้าน ทำให้ได้พบปะผู้คนหลายอาชีพ มีโอกาสได้สนทนาเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ พร้อมทั้งเกิดการเรียนรู้ในการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ (วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิช และสุทธิพงษ์ ทิพชาติโยธิน, 2550) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ โดยธรรมชาติของเพศหญิงเป็นเพศที่มีความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว มีความใส่ใจ สนใจต่อภาวะสุขภาพและดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย (สดใส ศรีสะอาด, 2540 อ้างถึงใน โสภิต ทิพย์รัตน์, 2551) และยิ่งมี

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง จึงทำให้เพศหญิงมีความใส่ใจต่อสุขภาพด้วยการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่เพศชายไม่ใส่ใจต่อสุขภาพของตนเองแม้ว่าจะมีโรคประจำตัวอยู่แล้วก็ตาม ก็อาจคิดว่าตนเองซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ยังแข็งแรงดี จึงไม่มีความจำเป็นต้องดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ จากการวิเคราะห์รายข้อของข้อคำถาม ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ พบว่า เพศหญิงไม่สูบถึงร้อยละ 87.86 ในขณะที่เพศชายไม่สูบบุหรี่มีเพียงร้อยละ 53.49 ท่านหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า เพศหญิงหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 64.16 เพศชายหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 45.35 ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ พบว่า เพศหญิงหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรรอลสูง ร้อยละ 43 เพศชายหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรรอลสูง ร้อยละ 16 ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เพศหญิงออกกำลังกายสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ร้อยละ 44 เพศชาย ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ร้อยละ 11 จากเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของ อินทราพร พรมปราการ พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเพศหญิง (อินทราพร พรมปราการ, 2541 อ้างถึงใน โสภิต ทิพย์รัตน์, 2551) และการศึกษาของอารักขา ใจธรรม (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (r=.-.07, p >.05)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ผลการศึกษา พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ($r = .029$, $p > 05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันน้อยในเรื่องของอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน ถึงร้อยละ 92.66 ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะและความสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพของตนได้เป็นอย่างดี (สุชา จันทร์เอม, 2536) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลมาระยะหนึ่ง เป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเหมือนๆ กัน เข้าถึงบริการสุขภาพได้เท่าเทียมกัน อายุที่ต่างกันจึงมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพไม่ต่างกัน Pender (2006) กล่าวว่า อายุ เป็นข้อบ่งชี้ถึงความแตกต่างของบุคคลในด้านการพัฒนาวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านชีววิทยา ที่มีผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ อารักขา

ใจธรรม (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ดจำนวน 165 ราย พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (r=-11, p > .05) และการศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงครามจำนวน 336 คน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($\chi 2$ = 5.149, p = .272)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ผลการศึกษา พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (r =.029, p > 05) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีรายได้ต่างกันมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ปัจจุบันรัฐมีนโยบายดูแลประชาชนด้านสุขภาพ โดยให้เป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้เท่าเทียมกันโดยไม่เกี่ยวข้องกับรายได้ นอกจากนี้ ในการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และ ด้านการจัดการความเครียด ก็ไม่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ หรือหากจะต้องเสียใช้จ่ายก็เพียงเล็กน้อย เช่น การหาซื้ออุปกรณ์การออกกำลังกาย ซึ่งจากข้อคำถาม การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทำให้ฉันสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ไม่เห็นด้วยกับข้อคำถาม ถึงร้อยละ 92.3 ฉะนั้น รายได้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ โสภิต ทิพย์รัตน์ (2551) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน จำนวน 130 คน พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน การศึกษาของสุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงครามจำนวน 336 คน พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แตกต่างจากการศึกษาของ อารักขา ใจธรรม (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 165 ราย พบว่า

รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (r=.30, p <.001) กล่าวคือ ผู้มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งรายได้เป็นปัจจัยด้าน ด้านสังคมวัฒนธรรม ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดรู้ที่เฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2006)

5. **ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้**

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (r = -.091, p >.05) ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพไม่ต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล จึงได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคจากแพทย์พยาบาล และบุคคลที่มีความรู้ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม ดังการวิเคราะห์รายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 90.3 ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลใกล้ชิด หรือ ผู้ที่เป็นโรคเช่นเดียวกัน ร้อยละ 88.4 ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่จากบุคลากรทางการแพทย์ ฉะนั้น แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันก็ไม่มีผลต่อการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของ อารักขา ใจธรรม (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 165 ราย ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (r=.30, p <.001) ซึ่งการศึกษาเป็นปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมซึ่งมีผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2006) นั่นคือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ปัจจัยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลระหว่างบุคคลกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

1. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในเขตภาคใต้ ($r = .364$, $p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 31.86,S.D. = 3.98) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เป็นการวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใดๆ โดยขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับ การคาดการณ์ถึงผลประโยชน์เป็นการแสดงออกทางจิตใจที่คำนึงถึงผลทางบวกของการกระทำพฤติกรรม (Pender, 2006) ซึ่งการที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ มีการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยคาดหวังผลทางด้านสุขภาพของตนเอง โดยเชื่อในประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ จึงเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ มีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ รับประทานอาหารที่เหมาะสม มีการสังเกตอาการที่ผิดปกติกับร่างกาย แสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ได้รับการสนับสนุนต่างๆจากบุคคลใกล้ชิด เชื่อว่าตนเองสามารถมีชีวิตอยู่เป็นปกติได้แม้มีโรคประจำตัว รวมทั้งสามารถจัดการกับความเครียดได้ สำหรับผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดทำให้สามารถควบคุมอาการของโรคที่เป็นอยู่ได้และมีสุขภาพแข็งแรง ดังนั้นการที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตการที่ส่งเสริมสุขภาพว่ามีประโยชน์ต่อตนเอง จึงทำให้มีการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพจะช่วยลดความรุนแรงของโรค ด้านโภชนาการและด้านกิจกรรมทางกายช่วยให้สุขภาพแข็งแรง ด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลส่งเสริมให้ได้รับความช่วยเหลือและได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณทำให้ผู้ป่วยยอมรับในโรคที่ตนเองเป็น มีเป้าหมายในชีวิตและสามารถปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการจัดการความเครียดช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพจิตดี

ซึ่งการที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดี ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา ของวาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 200 ราย พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (r=.407, p <.01) การศึกษาของชลธิชา เรือนคำ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 197 ราย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (r= .506, p<.05)การศึกษาของอารักขา ใจธรรม (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่ โรงพยาบาล จำนวน 165 ราย พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ(r=.46, p <.05) ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของ Pender ที่ว่าปัจจัยด้านความรู้-ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรมด้านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นั่นคือ ผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้มีการรับรู้ประโยชน์ของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

2. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ (r= -.387, p <.05) ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 14.01 ,S.D. = 2.97) ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ Pender (2006) ว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในด้านการขาดความรู้ รายได้ เวลา สิ่งเอื้ออำนวย การขาดโอกาส ผู้สนับสนุน ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สามารถปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ ดังนั้น หากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดมีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำก็จะส่งผลให้มีการปฏิบัติตามแบบ

แผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดี และมีแนวโน้มที่ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ในทางตรงข้าม หากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดมีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง จะส่งผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม ทำให้การปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเป็นไปได้ยาก การรับรู้อุปสรรคจึงมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 200 ราย พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ($r = -.573, p < .01$) การศึกษาของ ชลธิชา เรือนคำ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 197 ราย พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = -.379, p < .05$) การศึกษาของอารักขา ใจธรรม (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 165 ราย พบว่าการรับอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = -.410, p < .05$) การศึกษาของอโณทัย ตั้งธนะพงษา(2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานแฝง จำนวน 74 ราย พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = -.305, p < .001$) ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของ Pender ที่ว่าปัจจัยด้านความรู้-ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรมด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นั่นคือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้มีการรับรู้อุปสรรคของการแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพน้อยจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตามของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ ($r = .439, p < .05$) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 23.56$, S.D. = 3.76) ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอธิบายได้ตาม

แนวคิดของ Pender (2006) ว่า การที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้รับรู้ความสามารถของตนเองและเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้ในระดับสูงจะส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการคาดการณ์ของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ได้สำเร็จมากน้อยเพียงใด บุคคลจะดำเนินกิจกรรมให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายได้ด้วยตนเองต้องเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 200 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (r=.741, p <.01) การศึกษาของชลธิชา เรือนคำ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 197 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (r=.559,p <.05) การศึกษาของอโณทัย ตั้งธนะพงษา(2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานแฝง จำนวน 74 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (r=.482, p <.01) ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของ Pender ที่ว่า ปัจจัยด้านความรู้-ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

4. อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการปฏิบัติตามของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ผลการศึกษา พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ (r=.389, p <.05) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 53.48, S.D. = 4.51) ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ Pender (2006) ว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลคือ ความคิด ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่น ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมทำให้บุคคลได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และการตอบสนองด้านอารมณ์ จะทำให้รู้สึกว่า

ตนเองมีคุณค่าเป็นที่ต้องการ จะช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับความรู้และการช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคคลใกล้ชิดซึ่งความคิด ความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลเหล่านี้ที่เห็นว่าการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์ และคาดหวังว่าผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดควรปฏิบัติ จึงมีอิทธิพลต่อผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดให้ปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 200 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (r=.492, p <.01) การศึกษาของชลธิชา เรือนคำ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 197 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (r=.550, p <.05) ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของ Pender ที่ว่าปัจจัยด้านความรู้-ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรมด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ นั่นคือความคาดหวังของบุคคลอื่น การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์การให้กำลังใจที่ได้รับจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคคลากรทางสุขภาพและการเรียนรู้จากบุคคลอื่นสูง จะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้มีแนวโน้ม ที่จะปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถร่วมกันทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ได้

ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ อิทธิพลระหว่างบุคคล (β =.25, p <.05) การรับรู้ประโยชน์ (β =.15, p <.05) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (β =.16, p <.05) และการรับรู้อุปสรรค (β = -.14, p <.05) โดยร่วมกันทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 29 (R^2=.29) โดยตัวแปรการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมาก

ที่สุดในการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ ซึ่งถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวแรก และสามารถทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ได้ร้อยละ 17.9 (R^2=.179) ส่วนตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยรองลงมา โดยสามารถทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 11.2 (R^2change =.112) กล่าวคือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ ที่มีรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลสูง รับรู้ประโยชน์ของการกระทำแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพสูง รับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีการรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ จะส่งผลให้มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคลสูง จะมีการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพสูง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน การได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และการตอบสนองด้านอารมณ์ จะทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่ต้องการ จะช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพสูง (Pender,2006) การคาดการณ์ถึงประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมเป็นสิ่งสำคัญของการจูงใจที่อยู่บนพื้นฐานของผลลัพธ์ที่บุคคลได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยตรง หรือประสบการณ์ที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น (Pender, 2006) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำสูง จะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงจะทำให้มีการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการดำเนินการกระทำกิจกรรมได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมโดยไม่ย่อท้อ (Bandura, 1997) การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรม เป็นการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางหรือไม่เอื้ออำนวยต่อการกระทำแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การขาดความรู้ รายได้ เวลา สิ่งเอื้ออำนวย การขาดโอกาส ผู้สนับสนุน (Pender, 2006) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการกระทำต่ำ จะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ ได้รับอิทธิพลระหว่าง

บุคคลสูง มองเห็นว่าการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพนั้นมีประโยชน์ต่อตนเองสูง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง รวมทั้งการรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางหรือไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ จะทำให้มีการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพสูง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 2,091 ราย พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ การได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติและเพื่อนสนิทรวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงสุด คือ การได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติและเพื่อนสนิทรวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งทำนายได้ร้อยละ 21.2 การศึกษาของ ชลธิชา เรือนคำ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 197 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 39.8 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 การศึกษาของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 200 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค และการสนับสนุนทางสังคมของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 59.7 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพสูงและมีการรับรู้อุปสรรคต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับเหมาะสมโดยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสม ดังนั้นบุคลากร

ทางสุขภาพจึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสม โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน เช่น การออกกำลังกาย การพูดคุยในกลุ่มผู้ป่วยทำให้มีการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งการสื่อสารในกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยจะเป็นไปในลักษณะที่ไม่เป็นทางการและเข้าใจกันได้ง่าย เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกที่คล้ายคลึงกัน เข้าใจกันได้มากกว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญ ตักบาตร เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองสามารถทำได้แม้ว่าจะมีภาวะเจ็บป่วย ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะเป็นส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. การศึกษาครั้งนี้ พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถ และการรับรู้อุปสรรค สามารถทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และมีระดับไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดควรให้ความสนใจ ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) ซึ่งเป็นมโนทัศน์หลักในการสร้างกลยุทธ์/กิจกรรมพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ด้วยการส่งเสริมให้ได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคลสูง มองเห็นว่าการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพนั้นมีประโยชน์ต่อตนเองสูง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง รวมทั้งลดสิ่งกีดขวางหรือไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพให้อยู่ในระดับต่ำ เพื่อให้ผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง โดยมีเจ้าหน้าที่ กลุ่มเพื่อนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในเชิงทดลองเพื่อพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมอิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ความสามารถ การรับรู้ประโยชน์ และลดการรับรู้อุปสรรค เพื่อให้ผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมีการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้นโดยมุ่งส่งเสริม ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด เพื่อลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันได้เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกถึงอุปสรรคในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเพื่อนำมาวางแผนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นรวมทั้งลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมอนามัย, สำนักส่งเสริมสุขภาพ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ, ผสานสร้างกับซ่อม.กรุงเทพ: กระทรวงสาธารณสุข, 2546.

กรรณิกา ลองจำนงค์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2547.

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สำนักงาน. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.thaihealth.or.th/node/4644: หนังสือพิมพ์บางกอกทูเดย์, 2551. [2553, สิงหาคม 14]

คณะสาธารณสุขศสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. การสำรวจศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย สถานการณ์ นโยบาย และเครือข่ายความร่วมมือ. กรุงเทพ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552.

จิตร สิทธีอมร และ วัฒนา ส.จั่นเจริญ. ภาระโรคในคนไทยและแนวความคิดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.

จีราพร ทองดี. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.

จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. โรคความดันโลหิตสูง. ใน วิทยา ศรีมาดา, ตำราอายุรศาสตร์ 4, 175-201. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทย. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://ulib.bcnsk.ac.th/library/dublinfull.php?f=all&ID=13399109916, 2543. [2553, สิงหาคม 14]

ชลธิชา เรือนคำ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.

ตรีพร ชุมศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.

นภาภรณ์ ศรีใจวงศ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ พยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.

นิตยา พันธุเวทย์และธิดารัตน์ อภิญญา. ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก. กรุงเทพมหานคร: สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2553. (World Hypertension Day 2010)

นวลตา อาภาคัพภะกุล. รายงานการวิจัยเรื่องโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในภาคใต้. สงขลา: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2549.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย, 2550.

ปิยะมิตร ศรีธารา. โรคหัวใจและหลอดเลือด[ออนไลน์]. กรุงเทพฯ:สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2551. แหล่งที่มา: http://www.thaiheart.org/board_adhere/board.php?id=89&use_file=view [2553, สิงหาคม 14]

พนอ อัศวรุจานนท์, ภักตร์เพ็ญ ทิพยมนตรี, วินัย สุขราช และ บัวแก้ว ชุมพลภักดี. การศึกษาความสัมพันธ์ของดัชนีมวลกายและสัดส่วนของรูปร่างของนักศึกษาวิทยาลัยครูสะหวันนะเขตและผู้ใหญ่สะหวันนะเขตสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายส่งเสริมการวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2547.

พะยอม สุขเอนกนันท์. แนวทางในการติดตามดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ. มหาสารคาม: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2550.

พีระ บูรณกิจเจริญ. 2007 Guildeline ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง, ภาควิชาอายุรศาสตร์: โรงพยาบาลศิริราช, 2550.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. สงขลา: อัลลายด์เพรช จำกัด, 2536.

พรรณราย เลอวัฒนกิจถาวร. ภาวะไขมันในเลือดสูง[ออนไลน์]. กรุงเทพฯ:โรงพยาบาลปิยะเวช, 2551 แหล่งที่มา: http://www.medical-checkup-center.piyavate.com [2553, สิงหาคม 14]

มะหามะ เมามูลาและคณะ. การบูรณาการองค์ความรู้บทบัญญัติศาสนาอิสลาม:โรคเรื้อรัง (โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง). พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2552.

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. โครงการโรคหัวใจและหลอดเลือด, เบาหวานสถานการณ์ปัจจุบัน 1. กรุงเทพ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549.

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. โครงการโรคหัวใจและหลอดเลือด, การประเมินและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงรวมในโรคหัวใจและหลอดเลือด.กรุงเทพ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549.

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. โครงการโรคหัวใจและหลอดเลือด, สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด.กรุงเทพ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549.

ยูซุฟ นิมะ และ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2550.

รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.

รวิภา บุญชูช่วย.การสร้างภูมิคุ้มกันในโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบองค์รวม. เอกสารการสอน วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ, 2550.

ลัดดา ขอบทอง. ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ที่เฉพาะกับพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน), สาขาวิทยาชุมชน สถาบันธัญญารักษ์, 2552.

วัฒนา ประทุมศิลป์, ฉวีวรรณ วรรณประเสริฐ, สุมาลา เปี่ยมมงคล, มานพ จิตต์ภูษาและเพ็ญพักตร์ ทองแท้. พฤติกรรมการกินของประชาชนในภาคใต้ของประเทศไทย. ปัตตานี: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี, 2529.

วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. สุขภาพดีแม้มีความดันโลหิตสูง[ออนไลน์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2552. แหล่งที่มา: http://www.stouhealth.org/index.php [2553, สิงหาคม 13]

วาสนา ครุฑเมือง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.

วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์, 2546.

วิชัย เอกพลากร. สถานการณ์โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดและทิศทางการวิจัยในประเทศไทย, 5-31. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิจัยสุขภาพ, 2549.

วิทยา ศรีมาดา. การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร:ยูนิตี้ พับลิเคชั่น, 2543.

วิทยา ศรีมาดา. ตำราอายุศาสตร์ 4. พิมพ์ครั้งที่ 3. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.

วุฒิชัย เพิ่มศิริวาณิชย์ และ สุทธิพงษ์ ทิพชาติโยธิน. วัฒนธรรมวิถีใต้กับการสร้างเสริมสุขภาพ. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2550.

วิไลพร หอมทอง. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.

วิไลวรรณ ตรีถิ่น. ความดันโลหิต : การป้องกันและการดูแล. มฉก.วิชาการ. (มกราคม – มิถุนายน), 2548 : 38-44.

วิโรจน์ เจียมจรัสรังสีและประศักดิ์ สันติภาพ. โครงการการทบทวนองค์ความรู้มาตรการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เล่ม 2, 3-13. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2547.

ศิริชัย พงษ์วิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

เศวต นนทกานันท์, บุหรี่กับโรคหัวใจ[ออนไลน์]. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย แหล่งที่มา www.thaiheart.org[2553, สิงหาคม 8]

ศุภวรรณ ป้อมจันทร์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.

หทัยรัตน์ เวชมนัส. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.

สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. Thai Hypertension Society:Guidelines in the Treatment of Hypertension 2008. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2551.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์, 2551.

สายัณห์ ชีพอุดมวิทย์. โครงการทบทวนสถานการณ์และองค์ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. 2547.

สุกิจ แย้มวงษ์. โครงการพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อดรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. 2548.

สุชา จันทร์เอม. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช. 2536

สุภา อินทร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.

แสงอรุณ อิสระมาลัย ขนิษฐา นาคะ และ อภิรัตน์ อิ้มพัฒน์. รายงานการวิจัยเรื่องการทบทวนงานวิจัยระบบสุขภาพ: พฤติกรรมสุขภาพของคนในภาคใต้. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2549.

สุณีย์ เก่งกาจ. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพร้าว. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544.

สุพิมพ์ อุ่นพรม. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2550.

สุพิมพ์ อุ่นพรม, นงนุช โอบะและนุศรา วิจตรแก้ว. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่. Journal of Nursing Science Naresuan University. (January-June 2007) : 100-111

สุพรชัย กองพัฒนากูล. การดูแลและรักษากลุ่มโรคไม่ติดต่อด้นพฤติกรรมและวิถีชีวิต. กรุงเทพมหานคร: ส่วนพฤติกรรมและสังคม สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2542.

สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต (สุขศึกษา), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2551.

สุนทร ตัณฑนันทน์. การปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน และลดความเสี่ยงจาก โรคเบาหวาน[ออนไลน์]. กรุงเทพฯ:สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2550. แหล่งที่มา http://www.diabassocthai.org. [2553, สิงหาคม 13]

สุรีย์ คำพอง. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2549.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ปรีดา แต้อารักษ์, ปาณบดี, เอเอกะจัมปะกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโนและรุจิรา ทวีรัตน์. โครงการศึกษาเพื่อติดตามสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพในภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ. 1000 เล่ม. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข: บริษัท ออลพริ้นซ้อพ จำกัด, 2646.

เสมอพร สังวาสี. อาหารไทยสี่ภาค, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์ CUISINE, 2549.

โสภิต ทิพย์รัตน์. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.

อโณทัย ตั้งธนะพงษา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานแฝง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2551.

อภิชาติ อัศวมงคลกุล. การออกกำลังกายอย่างถูกวิธี[ออนไลน์]. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิคส์และกายภาพบำบัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 255 แหล่งที่มา www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/ar. [2554, มกราคม 2554]

อารักขา ใจธรรม. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545

เอกวิทย์ ณ ถลาง. ภูมิปัญญาชาวบ้านสี่ภูมิภาค:วิถีชีวิตและกระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้านไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2540.

อุมากร ใจยั่งยืน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิต. Journal of Nursing and Education 2552 : 39-40.

อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ, เฉวตสรร นามวาท, วนัสสนันท์ รุจิวิพัฒน์และจิรภัทร กัลป์ยาณพจน์พร. โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. นนทบุรี: กลุ่มงานระบาดโรคไม่ติดต่อ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549.

เอกวิทย์ ณ ถลาง. ภูมิปัญญาชาวบ้านสี่ภูมิภาค: วิถีชีวิตและกระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้านไทย. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2540.

ภาษาอังกฤษ

Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. Stamford University, NY: W.II. Freeman and Company, 1997.

Dahlof, B. Cardiovascular Disease Risk Factors: Epidemiology and Risk Assessment. Sweden: Boehringer Ingelheim GmbH, 2010.

ELSEVIER. Prevention of cardiovascular disease in modern China: Utile or futile?. CVD Prevention and Control 2009: 1-7.

ELSEVIER. Clustering of hyperlipidemia, hyperglycemia, alcohol drinking, overweight and central obesity and hypertension in Mongolian people, China. CVD Prevention and Control 2009: 163-169.

Gustafsson, K. S. Maturitas. Risk factor for cardiovascular disease in women. 186-190. Ireland: Elsevier, 2009.

House, J. W. Work stress and social support. Menlo Park: Addison Wesley, 1981

Janet P. Wallace. Exercise in Hypertension : A Clinical Review. Sport Med, 585 – 598, 2003.

Mackay, J., and mensah, G Atlas of Heart Disease and Stroke. Geneva: World Health Organization, 2004.

Moriguchi, J. et al. Low Frequency Regular Exercise Improves. Flow-Mediated Dilatation of Subjects with mild Hypertension. Hypertens Res; 28 4, 2005.

Miyai N, et al. Antihypertensive Effects of Aerobic Exercise in Middle – Aged Normotensive Men with Exaggerated Blood Pressure Response to Exercise. Hypertens Res; 25 . 4, 2002.

Murray, R.B. and Zentner, J.P. Nursing Assessment and Health Promotion Strategies Through the Life Span. 5th ed. USA: Appleton and Lange, 1993.

National Diabetes Education. Guiding Principles for Diabetes Care for Health Care Professional. USA: National Institutes of Heath and the Centers for Disease Control and Prevention, 2009.

National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. National High Blood Pressure Education Program. USA: U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE, 2004.

O'Donnell, C. J., and Elosua, R. Revista Espanola de Cardiologia (English Edition). Cardiovascular Risk Factor. Insights From Framingham Heart Study, 299-310. USA: Framingham, Massachusetts, 2008.

Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 4th. St. Louis: Mosby Year Book, 1991

Palank, C.L. Determinants of health-promotive behavior: A review of current research. Nursing Clinical of North American, 26,815-832. USA: Shenandoah Community Health Center, Martinsburg, 1991

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., and Parsons, M. A. Health Promotion In Nursing Practice. United States of America: Pearson Education, 2006.

Polit, D.F., and Beck, C. T. Nursing research: Principles and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, William and Wikins, 2004.

Polit, D.F., and Hunger, B. P. Nursing research: Principles and methods. 5th ed. Philadelphia: Lippincott, 1995.

TA. Gaziano. Reducing The Growing Burden Of Cardiovascular Disease In The Developing World, 13-24. United States of America: Health Foundation, Inc., 2007.

Walker, S.N., Sechrist, K.R., and Pender, N.J. The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics [online]. USA: National Library of Medicine, 1987. Available from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3644262.[2010, January 15]

World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Canada: Ottawa, 1986

World Health Organization. Preventing Chronic Disease a vital investment. Canada: AGENCE DE SANTE PUBLICQUE, 2005

World Heart Federation. CVD Prevention and Control, Prevention of Cardiovascular disease in modern China: Utile or futile, 1-7. Chaina: Elsevier, 2009.

World Heart Federation. CVD Prevention and Control, Clustering of Hyperlipidemia, alcohol drinking, overweight and central obesity and hypertension in Mongolian, China, 163-169. Chaina: Elsevier, 2009.

World Heart Organization, International Society of Hypertension Writing Group. Journal of Hypertension, 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) stagement on management of hypertension, 1983-1992. United kindom: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS , 2003.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชวนพิศ ทำนอง	คณะพยาบาลศาสาตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโณ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
3. ผู้ช่วยศาตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. นางอรุณศรี รัตนพรหม	พยาบาลผู้จัดการรายกรณี โรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
5. นางวิไลรัตน์ ชัยนนถี	พยาบาลผู้จัดการรายกรณี โรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 2950

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระรามที่ 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

17 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชวนพิศ ทำนอง อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชวนพิศ ทำนอง
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 0-2218-1159
ชื่อนิสิต นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ โทร. 08-4308-7181

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๖๐๙๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๖ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อสนองเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอม สุวรรณโฌ อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอม สุวรรณโฌ
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 0-2218-1159
ชื่อนิสิต นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ โทร. 08-4308-7181

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/2050

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีพัชรินทร์ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวี คงอินทร์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวี คงอินทร์
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 0-2218-1159
ชื่อนิสิต นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ โทร. 08-4308-7181

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 2070

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

17 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ วิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอรุณศรี รัตนพรหม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักเรียน นางอรุณศรี รัตนพรหม
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 0-2218-1159
ชื่อนิสิต นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ โทร. 08-4308-7181

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 9050

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาววิไลรัตน์ ชัยนนถี พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้ประสานงาน นางสาววิไลรัตน์ ชัยนนถี
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 0-2218-1159
ชื่อนิสิต นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ โทร. 08-4308-7181

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่

สัมภาษณ์.....

แบบสอบถามปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพและอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย✓ ลงใน ( ) เพียงตัวเลือกเดียว ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ .....ปี
3. สถานภาพสมรส
   ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย/ หย่า ( ) แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
   ( ) ไม่ได้รับการศึกษา ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา / ปวช.
   ( ) อนุปริญญา/ปวส. ( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพปัจจุบัน
   ( ) เกษตรกรรม ( ) ประมง ( ) ค้าขาย
   ( ) รับราชการ ( ) พนักงานเอกชน ( ) อื่นๆ

ระบุ.....

6. ความเพียงพอของรายได้
   ( ) เพียงพอ มีเหลือเก็บ ( ) เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ
   ( ) ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน ( ) ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน
7. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
8. ท่านอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
   ( ) คู่สมรส ( ) บุตร ( ) หลาน ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
9. โรคประจำตัว
   ( ) เบาหวาน ( ) ความดันโลหิตสูง ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
10. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี ซึ่งสร้างขึ้นโดย นายแพทย์สุกิจ แย้มวงษ์ (2548) มีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละปัจจัยเสี่ยง ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยง	คะแนน
อายุ	
☐35 -39	-2
☐40 - 44	0
☐45 – 49	2
☐50-54	4
เพศ	
☐หญิง	0
☐ชาย	3
โคเลสเตอรอล	
☐<280	0
☐≥280	4
สูบบุหรี่	
☐ไม่สูบ	0
☐ยังสูบบุหรี่	2
เบาหวาน	
☐ไม่เป็น	0
☐เป็น	5
ความดันโลหิตสูง	
☐ไม่เป็น	0
☐เป็น	3
รอบเอวชาย ≥90 cm/ หญิง ≥ 80 cm	
☐ไม่ใช่	0
☐ใช่	3

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การแปลผล

คะแนนรวม	ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี(%)
-2	0
0	0
1	1
2	1
3	1
4	1
5	1
6	1
7	2
8	2
9	2
10	3
11	4
12	4
13	5
14	6
15	8
16	9
17	11
18	14
19	16
≥20	20

ชื่อ สกุลผู้

ประเมิน.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

คำชี้แจง

แบบสอบถามส่วนนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินเกี่ยวกับวิถีชีวิตของท่านในปัจจุบันที่กระทำจนเป็นนิสัยประจำตัวหรือการกระทำแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เมื่อท่านได้อ่านหรือฟังคำถามแล้วกรุณาเลือกคำตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โปรดใส่เครื่องหมาย✓ในช่องขวามือ โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่เคยทำ	หมายถึง	ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนี้เลย
ทำเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งหรือ 1-2 วันต่อสัปดาห์
ทำบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือ 3-6 วันต่อสัปดาห์
ทำเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน

แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นประจำในกิจวัตรประจำวัน เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อความ	ไม่เคยทำ	ทำเป็นบางครั้ง	ทำบ่อยครั้ง	ทำเป็นประจำ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 1. ท่านบอกอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ				
2.				
ด้านกิจกรรมทางกาย 8. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เช่น การเดินเร็ว การขี่จักรยาน การเต้นแอโรบิค รำไม้พลอง ว่ายน้ำ				
9.				
ด้านโภชนาการ 10. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง ขาหมู				
18.				

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อความ	ไม่เคยทำ	ทำเป็นบางครั้ง	ทำบ่อยครั้ง	ทำเป็นประจำ
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 19. เมื่อมีปัญหาท่านปรึกษาปัญหาข้อคับข้องใจกับบุคคลใกล้ชิด				
20.				
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 21. ท่านพยายามปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้น				
22.				
ด้านการจัดการกับความเครียด 23. ท่านนอนหลับอย่างเพียงพอ				
24. ท่านจัดเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจในแต่ละวัน				

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

คำชี้แจง

แบบสอบถามส่วนนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านที่มีต่อประโยชน์ของการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เมื่อท่านได้อ่านหรือฟังคำถามแล้วกรุณาเลือกคำตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โปรดใส่เครื่องหมาย✓ในช่องขวามือโดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนมาก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

การรับรู้ประโยชน์แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การทราบถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง
ท่านคิดว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อท่าน ดังต่อไปนี้				
1. ทำให้มีชีวิตยืนยาว				
2. ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมลงเร็วกว่าปกติ				
3.				

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

คำชี้แจง

แบบสอบถามส่วนนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านที่มีต่ออุปสรรคต่อการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เมื่อท่านได้อ่านหรือฟังคำถามแล้วกรุณาเลือกคำตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โปรดใส่เครื่องหมาย✓ในช่องขวามือโดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนมาก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง		หมายถึงท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพได้

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง
ท่านคิดว่าสิ่งที่เป็นอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของท่านคืออะไร				
1. การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ยุ่งยากสำหรับฉัน				
2. ฉันไม่มีเวลาในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				
3.				

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

คำชี้แจง

แบบสอบถามส่วนนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านที่มีต่อความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เมื่อท่านได้อ่านหรือฟังคำถามแล้วกรุณาเลือกคำตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โปรดใส่เครื่องหมาย✓ในช่องขวามือโดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	ท่านไม่มั่นใจว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจมาก	หมายถึง	ท่านมั่นใจมากว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมั่นใจเป็นอย่างมากว่าจะสามารถกระทำได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยถึงความสามารถของตนเองในปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ข้อความ	ไม่มั่นใจเลย	มั่นใจเล็กน้อย	มั่นใจมาก	มั่นใจมากที่สุด
1. ท่านมั่นใจว่าสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคของท่าน				
2. ท่านมั่นใจว่าสามารถกินยาได้ครบถ้วนและต่อเนื่องตามแผนการรักษา				
3.				

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลระหว่างบุคคล ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

คำชี้แจง

แบบสอบถามส่วนนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเกี่ยวกับอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เมื่อท่านได้อ่านหรือฟังคำถามแล้วกรุณาเลือกคำตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ในช่องขวามือโดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเลย
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย
เป็นจริงส่วนใหญ่	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่
เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นมากที่สุด

อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลใกล้ตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 1) ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลอื่นต่อผู้ป่วยในการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2) การรับรู้ของผู้ป่วยว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร จากครอบครัว กลุ่มเพื่อนหรือบุคคลทางสุขภาพ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อความ	ไม่เป็นจริงเลย	เป็นจริงเล็กน้อย	เป็นจริงส่วนใหญ่	เป็นจริงมากที่สุด
บรรทัดฐานของสังคม 1. สมาชิกในครอบครัวคาดหวังให้ท่านปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ (ปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ) 2.				
ด้านอารมณ์ 3. ท่านได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด ในยามที่เจ็บป่วย				
4.				

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อความ	ไม่เป็นจริงเลย	เป็นจริงเล็กน้อย	เป็นจริงส่วนใหญ่	เป็นจริงมากที่สุด
ด้านข้อมูลข่าวสาร				
5. **ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลใกล้ชิด หรือ ผู้ที่เป็นโรคเช่นเดียวกัน**				
6.				
ด้านการประเมินค่า				
7. **ท่านได้รับคำยกย่องชมเชย จากบุคคลใกล้ชิด หรือบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อท่านปฏิบัติตัวได้ถูกต้องกับโรคที่เป็นอยู่**				
8.				
ด้านทรัพยากร				
9. **ท่านได้รับความช่วยเหลือทางด้านการเงินจากบุคคลใกล้ชิด**				
10.				

หมายเหตุ บุคคลใกล้ชิด หมายถึง คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร หลาน พ่อ แม่ พี่ น้อง
บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง แพทย์ และพยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอื่นๆ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

ใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

วันที่ให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารให้ความยินยอมนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งผลดี ผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดจากการวิจัยอย่างละเอียดจากผู้วิจัย ข้าพเจ้าได้ซักถามและเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องที่จะศึกษาดังกล่าวแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษา การวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในเวลาใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆจากการวิจัยดังกล่าวข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าและผู้ที่ต้องรับผิดชอบคือนางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์

ผู้วิจัยชื่อ นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ ที่อยู่ 248/26 ซอย 29 ถ.ดอนนก ต.มะขามเตี้ย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84170

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการจึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้

.....	.....
สถานที่/วันที่	(.....)
	ผู้เข้าร่วมวิจัย
.....	.....
สถานที่/วันที่	(.....)
	ผู้วิจัย
.....	.....
สถานที่/วันที่	(.....)
	พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participation Information Sheet)

ชื่อโครงการ ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ชื่อผู้วิจัย นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลท่าชนะ ต.ท่าชนะ อ.ท่าชนะ จ.สุราษฎร์ธานี 84170

โทรศัพท์ 077381167

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0843087181

Email address : pari_kung@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยทำนายปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัยคือเพื่อศึกษา ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่าง ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล และปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

3. ผู้วิจัยใช้วิธีการให้ตอบแบบสอบถามจำนวน 7 ส่วน ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัยในการเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย การให้ข้อมูลผู้วิจัยจะไม่ระบุชื่อนามสกุล และที่อยู่ลงในรายงานการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอในเชิงวิชาการและไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้ง 7 ส่วนจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

4. รายละเอียดและขั้นตอนการวิจัยที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติมีดังต่อไปนี้ ในการวิจัยครั้งนี้ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การเลือกตามสะดวก และเรียกผู้เข้าร่วมวิจัยว่าผู้ให้ข้อมูล (Participants) โดยผู้ทำการวิจัยจะเป็นผู้แจกแบบสอบถามด้วยตนเอง และผู้ให้ข้อมูลจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยไม่ว่าก่อนหรือขณะตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถซักถามเพิ่มเติมได้

ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และแม้ผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็สามารถยกเลิกได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัยจะนำเสนอ ในภาพรวมส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าจะได้รับคำยินยอมไว้โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้นจึงจะ เปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

จดหมายขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๓๖๔

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรรณ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ มกราคม 2554

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องด้วย นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 0-2218-1159
ชื่อนิสิต นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ โทร. 08-4308-7181

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารฉบับนี้เพื่อแสดงว่าโครงการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ผู้วิจัยชื่อ นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและสิทธิผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ตรังแล้ว และเห็นว่าผู้วิจัยสามารถดำเนินงานเก็บข้อมูลตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้ได้ หากมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขควรผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมและสิทธิผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ตรังอีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ ๘ เมษายน ๒๕๕๔

ลงชื่อ

(นายไตรภพ จารุทัศน์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาสูติ-นรีเวชกรรม

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและสิทธิผู้ป่วยโรงพยาบาลตรัง

ลงชื่อ

(นายนพดล มิตรชัย)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รหัสโครงการวิจัยที่ ๐๐๔
เอกสารเลขที่ ๐๐๔/ ๒๕๕๔

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

โครงการวิจัย (ภาษาไทย) ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

(ภาษาอังกฤษ) FACTORS PREDICTING HEALTH PROMOTING LIFESTYLES IN PATIENTS AT RISK FOR CARDIOVASCULAR DISEASE IN SOUTHERN AREA

ผู้วิจัยหลัก นางสาวปาริชาติ พยัคมรักษ์
ตำแหน่ง / สถานะ นักศึกษาหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ได้พิจารณาเห็นชอบให้ดำเนินการศึกษาวิจัยดังกล่าวได้ เมื่อวันที่ ๒๐ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๔ และรับรองเป็นระยะเวลา ๒ ปี สิ้นสุดวันที่ ๒๐ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๖

ผู้วิจัยต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการฯทราบทุกปี เพื่อขออนุมัติโครงการต่อจนกว่าจะหมดอายุโครงการ

ลงนาม.....
(นางสาวรพีพรรณ เดชพิชัย)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ลงนาม.....
(นางวไลพร เกื้อนนทัช)
หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ลงนาม.....
(นายสมชัย อัศวสุดสาคร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย
เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้

ผู้วิจัย คือ นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์
หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีแล้ว และเห็นว่า ผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้แล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่านความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัยอีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ 10 **เดือน** มีนาคม **พ.ศ.** 2554

ลงชื่อ
(นายดามพ์ มุกด์มณี)
นายแพทย์ ระดับชำนาญการ
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ
(นายธรรมนูญ สุชุมานันท์)
ผู้อำนวยการ

ลำดับที่ 10/2554

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อ.ศรีวิชัย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000
โทร. (077) 272231 ต่อ2464, โทรสาร (077) 283257

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่
ที่ สข 0033.103/พิเศษ **วันที่** 22 **เดือน** กุมภาพันธ์ **พ.ศ.** 2554
เรื่อง รายงานผลการพิจารณางานวิจัยด้านจริยธรรม ครั้งที่ 12 /54

เรียน หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลหาดใหญ่

ตามที่คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าพยาบาลให้ดำเนินการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม เพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูล สำหรับการวิจัยในโรงพยาบาลหาดใหญ่นั้น โครงร่างงานผลการพิจารณาโครงร่างการวิจัย **ของนางสาวปาริชาติ พยัคฆรัตน์** นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย **เรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้** ดังต่อไปนี้

เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ และหลอดเลือดที่มีอายุระหว่าง 20 – 50 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลศูนย์ในเขต ภาคใต้ สำหรับในโรงพยาบาลหาดใหญ่เก็บกลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 ราย เครื่องมือที่ใช้ผู้วิจัยสร้างจากกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค = 0.96 มีแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง เห็นควรให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลเพื่อวิทยานิพนธ์ ดังกล่าวได้ โดยประสานกับหัวหน้างานผู้ป่วยนอกก่อนเก็บข้อมูลอีกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางชนิษฐา อรัญคร)
กรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม

(นางดิศรนก อนุชาญ)
ประธานคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่

รอให้ผู้วิจัยทำข้อตกลงกับกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่ ดังนี้

1. ผู้วิจัยจะมอบรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่องนี้ให้แก่กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่ 1 ฉบับ
2. ผู้วิจัยจะยินดีเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวิจัยเรื่องนี้แก่บุคลากรกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่

สรุปผลการพิจารณาของหัวหน้าพยาบาลในการขอเก็บข้อมูลของผู้วิจัยครั้งนี้

☑ ยินดีทำตามข้อตกลง ☐ ไม่ให้สัญญา ☑ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

(นาง ปาริชาติ พยัคฆรัตน์) (นางปาริชาติ แซ่ตรรมเดช)

ผู้วิจัย หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลหาดใหญ่

ที่ ศธ 0512.11 [illegible]

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2554

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

เนื่องด้วย นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้ จำนวน 70 คน โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และแบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 0-2218-1159
ชื่อนิสิต นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ โทร. 08-4308-7181

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ C 332

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๖ มีนาคม 2554

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

เนื่องด้วย นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้ จำนวน 70 คน โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และแบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 0-2218-1159
ชื่อนิสิต นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ โทร. 08-4308-7181

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11 [illegible]

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศิลปกรรม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

[illegible] กุมภาพันธ์ 2554

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้ จำนวน 70 คน โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และแบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 0-2218-1159
ชื่อนิสิต นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ โทร. 08-4308-7181

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสมเด็จพระบรมโอรสาธิราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2554

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่

เนื่องด้วย นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาไค เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้ จำนวน 70 คน โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และแบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาไค โทร. 0-2218-1159
ชื่อนิสิต นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ โทร. 08-4308-7181

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวปาริชาติ พยัคฆรักษ์ เกิดเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2517 ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เมื่อปีการศึกษา 2543และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2551 ภาคปลาย ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย