



๗.002428

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

(The Relationship between Health Beliefs, Self Care Knowledge
and Therapeutic Compliance in Ischemic Heart Patients)

นางนิตยา ภาสุพันธ์

อภินันทนาการ

จาก

มูลนิธิอภินันทนาการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาด้านหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2529

ได้รับทุนอุดหนุนวิจัย จาก China Medical Board of New York

ISBN 974 - 586 - 105 - 7

Copyright by Mahidol University

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อค่านิยม และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความ
ร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ซึ่งนับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
ได้เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2529

..... นิตยา ภานุพันธ์

(นางนิตยา ภานุพันธ์)

ผู้เสนอ

..... ศศินา บุญทอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศินา บุญทอง)

อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

..... วิเชียร ทองแดง

(รองศาสตราจารย์ นพ.วิเชียร ทองแดง)

อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

..... เสาร์ลักษณะ เล็กอุทัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เสาร์ลักษณะ เล็กอุทัย)

อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

..... สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์)

อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

..... มนต์รี จุลสมัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มนตรี จุลสมัย)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

..... วิเชียร ทองแดง

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิเชียร ทองแดง)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการได้ทำการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อค่านิยมสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับ
ความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

โดย

นางนิตยา ภาสุพันธ์

เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2529 เห็นสมควรอนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง)

ประธานกรรมการ

.....
(รองศาสตราจารย์ นพ. วิเชียร ทองแดง)
กรรมการ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย)
กรรมการ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์)
กรรมการ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มนต์รี จุลสมัย)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จำเริญ ธรรมะสุวรรณ)
กรรมการ

ประวัติผู้ทำวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางนิตยา ภาสุนันท์
วัน เดือน ปี เกิด 15 ธันวาคม 2486
สถานที่เกิด กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนปลาย
โรงเรียนสมาคมโรงเรียนราษฎร์
พยาบาลศาสตรบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ประวัติการทำงาน อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

นักศึกษา นางนิตยา ภาสุนันท์
ระดับปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

สาขาวิชาเฉพาะ การพยาบาลอายุรศาสตร์และกัลยศาสตร์

สถาบัน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กรรมการผู้ควบคุม วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ บุญทอง
รองศาสตราจารย์นายแพทย์วิเชียร ทองแดง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์

วัน เดือน ปี 27 พฤศจิกายน 2529

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึง ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พร้อมทั้งได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรค

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 100 ราย เป็นชาย 73 ราย และหญิง 27 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และ แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษา

วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การทดสอบที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว หาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษา โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

ความเชื่อด้านสุขภาพในด้านต่าง ๆ ทั้ง 5 ด้าน คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน ปัจจัยร่วม และความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย โรคหัวใจขาดเลือดที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรค ต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมและในด้านต่าง ๆ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และปัจจัยร่วม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 56 - 70 ปี มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

สำหรับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความร่วมมือในการรักษา นั้น พบว่า ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันทั้งในด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรค มีความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



Thesis Title The Relationship between Health Beliefs, Self
Care Knowledge and Therapeutic Compliance in
Ischemic Heart Patients

Author Mrs. Nittaya Pasunant

Degree Master of Science (Nursing)

Nursing Specialty Graduate Student in Medical-Surgical Nursing

Institute Nursing Faculty, Mahidol University

Major Advisor Assistant Professor Dr. Tassana Boontong

Co-Advisor Associate Professor Vichian Thongtang, M.D.
Assistant Professor Sauvaluck Lekutai
Assistant Professor Suthiratana Pimpong

Date of Graduation November 27, 1986

Abstract

The purposes of this study were to investigate the relationship between health beliefs, self care knowledge and therapeutic compliance in ischemic heart patients regarding to sex, age, educational level, economic status, duration of disease and clinical manifestation.

The sample was composed of 100 patients, 73 males and 27 females, who attended periodically at least 6 months in heart clinic at Siriraj Hospital, King Mongkutkloa Hospital and Rajvithi Hospital. The questionnaires included the demographic data questionnaire, Health

Beliefs scale, Self Care Knowledge scale and Therapeutic Compliance scale.

Data were analysed by means, standard deviation, one-way analysis of variance and Pearson product moment correlation coefficient to test five hypotheses.

The results revealed that there were positive relationship between general health motivations, perceived susceptibility, perceived benefits and barriers, modifying factors, total health beliefs and therapeutic compliance at the .01 level, but there was no statistically significant relationship between perceived severity and therapeutic compliance at the .05 level.

There were no statistically significant differences of total health beliefs and other beliefs among groups different in sex, age, educational level, economic status, duration of disease and clinical manifestation at the .05 level. However, there were significant differences of perceived barriers among groups different in age at the .05 level. There were significant differences of general health motivations among groups different in educational level and economic status at the .01 and .05 level respectively.

The positive relationship between self care knowledge and therapeutic compliance was found and there were significant differences of self care knowledge among groups different in educational level and economic status at the .01 level.

Finally, it was found that there was no statistically significant differences of therapeutic compliance among groups different in sex, age, educational level, economic status, duration of disease and clinical manifestation.



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง รองศาสตราจารย์นายแพทย์วิเชียร ทองแดง ผู้ช่วยศาสตราจารย์เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ให้กำลังใจ รวมทั้งตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบความ เที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือ พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณ หัวหน้าหน่วยโรคหัวใจ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช หัวหน้าหน่วยโรคหัวใจ กองอายุรกรรม โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า และหัวหน้างานโรคหัวใจฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี ที่กรุณาอนุญาต ให้เก็บข้อมูลที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง และขอขอบพระคุณ หัวหน้าพยาบาล พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ในหน่วยโรคหัวใจทุกท่านที่ได้ให้ความ ร่วมมือ และอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดียิ่งในการเก็บข้อมูลครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการศูนย์ปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ศิริราช ที่กรุณาอนุญาตให้ใช้ สถานที่และอุปกรณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล และคุณสมบัติ มณีมัย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือใน การเขียนโปรแกรม ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้มา ณ ที่นี้ด้วย

ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบพระคุณ พี่ เพื่อน น้อง ๆ ทุกคน และคุณสินชัย ภาสุนันท์ ที่มีส่วน ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจ รวมทั้ง China Medical Board of New York ที่ได้ เอื้อเฟื้อ เงินทุนบางส่วน ตลอดจนท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการวิจัยครั้งนี้

นิตยา ภาสุนันท์

สารบัญเนื้อเรื่อง

	หน้า
ประวัติผู้ทำวิทยานิพนธ์	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ช
สารบัญเนื้อเรื่อง	ฉ
สารบัญตาราง	ฎ
สารบัญแผนภูมิ	ฏ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	6
สมมุติฐาน	6
ขอบเขตของการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	7
ข้อตกลงเบื้องต้น	8
นิยามตัวแปร	8
2 บรรณคดีและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
โรคหัวใจขาดเลือด	11
ความร่วมมือในการรักษา	21
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง	25
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วย	29
การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา	39

3	วิธีดำเนินการวิจัย	42
	ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	42
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	43
	วิธีการเก็บข้อมูล	49
	การวิเคราะห์ข้อมูล	50
4	ผลการวิจัยและอภิปรายผล	54
	ผลการวิจัย	54
	อภิปรายผล	74
5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	86
	สรุปผลการวิจัย	86
	ข้อเสนอแนะ	89
	เอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรม	92
ภาคผนวก ก.	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	I
ข.	แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย	V
ค.	แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษา	VIII
ง.	แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ	X
จ.	แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง	XIV
ฉ.	ตารางน้ำหนักมาตรฐาน	XVI

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ	55
2. จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ	56
3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา	57
4 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส	57
5 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ	58
6 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ	59
7 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่เป็นโรค	60
8 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะโรค	60
9 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของคะแนนเฉลี่ยของความ เชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการ รักษา	61
10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ตนเอง และความร่วมมือในการรักษา ระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิง ด้วยการทดสอบที (t - test)	62
11 เปรียบเทียบ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และ ความร่วมมือในการรักษา ระหว่างกลุ่มอายุน้อยกว่า 56 ปี, 56 - 70 ปี และมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ทดสอบค่าเอฟ (F - test)	63
12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการรับรู้ถึง อุปสรรคในการปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุค่ามัธยฐานด้วยวิธีของเชฟเฟ (Scheffé)	64

13	เปรียบเทียบ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และ ความร่วมมือในการรักษา ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา ด้วยการวิเคราะห์ความแปร ปรวนทางเดียวทดสอบค่าเอฟ (F - test)	65
14	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพ ในเรื่องแรงจูงใจ ด้านสุขภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกันด้วยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffé)	66
15	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ของกลุ่ม ตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกันด้วยวิธีของเชฟเฟ (Scheffé) ..	67
16	เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และ ความร่วมมือในการรักษา ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้รอบครัวเฉลี่ย ต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท 3,000 - 5,999 บาท และ 6,000 บาทขึ้นไป ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวทดสอบค่าเอฟ (F - test)	68
17	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องแรงจูงใจด้านสุขภาพ ทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้รอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน ด้วยวิธี ของเชฟเฟ (Scheffé)	69
18	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของกลุ่ม ตัวอย่างที่มีรายได้รอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่างกันด้วยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffé)	70
19	เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และ ความร่วมมือในการรักษา ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเป็นโรค 6 เดือน - 3 ปี, 4 - 7 ปี และ 8 ปีขึ้นไป ด้วยการวิเคราะห์ ความแปรปรวนทางเดียวทดสอบค่าเอฟ (F - test)	71

ตารางที่

หน้า

- 20 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและความร่วมมือในการรักษา ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายด้วยการทดสอบที (t - test) 72
- 21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษา ด้วยวิธีของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ... 73

สารบัญแนบภูมิ

แนบภูมิที่

หน้า

- 1 แบบแนบความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค 32
- 2 สรุปแบบแนบความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย 34



ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจขาดเลือด เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสุขภาพ เพราะเป็นสาเหตุที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตในอัตราที่สูงมาก สมาคมโรคหัวใจของสหรัฐอเมริกา รายงานว่า ใน พ.ศ. 2526 มีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด 4.5 ล้านคน พ.ศ. 2527 มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอีก 1.5 ล้านคน เสียชีวิต 550,000 คน (Cited in Hijeck, 1984 : 449) ผู้ป่วยโรคนี้มีเพิ่มขึ้นประมาณ 2 - 2.5 ล้านคนทุกปี ผู้ป่วยร้อยละ 60 - 70 จะเสียชีวิตก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล (ประเสริฐ ทองเจริญ และอนันต์ วรรณะวิภาส (ผู้แปล), 2525 : 1) ในประเทศอังกฤษ และเวลส์ มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้เป็นชายร้อยละ 30 และหญิงร้อยละ 22 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดในแต่ละปี ซึ่งมีจำนวนถึง 156,000 คน (Mann & Marmot, 1983 : 13.151)

สำหรับประเทศไทย การศึกษาทางด้านระบาดวิทยาเกี่ยวกับโรคนี้ยังมีน้อย แต่จากสถิติแสดงแนวโน้มและสาเหตุการตาย 5 อันดับแรกของประชากรไทยพบว่า โรคหัวใจกำลังเป็นปัญหาและสาเหตุการตายเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน กล่าวคือ โรคหัวใจซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 ใน พ.ศ. 2521 ได้เลื่อนขึ้นเป็นอันดับที่ 2 ใน พ.ศ. 2522 - 2524 และเลื่อนขึ้นเป็นอันดับที่ 1 ใน พ.ศ. 2525 (สถิติสาธารณสุข, 2528 : 73) และพบว่า โรคหัวใจรูห์มาติก ซึ่งเคยพบบ่อยในประเทศไทยนั้นได้ลดลงอย่างรวดเร็วในระยะ 10 ปีนี้ ในขณะที่โรคหัวใจขาดเลือดกำลังเพิ่มขึ้น (สันต์ หัตถิรัตน์, 2527 : 311 - 312)

จากการสุ่มสำรวจประชากรทั่วไปที่จังหวัดอ่างทอง เมื่อ พ.ศ. 2519 พบโรคหัวใจขาดเลือด มีอัตรา 4.5 ต่อประชากร 1,000 คน (กมล สินธุวานนท์, 2524 : 6 - 10) และจากการประชุมสัมมนาเรื่องโรคหลอดเลือดโคโรนารี เมื่อ พ.ศ. 2526 พบอุบัติการณ์ของโรคนี้เป็น 16 ต่อประชากร 1,000 คน ในระยะ 7 ปี (สมชาติ โสจายะ, 2526 : 111)

สุกชัย ไชยธีรพันธ์ และคณะ (สุกชัย ไชยธีรพันธ์, พิงใจ งามอุโฆษ, ประเสริฐ เหล่าถาวร, เกษม วัฒนชัย และสุธเฑียร กษเสนี, 2527 : 382 - 391) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยงจากหน่วย ซี.ซี.ยู. (coronary care unit) หรือหน่วย ไอ.ซี.ยู. (intensive care unit) ในโรงพยาบาล 4 แห่ง พบว่า มีผู้ป่วย 1,541 คน อัตราตายตั้งแต่ร้อยละ 16 ถึงร้อยละ 24 อัตราตายโดยเฉลี่ยร้อยละ 19

จินตนา โยธาสุมทร และคณะ (จินตนา โยธาสุมทร, อุดม ศิริรัตน์, เสวต นนทกานันท์ และพรณี เสถียรโชค, 2526 : 195 - 204) ได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาล ในระหว่างปี พ.ศ. 2524 - 2525 มีผู้ป่วย 120 คน และอัตราตายอยู่ในเกณฑ์สูงถึงร้อยละ 37.5

นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย ยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่การทำงานหนัก ๆ ได้เหมือนเดิม เนื่องจากความจำกัดทางด้านร่างกาย และความกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ เคลเลอร์แมน และคณะ (Kellerman, Modan, Levy, Feldman & Kariv, 1968 : 152) ได้รายงานไว้ว่า ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่เคยมีกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่สามารถกลับไปทำงานได้ ส่วนผู้ที่กลับไปทำงานต้องเปลี่ยนงานและออกจากงานในเวลาต่อมา ผู้ป่วยที่ไม่ได้กลับไปทำงาน จะมีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ สูญเสียบทบาทและหน้าที่ ความรับผิดชอบต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติ มีชีวิตอยู่ไปวันหนึ่ง ๆ คล้ายกับผู้ไร้ความสามารถ ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความเครียดซึ่งเป็นปัญหาทางด้านจิตใจ เกิดความวิตกกังวลและหวาดกลัวเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บปวดที่เคยได้รับ กลัวความไม่แน่นอนของอนาคตและกลัวตาย

ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประมาณค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไปเป็นค่าจ้างให้แก่บุคคลที่ต้องออกจากงานเหล่านี้ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการฝึกงานแก่คนใหม่ประมาณปีละ 12 พันล้านดอลลาร์ ซึ่งในจำนวนนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายจากความเจ็บป่วยในโรงพยาบาล ค่ายา และอื่น ๆ (Cited in Hijeck, 2527 : 449)

จะเห็นได้ว่า โรคหัวใจขาดเลือด เป็นโรคซึ่งคุกคามชีวิต และมีผลกระทบต่อบุคคล ครอบคลุมทั่ว ตลอดจนเศรษฐกิจของประเทศ องค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงความร้ายแรงของ โรคนี้ และได้จัดสรรงบประมาณก้อนใหญ่ส่งเสริมการวิจัยทั่วโลกเพื่อหาวิธีป้องกันและรักษา โรคนี้ให้ได้ผล พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน ทำให้เกิดโรคนี้นั้น ที่สำคัญได้แก่ การขาด การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย เช่น ผู้มีอาชีพนั่งทำงานประจำโต๊ะ การรับประทานอาหารที่มี ไขมันบางประเภท หรือมีแป้ง และน้ำตาลมาก การสูบบุหรี่จัด การมีภาระกังวลใจมาก ความ อ้วนมากเกินไปจนสมควร และมีโรคประจำตัวบางอย่าง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และความดัน โลหิตสูง (อวย เกตุสิงห์, 2525 : 41)

จากความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ แสดงว่า โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่อาจ ป้องกันได้ แต่จากสถิติผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตในประเทศต่าง ๆ บ่งชี้ว่า การป้องกันการเกิดโรค นี้ยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร ดังนั้นการป้องกันระยะที่สองจึงเป็นจุดประสงค์ที่สำคัญในการรักษา คือ การป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำอีกรวมทั้งการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถกลับไป ดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ หรือใกล้เคียงปกติ ซึ่งการรักษาโรคนี้ต้องใช้เวลานาน และ ต้องอาศัยการปฏิบัติตนของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับภาวะของโรค เช่น มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการ ดำเนินชีวิตบางอย่าง ที่แตกต่างไปจากภาวะปกติที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ไขมัน และความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การงดสูบบุหรี่ และควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ มาตรฐาน ตลอดจนการออกกำลังกายให้เหมาะสมและสม่ำเสมอ เป็นต้น

กล่าวได้ว่า การควบคุมโรคหัวใจขาดเลือดให้เป็นไปตามจุดประสงค์การรักษานั้น อยู่ที่การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แพทย์และพยาบาลเป็นแต่เพียงผู้คอยแนะนำและส่งเสริม ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาให้ได้มากที่สุด โดยการกำหนดแผนการรักษาให้สอดคล้องกับ อาการของโรค และช่วยแก้ไขปัญหที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำให้น้อยลง หรือหมดไปเท่านั้น แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ อาจมีผลให้อาการของโรครุนแรงขึ้นจนถึงแก่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดกล้ามเนื้อ หัวใจตายซ้ำอีกได้

ในปัจจุบัน ได้มีการปรับปรุงวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดให้ดีขึ้น มีการจัดตั้งหน่วย ซี.ซี.ยู. เพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคนี้โดยเฉพาะทำให้ประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรคนี้ดีขึ้น อัตราตายของผู้ป่วยลดลง แต่พบว่า มีผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการรักษาจนอาการรุนแรงต่าง ๆ หายไป และกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมของผู้ป่วยตามเดิม ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำอีกด้วยอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น และเสียชีวิตในเวลาต่อมา ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามให้สอดคล้องกับแผนการรักษาได้ ดังที่คาร์โมดี และคณะ (Carmody, Senner, Malinow & Matarazzo, 1980 : 163 - 168) พบว่า ความร่วมมือของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในการออกกำลังกายตามโครงการฟื้นฟูสุขภาพจะลดลงอย่างรวดเร็วในระยะ 4 เดือนแรก และลดลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่นานขึ้น

การศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีไม่มากนัก แต่การศึกษาเรื่องนี้ในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษามีจำนวนแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 4 ถึงร้อยละ 92 โดยเฉลี่ยพบประมาณ 1 ใน 3 ถึง 1 ใน 2 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้ศึกษา (Davis, 1968 : 274; Marston, 1970 : 312 - 317; Rosenstock, 1975 : 402)

การที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการด้วยกัน เช่น การขาดความรู้ ขาดความสนใจในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย เป็นต้น

ทาเกลียกอสโซ และไอมา (Tagliacozzo & Ima, 1970 : 771) กล่าวว่าความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

ทอดด์ (Todd, 1981 : 56) พบว่า ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่หยุดรับประทานยาด้วยเหตุผลต่าง ๆ กัน เช่น เมื่อรู้สึกว่าการรับประทานแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น ไม่ค่อยสบายหรือรู้สึกเลวลงโดยไม่ทราบว่า เป็นผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ หรือบางรายหยุดรับประทาน

ยาก่อนกำหนด เนื่องจากรู้สึกสบายขึ้นทำให้เข้าใจว่าหายจากโรคแล้ว เป็นต้น

การศึกษาเหล่านี้ แสดงว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษามีส่วนทำให้ผู้ป่วยร่วมมือหรือไม่ร่วมมือในการรักษาได้

นอกจากนี้ ความเชื่อ ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โรคีย์ (Rokeach, 1970 : 112) กล่าวว่า ความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งอาจจะรู้ตัว หรือไม่รู้ตัวก็ได้ ความเชื่อเป็นส่วนที่กำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งลงไป ถ้าได้รับการกระตุ้นอย่างเหมาะสม ดังนั้นความเชื่อจึงมีอิทธิพลอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์ และความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ก็น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อรักษาสุขภาพอนามัยด้วย

เบคเคอร์ และคณะ (Becker, Haefner, Kasl, Kirscht, Maiman & Rosenstock, 1977 : 27 - 46) ได้รวบรวมผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยอมรับและไม่ยอมรับการตรวจและรักษาเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ เช่น การฉายรังสีเอ็กซี้ เพื่อตรวจหาวัณโรค การฉีดวัคซีนป้องกันโรค และการตรวจรักษาฟัน เป็นต้น สรุปผลที่จะนำไปใช้ในการป้องกันและรักษาโรคไว้ว่า การมีความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย แม้จะเป็นสิ่งสำคัญ แต่การมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมทางด้านสุขภาพได้ จำเป็นต้องเน้นที่ความสำคัญขององค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ที่ว่าด้วยแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่จะกระกระทำกระตุ้นให้กระทำพฤติกรรมสุขภาพด้วย

คิง (King, 1984 : 53 - 55) กล่าวว่า การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยจะไม่ได้ผลเต็มที่ถ้าไม่คำนึงถึง ทัศนคติ หรือความเชื่อของผู้ป่วยด้วย ความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลอย่างมาก ต่อการตัดสินใจ และการกระทำของบุคคลในการป้องกันและการให้ความร่วมมือในการรักษา

พยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถเผชิญปัญหาความเจ็บป่วยและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม จากความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดและความสำคัญของ

การปฏิบัติตน ตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมอาการของโรคและจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาตัวแปรเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ว่าจะมีความสัมพันธ์ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด หรือไม่มากนัก เพียงใด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรค แตกต่างกัน
2. เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรค แตกต่างกัน
3. เพื่อเปรียบเทียบ ความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรค แตกต่างกัน
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

สมมุติฐาน

1. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรค แตกต่างกันจะมีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรคแตกต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง แตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรคแตกต่างกัน จะมีความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกัน
4. ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา
5. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โดยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา เพื่อควบคุมอาการของโรคมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ทั้งผู้ป่วยชายและหญิง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ ตึกตรวจโรคผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ทราบและตระหนักถึงปัจจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
2. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล โดยนำเอาปัจจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมาเป็นส่วนร่วมในการประเมิน วางแผน และให้การพยาบาล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การปฏิบัติตนของผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการรักษาให้มากขึ้น
3. เป็นแนวทางในการจัดการศึกษา สำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยนำเอาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตนของผู้ป่วย สอดแทรกเข้าไปในการเรียนการสอน เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ อันจะเป็นประโยชน์ในการให้คำแนะนำ และแก้ไข้ปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

4. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ตลอดจนความร่วมมือในการรักษาในประเด็นอื่นต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นสิ่งที่มืออยู่จริง และสามารถวัดได้ด้วยแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ

2. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยเป็นความจริง
 นิยามตัวแปร

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของการขาดเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอก ที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น แองจิ้นาเพกทอริส (angina pectoris) โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) โรคหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary artery disease) โรคหัวใจจากหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary heart disease) โรคหัวใจจากหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerotic heart disease) และกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction)

ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief) หมายถึง ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสุขภาพในด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และปัจจัยร่วมต่าง ๆ ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้ "แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ" ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ความหมายของความเชื่อด้านต่าง ๆ มีดังนี้ คือ

1. แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป หมายถึง ความสนใจ หรือความห่วงใยสุขภาพตนเองของผู้ป่วย รวมถึงความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมโรค และดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดี

2. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อการวินิจฉัยโรค โอกาสที่จะเกิดโรคซ้ำอีก รวมทั้งโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอันตรายต่าง ๆ จากโรคหัวใจขาดเลือด

3. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยว่าโรคหัวใจขาดเลือด เป็นโรคที่รุนแรง และมีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน หรือฐานะทางสังคมของผู้ป่วย

4. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อแผนการรักษาว่า สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายและควบคุมอาการของโรคได้

5. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพความเป็นจริง ที่มีผลในการขัดขวางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

6. ปัจจัยร่วมต่าง ๆ หมายถึง ความพอใจ หรือความเชื่อต่อในแพทย์ผู้รักษาและแผนการรักษา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนความเอาใจใส่ช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ สาเหตุของโรค ปัจจัยเสี่ยง และอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งความรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมอาหารไขมัน การควบคุมน้ำหนัก การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการทำจิตใจให้สบายไม่เคร่งเครียด รับประทานอาหาร ร้อน หรือตื่นเต้นตกใจจนเกินไป ซึ่งวัดได้โดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษา เพื่อจุดประสงค์ในการควบคุมโรค สามารถวัดได้จากแบบวัดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งประกอบด้วย การปฏิบัติตนในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การออกกำลังกาย การลดความเครียด การมาตรวจตามนัด และการควบคุมน้ำหนัก

การควบคุมน้ำหนัก หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการควบคุมน้ำหนักของตนเอง โดยใช้ตารางน้ำหนักมาตรฐานของ เจลลิฟฟ์ (Jelliffe, 1966 : 238 - 241 ภูเขา ผนวก จ.) เป็นเกณฑ์ แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำหนักได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อเทียบกับตารางน้ำหนักมาตรฐาน
2. ผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำหนักได้ปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากหรือน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ แต่ไม่มากกว่าร้อยละ 20 หรือไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 ของน้ำหนักมาตรฐาน
3. ผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำหนักไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากกว่าร้อยละ 20 หรือน้อยกว่าร้อยละ 15 ของน้ำหนักมาตรฐานขึ้นไป

ระยะเวลาที่เป็นโรค หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดจนถึงปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ 6 เดือน - 3 ปี, 4 - 7 ปี และ 8 ปีขึ้นไป

ลักษณะโรค หมายถึง โรคหัวใจขาดเลือดที่มีลักษณะพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ มีกล้ามเนื้อหัวใจตายและไม่มี ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัย โดยพิจารณาจากผลการตรวจคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้า และอาการแสดงทางคลินิก

วรรณคดี และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ในการศึกษาถึงวรรณคดี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตที่ศึกษาดังนี้

1. โรคหัวใจขาดเลือด
2. ความร่วมมือในการรักษา
3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วย
5. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

โรคหัวใจขาดเลือด

องค์การอนามัยโลก ให้คำจำกัดความของโรคหัวใจขาดเลือดไว้ว่า เป็นความพิการของหัวใจชนิดเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง เพราะเกิดโรคขึ้นในหลอดเลือดโคโรนารี ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง หรือชะงักไป (อิศรา สุขุมาลจันทร์, 2524 : 292) ซึ่งอาจมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้ โรคนี้มีชื่อที่นิยมเรียกกันหลายชื่อ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) โรคหัวใจโคโรนารี (Coronary heart disease) และโรคหัวใจจากหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerotic heart disease) เป็นต้น

โรคหัวใจขาดเลือดจึงเป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอแก่ความต้องการ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน จึงเกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) เนื่องจากมีการสะสมของไขมันพวกโคเลสเตอรอลเป็นก้อนบนภายในหลอดเลือด ต่อมาเกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดขึ้น นอกจากนี้อาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ที่เรียกว่าโรคหลอดเลือดโคโรนารีชนิดที่ไม่ได้เกิดจากหลอดเลือดแข็ง เช่น มีความพิการแต่กำเนิด ความ

ผิดปกติของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันจากกรรมพันธุ์ และลามถึงหลอดเลือดโคโรนารี ความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารีภายหลังกำเนิด และหลอดเลือดโคโรนารีบีบเกร็ง เป็นต้น

กล้ามเนื้อหัวใจ เป็นกล้ามเนื้อที่ใช้พลังงานสูง เมื่อเทียบกับอวัยวะหรือกล้ามเนื้ออื่นทั่วไป พบว่า การใช้ออกซิเจน (oxygen consumption) ของกล้ามเนื้อหัวใจมากเป็น 3 เท่า เมื่อเทียบกับการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้ออื่น ดังนั้น การไหลของเลือดในหลอดเลือดโคโรนารีจึงมีความสำคัญ ปัจจัยที่ควบคุมการไหลของเลือดมีหลายประการ แต่ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดที่สำคัญที่สุด คือ ความต้องการพลังงานของหัวใจ (metabolic requirement) พบว่า ในระหว่างที่มีการออกกำลังกายอย่างหนัก หรือมีภาวะเครียด ซึ่งต้องการพลังงานสูงขึ้น หลอดเลือดแดงโคโรนารีขนาดเล็กจะขยายตัว เพื่อให้เลือดไหลผ่านได้เพิ่มขึ้น และสกัดเอาออกซิเจนจากเลือดให้ได้ตามความต้องการ ซึ่งการสกัดเอาออกซิเจนของหัวใจนั้นจะมีอยู่ในระดับสูงสุดตลอดเวลา เพราะฉะนั้นหากส่วนของหลอดเลือดตีบแคบมากกว่าร้อยละ 70 - 80 ของพื้นที่หน้าตัดของหลอดเลือด จะไม่สามารถเพิ่มปริมาณเลือดไหลเวียนให้เพียงพอกับความต้องการได้ จึงเกิดการเจ็บหน้าอกขึ้น ซึ่งอาการจะทุเลาเมื่อได้พัก แต่ถ้ามมีการอุดตันขึ้นในบริเวณนั้นจนเลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่ได้ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะตาย ซึ่งเป็นภาวะที่รุนแรง เพราะอาจเสียชีวิตได้ง่ายจากภาวะแทรกซ้อนอันตรายต่าง ๆ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจวาย ภาวะช็อคจากหัวใจ และการแตกทะลุของหัวใจ เป็นต้น ผู้ป่วยที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประมาณร้อยละ 60 จะเสียชีวิตทันทีทันใด ก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่ได้รับไว้รักษาอัตราเสียชีวิตจะแตกต่างกัน ตั้งแต่ร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 80 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น (ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์, 2524 : 308 - 317)

ปัจจัยเสี่ยง

มีปัจจัยหลายประการที่เชื่อว่าทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือด ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่

1. อายุ การตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารีจะพบได้บ่อยขึ้น ตามอายุส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปี

2. เพศ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากการศึกษาของเพล (Pell, 1955 : 319) พบว่า ในระหว่างอายุ 30 - 40 ปี เพศชายจะเสียชีวิตด้วยโรคนี้เป็น 13 เท่าของเพศหญิง และเมื่ออายุ 40 - 60 ปี การเสียชีวิตของเพศชายเมื่อเทียบกับเพศหญิงแล้วจะลดลงประมาณ 2 เท่า และเมื่ออายุ 60 ปีไปแล้ว เพศชายและเพศหญิง มีโอกาสที่จะเป็นโรคนี้ได้ใกล้เคียงกัน ความแตกต่างดังกล่าวนี้เชื่อว่าเกิดจากฮอร์โมนเพศ เช่น เอสโตรเจน (estrogen) และโปรเจสเตอโรน (progesterone) ซึ่งสังเคราะห์มาจากโคเลสเตอรอล ตามปกติฮอร์โมนทั้งสองหลังจากต่อมหมวกไต (adrenal cortex) ในปริมาณที่จะไม่ทำให้เกิดโรค หรือความผิดปกติในร่างกาย ซึ่งในช่วงอายุระหว่าง 30 - 40 ปี เพศหญิงจะมีระดับฮอร์โมนทั้งสองมากกว่าเพศชาย จึงทำให้โคเลสเตอรอลถูกนำไปใช้มากกว่า แต่เมื่ออายุเลยวัย 30 - 40 ปีไปแล้ว ระดับฮอร์โมนทั้งสองจะลดลง โคเลสเตอรอลถูกนำไปใช้น้อยลง จึงมีโอกาสเป็นโรคนี้เพิ่มขึ้นใกล้เคียงกับเพศชาย

3. กรรมพันธุ์ พบว่าผู้ที่มีการเป็นโรคนี้ในครอบครัวมีโอกาสที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีการเป็นโรคประมาณ 2 - 7 เท่า นอกจากนี้ ยังพบโรคกรรมพันธุ์ที่เห็นได้ชัด เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูงในครอบครัว (Familial hyperlipoproteinemia) ซึ่งมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคนี้

4. ระดับไขมันในเลือด โดยปกติระดับไขมันในเลือดไม่ควรสูงเกิน 250 มิลลิกรัม ต่อเลือด 100 มิลลิลิตร ผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะโคเลสเตอรอล จะมีโอกาสเป็นโรครุนแรงขึ้น การที่มีระดับไขมันในเลือดสูง เป็นผลเนื่องมาจากการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง รับประทานอาหารที่มีไขมันมาก หรือรับประทานไขมันชนิดอิ่มตัวมากเกินไป เช่น ไขมันจากสัตว์และมะพร้าว ไขมันที่สูงในเลือดจะตกตะกอนจับตามผนังหลอดเลือดทำให้รูของหลอดเลือดแคบลง ประสิทธิภาพในการยืดขยายตัวของหลอดเลือดลดน้อยลง ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก กล้ามเนื้อหัวใจจึงมีโอกาสขาดเลือดได้ง่าย

5. ความดันเลือดสูง ผู้ที่มีความดันเลือดสูงจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้มากกว่าผู้ที่มีความดันปกติ เพราะความดันเลือดสูงจะทำลายหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแข็ง หลอดเลือดคด งอ และตีบตัน ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ไต สมอง และส่วนปลายของร่างกายลดน้อยลง โอกาสที่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะสูงขึ้นตามระดับความดันเลือด โดยเฉพาะความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure)

6. เบาหวาน พบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสเป็นโรคนี้นอกจากคนปกติอย่างน้อย 2 เท่า เพราะโรคเบาหวานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นที่หลอดเลือด เช่น มีการแข็งตัวและตีบแคบ ทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงหัวใจไม่สะดวก เมื่อเป็นอยู่นาน ๆ อาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง และเกิดการอุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายได้

7. ความอ้วนและการไม่ออกกำลังกาย ความอ้วนมากเกินไป เช่น มีน้ำหนักตัวสูง 130 ปอนด์ เซ็นต์ของน้ำหนักมาตรฐาน จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้นี้ เพราะความอ้วนมีอิทธิพลต่อระดับไขมันในเลือด ทำให้โคเลสเตอรอลสูงขึ้น นอกจากนี้คนที่อ้วนมีแนวโน้มที่จะมีความดันเลือดสูงและเบาหวานมากกว่าคนปกติด้วย

สำหรับเรื่องการออกกำลังกายนั้น มีหลักฐานบ่งชี้ว่า ผู้ที่มีอาชีพใช้แรงงานเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบน้อยกว่าผู้ที่มีอาชีพไม่ได้ใช้แรงงาน โดยพบว่า บุรุษไปรษณีย์มีอัตราการเกิดโรคนี้น้อยกว่าเสมียนพนักงานไปรษณีย์หรือพนักงานรับโทรศัพท์

8. การสูบบุหรี่ คอยล์ (Doyle) พบว่า การสูบบุหรี่เกินกว่าวันละ 20 มวน จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้นอกจากคนไม่สูบบุหรี่ 3 - 4 เท่า (อิศรา สุขุมาลจันทร์, 2524 : 294) อัตราเสี่ยงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับจำนวนบุหรี่ที่สูบ เนื่องจากนิโคตินในควันบุหรี่จะซึมผ่านเข้าไปในกระแสเลือด และกระตุ้นการหลั่งแคะทีโคลามีน (Catecholamines) ทำให้ผนังหลอดเลือดหดตัว รูของหลอดเลือดแคบลง ทำให้ชีพจรและความดันเลือดสูงขึ้น หัวใจต้องทำงานมากขึ้น

9. ความเครียด การที่พบโรคนี้น้อยในประเทศอุตสาหกรรมมากกว่าประเทศกสิกรรม หรือพบกับบุคคลที่อยู่ในเมืองหลวง และเมืองใหญ่มากกว่าในชนบทนั้น ทำให้เชื่อว่าความเครียด

และวิถีทางในการดำรงชีวิต เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคนี้ บุคคลที่มีอารมณ์เครียด ไม่ได้พักผ่อนเท่าที่ควร มีความวิตกกังวล ตราคร่ำต่อ่งานมาก จะเกิดโรคนี้ได้ง่าย จากการศึกษาพบว่า อารมณ์เครียด หรือความตื่นเต้นตกใจมาก ๆ จะกระตุ้นไฮโปธาลามัส (hypothalamus) และส่งผลไปยังพิทูอิทารีส่วนหน้า (anterior pituitary) ให้หลั่งอะดรีโนคอร์ติโคโทรฟิค ฮอร์โมน (adreno cortico trophic hormone, ACTH) ซึ่งกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนเมดูลา (adrenal medula) ให้หลั่งอะดรีนาลีน (adrenaline) ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดที่ผิวหนังและอวัยวะภายในส่วนใหญ่หดตัว แต่ทำให้กล้ามเนื้อลายและกล้ามเนื้อหัวใจขยายตัว มีผลให้การไหลเวียนของเลือดไม่เป็นไปตามปกติ กล้ามเนื้อหัวใจจึงอาจอยู่ในภาวะที่ได้รับเลือดไม่เพียงพอได้

นอกจากนี้บุคคลที่มีบุคลิกลักษณะบางอย่างเช่น การมีความทะเยอทะยานสูง มีการชิงดีชิงเด่นมาก มีความริบร้อนและเคร่งเครียด วิตกกังวลจนเกินควร จะมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้ง่ายขึ้น

การควบคุมโรค

โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่รุนแรง เพราะเมื่อเป็นแล้วมีโอกาสเสียชีวิตได้ง่าย จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว โจนส์ (Jones, 1986 : 16) กล่าวว่า โรคหัวใจขาดเลือดจะแสดงให้ทราบด้วยอาการเจ็บหน้ากร้อยละ 28 ถึงแก่กรรมอย่างกระทันหันร้อยละ 17 และมีกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 55 ซึ่งในจำนวนนี้ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งจะถึงแก่กรรม ดังนั้นโรคนี้จึงควรได้รับการป้องกันมิให้เกิดขึ้น การป้องกันโรคนี้มี 2 ระยะ คือ (ยศวีร์ สุชุมาลจันทร์, 2524 : 321)

1. การป้องกันระยะแรก (Primary prevention) เป็นการป้องกันไม่ให้หลอดเลือดแข็ง หรือเมื่อเกิดแล้วก็พยายามไม่ให้เลวลง หรือถ้าจะเลวลงก็ให้เลวลงด้วยอัตราที่ช้าที่สุด
2. การป้องกันระยะที่สอง (Secondary prevention) เป็นการป้องกันหลังจากเกิดอาการของโรคแล้ว เพื่อไม่ให้เกิดขึ้นอีก

การป้องกันไม่ให้เกิดหลอดเลือดแข็งเป็นสิ่งทำได้ยาก เพราะพบการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดตั้งแต่ผู้ที่อายุน้อย ดิเรก คำรงค์ศักดิ์ และจุฬาเกียรติ เกรือตราชู (2525 : 14) ได้ศึกษาภาวะอะเธอโรสเคลอโรสิสของเออร์ตาส่วนอกในประชากรไทย จีน จำนวน 298 คน พบว่า มีอะเธอโรสเคลอโรสิสของเออร์ตาร้อยละ 66.44 และผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีอะเธอโรสเคลอโรสิส ของเออร์ตาทุกคน ดังนั้นการป้องกันจึงต้องป้องกันไม่ให้อาการของโรคเลวลงยิ่งขึ้น โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด

แนวทางการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

จุดประสงค์ที่สำคัญในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดก็คือ การระงับอาการเจ็บหน้าอก การป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งผู้ป่วยควรจะได้ทราบและเรียนรู้ถึงแนวทางในการปฏิบัติตนในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. การรับประทานยา ผู้ป่วยควรได้ทราบเกี่ยวกับ ชื่อ ขนาด คุณสมบัติ ฤทธิ์ข้างเคียง และวิธีการใช้ยาที่ได้รับ พร้อมทั้งรู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เพื่อจะได้รายงานแพทย์ และหาวิธีแก้ไขได้ถูกต้อง การรับประทานยาควรให้ถูกต้องตรงตามขนาด และเวลาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อผลในการควบคุมโรค และควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่นที่แพทย์และพยาบาลไม่ได้แนะนำ เพราะอาจเป็นการเสริมฤทธิ์ หรือขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ได้รับ หรืออาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาได้

2. การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารเช้า ๆ และรับประทานแต่ละมื้อให้พออิ่ม อาจรับประทานครั้งละน้อย แต่บ่อยครั้งได้ และควรมีเวลาพักผ่อนหลังอาหาร $\frac{1}{2}$ - 1 ชั่วโมง ทุกมื้อ เพื่อไม่ให้หัวใจต้องทำงานหนักเกินไป ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ ไข่ปลา และหอยนางรม ไข่แดงไม่ควรบริโภคเกินสัปดาห์ละ 3 ฟอง รวมทั้งอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น ไขมันที่ได้จากสัตว์และมะพร้าวด้วย ควรใช้ไขมันจากพืชแทน

ในคนที่อ้วน จะต้องลดน้ำหนักลงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Ideal weight) โดยการควบคุมอาหารประเภทไขมันและคาร์โบไฮเดรตให้น้อยลง ทั้งนี้เพราะคนอ้วนจะมีไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดหลอดเลือดแข็ง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญในการอุดตันของหลอดเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ นอกจากนี้ ควรหลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา หรือกาแฟ โดยเชื่อว่า แอลกอฮอล์ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ เพราะทำให้มีอิเล็กโทรไลต์และเอ็นไซม์ต่าง ๆ เช่น โพแทสเซียม ฟอสฟอรัส และ Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase (SGOT) ถูกขับออกมาในกระแสโลหิตเพิ่มขึ้น ชาทำให้เกิดอาการท้องผูก และยังมีสารคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบอยู่ด้วย เช่นเดียวกับในกาแฟ สารคาเฟอีนนี้จะกระตุ้นหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้น

เกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคผอมและโรคอ้วน ใช้ตารางน้ำหนักมาตรฐานของ เจลลี่ฟี เป็นเกณฑ์ (Jelliffe, 1966 : 238 - 241) ตารางน้ำหนักมาตรฐานนี้ได้จากการสำรวจภาวะโภชนาการของประชากรใน 7 ประเทศ และดวงมณี วิเศษกุล (2523 : 20) กล่าวว่า เป็นตารางน้ำหนักมาตรฐานที่เหมาะสมกับรูปพรรณสัณฐานของคนไทย โดยกำหนดน้ำหนักตัวในระดับที่ร้อยละ 90 - 100 เป็นน้ำหนักที่ต้องการ ผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อยหรือมากกว่าน้ำหนักมาตรฐานร้อยละ 15 และ 20 ตามลำดับ ถือว่าเป็นโรคผอมและโรคอ้วน (ดวงมณี วิเศษกุล, 2523 : 20 - 34)

3. การออกกำลังกาย จุดประสงค์ที่สำคัญในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคนี้ให้น้อยลง เป็นการป้องกันไม่ให้อาการของโรคเลวลงยิ่งขึ้น ชลอหรือป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำอีก และส่งเสริมความสามารถทางร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้มากขึ้น เช่น ในการออกกำลังกาย การทำงานหรือการมีเพศสัมพันธ์ช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปทำงานได้เร็ว และมีการปรับตัวด้านจิตใจดีขึ้น (Greenland & Briody, 1984 : 79) การออกกำลังกายจะช่วยให้ควบคุมน้ำหนักร่างกายได้ดี และทำให้จิตใจสดชื่นกระปรี้กระเปร่า การออกกำลังกายจะช่วยให้ผู้ป่วยที่เคยมีกล้ามเนื้อหัวใจตายฟื้นคืนสู่สภาพเดิมได้เร็ว สมรรถภาพของหัวใจดีขึ้น คือ อัตราเต้นของหัวใจช้าลง

แต่ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น (Pomrenze, Tepper & Somberg, 1985 : 79) การออกกำลังกายให้ได้ผลดี ควรทำอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรค่อย ๆ เพิ่มขึ้นทีละน้อยตั้งแต่ 15 - 45 นาที เพื่อให้ อัตราเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ประมาณร้อยละ 70 - 80 ของอัตราเต้นสูงสุดของหัวใจ

(Greenland & Briody, 1984 : 84; Pomrenze, Tepper & Somberg, 1985 : 79)

แนวทางปฏิบัติและข้อควรระวังทั่วไปในการออกกำลังกาย การออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยโรคนี้ มิใช่เพื่อความแข็งแรงแบบนักกีฬา แต่ต้องการให้มีความสมบูรณ์ของร่างกาย ตลอดเวลาในระยะยาว มีแนวทางปฏิบัติดังนี้ (สายสุณี วนดุรงค์วรรณ, อภิธร วรรณภูมิ และวิชัย วนดุรงค์วรรณ, 2526 : 72 - 73)

3.1 รายที่ต้องทำงาน เวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย คือตอนเช้าก่อนไปทำงาน หรือเลิกงาน ก่อนอาหารเช้า หรือก่อนเข้านอน สำหรับรายที่เดินไปทำงานนั้น ควรถือเอาการเดินทางไปทำงานรวมเข้าเป็นการออกกำลังกายประจำวันด้วยได้

3.2 ไม่ควรออกกำลังกายประเภทที่ไม่เคยชินมาก่อน ไม่ว่าจะทำระยะยาวหรือทำทันทีแต่ระยะสั้น เพราะอาจเกิดอันตรายได้

3.3 ควรมีวิธีการหรือระยะทางมาตรฐานสำหรับทดสอบในแต่ละสัปดาห์ เพื่อทราบถึงสภาพร่างกายว่าดีขึ้นหรือเลวลง

3.4 ถ้าจะออกกำลังกายภายหลังอาหารมื้อหนัก ต้องห่างจากมื้ออาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง แม้แต่การเดินก็ไม่ควรทำภายใน 1 ชั่วโมงหลังอาหาร

3.5 ถ้ารู้สึกไม่สบายหรือเหนื่อย เช่น เป็นหวัด หรือเจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่ควรฝืนออกกำลังกาย แต่ควรรอให้หายเสียก่อน

3.6 การออกกำลังกายควรสม่ำเสมอต่อเนื่องกันไปโดยตลอด แม้ในระหว่างพักร้อนหรือในวันหยุดสุดสัปดาห์ก็ไม่ควรหยุด หรือออกกำลังกายเพิ่มมากกว่าปกติ

3.7 เมื่อออกกำลังกายแบบใหม่ ควรขยายช่วงเวลาก่อน ต่อมาจึงเพิ่มความเร็ว

3.8 ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนัก ๆ หรือการออกกำลังกายชนิดที่หยุดอยู่กับที่ เช่น การเข็นรถยนต์ การยกก้อนหินหนัก การบิดหรือเปิดหน้าต่างที่แน่น หรือฝึกเบ็นคัน

3.9 ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่ออก หรือใจสั่น ระหว่างการออกกำลังกาย ควรลดความเร็วลงก่อน ถ้าไม่ดีขึ้นต้องหยุดพัก และควรมียาในโตรกลีเซอรินเตรียมไว้ด้วย โดยเฉพาะในผู้ที่เคยมีประวัติเจ็บหน้าอกมาแล้ว ในรายที่สงสัยว่าจะมีอาการเกี่ยวกับระบบกระดูกหรือกล้ามเนื้อ ควรลดการออกกำลังกายเพื่อช่วยแยกแยะระหว่างความผิดปกติชั่วคราวออกจากรายที่มีพยาธิสภาพที่แท้จริง เมื่อมีความผิดปกติต่าง ๆ เกิดขึ้นในขณะออกกำลังกาย ควรแจ้งให้แพทย์ผู้ควบคุมทราบ เพราะอาจเกิดอันตรายร้ายแรงตามหลังอาการเหล่านี้ได้

3.10 ผู้ป่วยควรรู้สึกสบายภายหลังการออกกำลังกาย มิฉะนั้นแสดงว่าออกกำลังกายมากเกินไป การอาบน้ำหลังจากออกกำลังกายใหม่ ๆ ควรใช้น้ำอุ่น ไม่ควรใช้น้ำเย็น และผู้ป่วยที่ฝึกการออกกำลังกายระยะยาว ควรได้รับการตรวจสอบสมรรถภาพของร่างกายปีละ 1 - 2 ครั้ง

4. การพักผ่อน การพักผ่อนทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้หัวใจต้องทำงานหนักเกินไป ผู้ป่วยควรได้นอนหลับคืนละ 8 - 9 ชั่วโมง และกลางวันอย่างน้อย 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะในระยที่มีอาการเจ็บหน้าอกอย่างมาก เพื่อช่วยป้องกันมิให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น

5. การทำงาน ควรหลีกเลี่ยงการทำงานหนักที่ต้องออกแรงอย่างหนักที่ทันใด งานที่ถูกละหลุ่ก เร่งรีบ งานที่ต้องใช้แรงงาน หรือความตั้งใจสูงและทำติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ในผู้หญิงที่ทำงานบ้านอาจต้องลดงานลง เช่น ใช้เครื่องช่วยผ่อนแรง หรือทำและพักเป็นระยะ ๆ ผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายบางรายที่ไม่อาจกลับไปทำงานเดิมได้ ต้องหางานที่ไม่ต้องใช้สมอง หรือแรงงานมากทำแทน

6. การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยควรระมัดระวังมิให้เกิดอาการท้องผูก เพราะทำให้มีการแบ่งขณะถ่ายอุจจาระ ซึ่งจะทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้น อาจทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ ควรเลือกรับประทานอาหารที่ช่วยให้ถ่ายอุจจาระได้สะดวก เช่น ผัก ผลไม้ และดื่มน้ำมาก ๆ หนึ่งออกกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องผูกหรือเกิดแก๊สด้วย ถ้าไม่ได้ผลควรปรึกษาแพทย์ เพื่อแพทย์จะได้ให้ยาระบายอ่อน ๆ ผู้ป่วยไม่ควรซื้อยารับประทานเอง

เพราะยานั้นอาจมีความรุนแรงเกินไป และมีผลต่อการทำงานของหัวใจได้

7. หลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดความตึงเครียดต่าง ๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น การได้รับข่าวร้ายต่าง ๆ การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์รายการที่ทำให้ตื่นเต้น ตกใจ ดีใจ โกรธ หรือเสียใจ ได้แก่รายการมวย ฟุตบอล ข่าวฆาตกรรม หรือกิจกรรมใด ๆ ที่ทำด้วยความรีบร้อน เป็นต้น เพราะสิ่งเหล่านี้จะทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงกว่าปกติ หัวใจต้องทำงานมากขึ้น อาจเกิดอาการขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้

8. อุณหภูมิ ผู้ป่วยควรรักษาร่างกายให้อบอุ่น ไม่หนาวจัด หรือร้อนจัดจนเกินไป เพราะสิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้

9. การสูบบุหรี่ ผู้ป่วยควรงดสูบบุหรี่ เพราะนิโคตินในบุหรี่จะซึมผ่านเข้าไปในกระแสเลือด ทำให้ผนังของหลอดเลือดหดตัว รุกลดเลือดแดง เลือดไหลไม่สะดวก หัวใจต้องทำงานมากขึ้น นอกจากนี้ แก๊สคาร์บอนมอนนอกไซด์ เมื่อเข้าสู่กระแสโลหิตจะเป็นตัวขัดขวางการนำเอาออกซิเจนไปใช้ โดยไปแทนที่ออกซิเจนในการจับตัวของฮีโมโกลบิน ซึ่งเป็นผลให้ขาดออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกาย ผลจากการวิจัยพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่าวันละ 20 มวน จะมีโอกาสเป็นโรคนี้ และมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เลย และผู้ที่สูบกถ้องหรือซิการ์ประมาณ 2 - 3 เท่า

10. เพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยที่เคยมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย ควรงดการมีเพศสัมพันธ์หลังจากออกจากโรงพยาบาลประมาณ 8 สัปดาห์ ก่อนมีเพศสัมพันธ์ควรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอแล้ว และไม่รู้สึกลิ้นเต้นต่อสิ่งแวดลอมใหม่ ๆ รวมทั้งควรอมยาไนโตรกลีเซอรินก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ด้วย

11. การสังเกตอาการผิดปกติ ควรรู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น เจ็บหน้าอก เหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น เวียนศีรษะ กลืนลำบาก อาเจียน เป็นลม หายใจไม่ออก ควรรีบไปพบแพทย์ เพราะอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้

12. การมาตรวจตามนัด เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบ เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และลดอาการของโรคลงให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพราะปัญหาจากโรคของ

ผู้ป่วยนั้น อาจมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในระยะเวลาอันสั้น และเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ การ
มาตรวจตามนัดถือเป็นการติดตามดูความก้าวหน้าของโรคว่าเปลี่ยนแปลงไปในทางใด มีภาวะ
แทรกซ้อนใดเกิดขึ้นหรือไม่ ตลอดจนได้ประเมินปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากพิษข้างเคียงของ
ยา และการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันต่าง ๆ ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำที่เหมาะสม
ต่อไป ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมารับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ แต่ถ้ามีอาการผิดปกติก่อนถึง
วันนัดก็ให้รีบมาตรวจรักษาทันที

ความร่วมมือในการรักษา

โรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดแข็งตัว เป็นโรคที่มีปัญหาในด้านการรักษา
เพราะในปัจจุบันนี้ยังไม่สามารถแก้ไขภาวะหลอดเลือดแข็งให้กลับเป็นปกติเหมือนเดิมได้ แต่
สามารถควบคุมอาการของโรคมิให้เลวลงอย่างรวดเร็วได้ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และ
การปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามแผนการรักษา ซึ่งการที่จะกระทำได้นี้ ต้องอาศัยความร่วมมือ
ในการรักษาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพราะผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต
บางอย่างแตกต่างไปจากภาวะปกติที่เคยปฏิบัติและใช้ความอดทนเป็นอย่างมากที่จะปฏิบัติตาม
แผนการรักษาให้ได้ตลอดไป

เดวิด (David, 1981 : 27) ได้ให้ความหมายของการให้ความร่วมมือ
(compliance) ทางจิตวิทยาไว้ว่า หมายถึง การยอมเปลี่ยนพฤติกรรม (behavior)
ของตนเองตามความต้องการของผู้อื่น

ดราคุปและมีลีส (Dracup & Meleis, 1982 : 31) ให้ความหมายของความ
ร่วมมือของผู้ป่วยไว้ว่า หมายถึง พฤติกรรม หรือการกระทำที่ผู้ป่วยปฏิบัติสอดคล้องกับแผนการ
รักษา ตามคำแนะนำของแพทย์ด้วยความเต็มใจ ดังนั้นความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย
จึงหมายถึง พฤติกรรม หรือการกระทำที่ขัดแย้งกับแผนการรักษา หรือคำแนะนำของแพทย์และ
พยาบาล ซึ่งอาจเป็นไปในลักษณะไม่ปฏิบัติตาม (omission) หรือปฏิบัตินอกเหนือแผนการ
รักษาพยาบาล (commission)

เฮนส์ (Cited in Klinger, 1984 : 32) ให้ความหมายของความร่วมมือไว้ว่า หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลในเรื่อง การรับประทานยา การรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำรงชีวิต ที่สอดคล้องกับแผนการรักษา

ความร่วมมือในการรักษาจึงหมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษา หรือคำแนะนำด้วยความเต็มใจ ซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดก็คือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติ รวมทั้งการปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำให้เหมาะสมกับภาวะของโรคด้วย

การวัดความร่วมมือในการรักษา สามารถวัดได้ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม คือ (Kochar & Daniels, 1978 : 110)

1. การวัดทางตรงอาศัยหลักทางชีววิทยา เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การวัดระดับยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ และสารที่เกิดจากการสลายป (metabolite)
2. การวัดทางอ้อม อาศัยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เช่น แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินความร่วมมือของตนเอง การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ และการประเมินของแพทย์ผู้รักษา

การศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีไม่มาก (Klinger, M., 1984 : 32) ส่วนใหญ่มุ่งศึกษาการฟื้นฟูสภาพในเรื่องการออกกำลังกาย เพราะการออกกำลังกายเป็นตัวนำความร่วมมือในการรักษาที่ดีของผู้ป่วยโรคนี้ (Hilbert, 1985 : 220)

คาร์โมดี และคณะ (Carmody, et al., 1980 : 165 - 166) พบว่า ความร่วมมือของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ในการออกกำลังกายตามโครงการฟื้นฟูสภาพจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 70 ในระยะเวลา 4 เดือนแรกของโครงการ และเมื่อติดตามต่อไป ความร่วมมือในการออกกำลังกายจะลดลงเรื่อย ๆ จนเหลือเพียงร้อยละ 48.3 และร้อยละ 18.7 เมื่อครบกำหนด 12 เดือน และ 40 เดือน ตามลำดับ ซึ่งคล้ายกับการศึกษา

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน ความร่วมมือในการรักษาจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 50 และแม้แต่ในผู้ป่วยที่ใช้เวลาในการรักษาระยะสั้น ๆ ความร่วมมือในการรักษาก็ลดลงอย่างรวดเร็วด้วย (Sackett and Snow cited in Klinger, 1984 : 32)

เทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrell & Hart, 1980 : 490) ได้ศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อหลอดเลือดโคโรนารี (coronary bypass) ต่อความร่วมมือในการออกกำลังกาย โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 30 คน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 66.6 ไม่ได้เดินหรือเดินแต่ไม่ถูกต้องตามขั้นตอนการเดินที่วางไว้ในโปรแกรมการออกกำลังกาย ผู้ป่วยร้อยละ 20 เดินได้ถูกต้อง แต่ไม่ได้จับชีพจร เพื่อใช้เป็นเครื่องบอกระดับความเครียดในการทำงานของหัวใจ มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 13.3 เท่านั้น ที่เดินได้ถูกต้องตามขั้นตอนและจับชีพจรในระหว่างการเดินออกกำลังเหล่านี้ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย จำนวนปัญหาหรือสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการเข้าร่วมในโครงการและการรับรู้ถึงประสิทธิผลของการออกกำลังกาย มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา

คลิงเกอร์ (Klinger, 1984 : 32 - 37) ได้ศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า มีทั้งปัจจัยที่เป็นอุปสรรคขัดขวาง และปัจจัยที่ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาหลายประการ ดังนี้

1. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคขัดขวางความร่วมมือในการรักษา

1.1 ไม่มีเวลาเพียงพอในการปฏิบัติตามกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนการรักษา (Personal priorities) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 70 อ้างว่าไม่มีเวลาเพียงพอ เพราะมีภาระหน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบหลายประการ การปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นความรับผิดชอบเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น

1.2 สภาพอากาศไม่เหมาะสม มีผู้ป่วยร้อยละ 44 ให้เหตุผลว่าสภาพอากาศที่ไม่เหมาะสมเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย

1.3 ลิ้ม ผู้ป่วยร้อยละ 33 รายงานว่า ลิ้มรับประทานยา หรือลิ้มจำกัดอาหาร เพราะความเคยชินมาก่อนที่จะเป็นโรคนี้ หรือลิ้มกิจกรรมที่ควรละเว้น เช่น การยกของหนักหรือเลื่อนสิ่งของที่ผิด เป็นต้น ความลิ้มในเรื่องเหล่านี้ เป็นสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษา

1.4 โรคและความเจ็บป่วยอื่น ๆ รวมทั้งอาการทางหัวใจ ผู้ป่วยร้อยละ 28 มีปัญหาจากความเจ็บป่วยอื่น ๆ เช่น ข้ออักเสบ หอบหืด รวมทั้งอาการเจ็บหน้าอก ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย

1.5 ปัจจัยทางสังคม เช่น การไปงานสังคมหรือการรับประทานอาหารนอกบ้าน ทำให้หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และควบคุมอาหารได้ลำบาก

1.6 ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อັตมโนทัศน์ของผู้ป่วย ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ค่าใช้จ่ายขาดความสะดวก รวมทั้งการให้คำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอด้วย

2. ปัจจัยที่ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ที่พบน้อยได้แก่

2.1 การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากคู่สมรส

2.2 ความเชื่อถือในแพทย์ผู้รักษา เชื่อว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นสิ่งมีประโยชน์

2.3 ปัจจัยที่พบน้อย เช่น ความกลัว กลัวตาย ความต้องการมีชีวิตในบทบาทเดิม มีสิ่งช่วยเหลือความจำเพื่อกันลิ้ม ประสบการณ์ที่คุ้นเคยกับแผนการรักษามาก่อน และความรู้สึกว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำทำให้อาการดีขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยมีหลายประการ พอสรุปได้ดังนี้ (Deyo & Inui, 1980 : 1146 - 1155; Gillum & Barsky, 1974 : 1163 - 1567; Marston, 1970 : 312 - 321)

1. ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย รวมทั้งแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติ

2. ปัจจัยด้านสังคมและประชากร เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สภาพครอบครัวและสังคม เวลา และความสะดวก
3. แผนการรักษา
4. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่บริการทางสุขภาพ
5. ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย

จากงานวิจัยต่าง ๆ เหล่านี้ แสดงให้เห็นว่า การให้ความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการตั้งแต่เจ้าหน้าที่ผู้ให้การรักษา แผนการรักษา รวมทั้งท่าทางที่แสดงต่อผู้ป่วย การสนับสนุนจากสังคมและครอบครัว รวมทั้งตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งจะต้องมีทั้งความเชื่อและความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องด้วย

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อบำรุงชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลนั้น (Orem, 1980 : 35)

การดูแลตนเอง เป็นทั้งความสามารถ และการปฏิบัติของบุคคลในการที่จะปรับปรุงกิจกรรมในชีวิตประจำวันตลอดจนสิ่งแวดล้อม เพื่อสุขภาพความเป็นอยู่ที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งในยามปกติ และเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเองนั้น โอเรมได้นำมาใช้ในการพยาบาลทางอายุรกรรม และศัลยกรรมมากกว่า 20 ปีแล้ว โดยมีความเชื่อว่า บุคคลมีความต้องการที่จะดูแลตนเองเพื่อการดำเนินชีวิต และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ ตลอดจนหลีกเลี่ยงจากโรคภัยหรือภัยอันตรายที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่พัฒนามาเรื่อย ๆ ตั้งแต่วัยเด็กจนกระทั่งเจริญเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ แต่ความสามารถนี้จะลดลงเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น หรือมีการสูญเสียอวัยวะของร่างกาย มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเรมนี้ ได้มีผู้ให้ความสนใจและนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาล

ผู้ป่วยแผนกต่าง ๆ กันมากพอสมควร โอเร็มได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็นชนิดใหญ่ 3 ชนิด คือ (Orem, 1980 : 41)

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self care) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน หรือเป็นการสนองความต้องการพื้นฐานของร่างกาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอันดี เช่น การดูแลตนเองในเรื่อง อากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่าย และการพักผ่อน เป็นต้น

2. การดูแลตนเองในพัฒนาการ (Development self care) มีความสัมพันธ์กับกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะต่าง ๆ ของชีวิต ได้แก่ ความสามารถในการรักษาความสมดุลย์ของโครงสร้างของร่างกาย และมุ่งไปสู่วุฒิภาวะทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการให้การดูแลเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับสุขภาพที่มีผลต่อพัฒนาการของมนุษย์

3. การดูแลตนเองตามความเบี่ยงเบนของสุขภาพ (Health deviation self care) เป็นการดูแลตนเองเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในรูปร่างและการทำงานของร่างกาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม จิตใจ และอารมณ์ด้วย

กล่าวได้ว่า บุคคลทั่วไปใช้เวลาส่วนใหญ่ของชีวิตไปในการดูแลตนเอง และแม้เมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพเกิดขึ้น อย่างน้อยร้อยละ 25 ของปัญหาเหล่านี้ ก็สามารถแก้ไขได้เอง โดยไม่ต้องอาศัยแพทย์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากก็สามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน ภายหลังได้รับคำแนะนำหรือมีความรู้ทางด้านสุขภาพรวมทั้งทักษะในการปฏิบัติด้วย การดูแลตนเองโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำและแผนการรักษาจึงเท่ากับเป็นการให้ความร่วมมือในการรักษา จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นอุปสรรคขัดขวางในการดำเนินชีวิต จะแสวงหาความรู้ และคำแนะนำเพื่อการดูแลตนเอง

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง กระบวนการให้ความรู้ กระตุ้น และช่วยเหลือบุคคลในการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการปรับปรุงรูปแบบในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม เพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Pender, 1982 : 150)

การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ เป็นหน้าที่ของบุคคลทุกคนในวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย จะต้องรับผิดชอบในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง บทบาทของพยาบาลในการดูแลตนเองตามความคิดของโอเรม มีดังนี้ (Orem, 1980 : 97 - 101)

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory system) ระบบนี้ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พยาบาลจะเป็นผู้ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยทั้งหมด ร่วมกับการให้คำแนะนำและประทับประคอง เช่น ในขณะอยู่ในหน่วย ไอ.ซี.ยู. (Intensive care unit) หรืออยู่ในระยะเจ็บป่วยรุนแรง
2. ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory system) เป็นการพยาบาลที่ผู้ป่วยและพยาบาลมีส่วนร่วมรับผิดชอบด้วยกันในการทำกิจกรรม ใช้ประโยชน์ในด้านการฟื้นฟูสุขภาพ เช่น ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. ระบบประทับประคองและให้การศึกษ (Supportive - educative system) ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำเพื่อการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมที่เหมาะสม การควบคุมอาหารและน้ำหนัก การลดความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และการควบคุมสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า บทบาทของพยาบาลทั้ง 3 ระบบนี้ ครอบคลุมทั้งในด้านการดูแลรักษา และการให้ความรู้ เพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพอันดีของบุคคลซึ่งให้การดูแลรักษา เป็นการให้ความช่วยเหลือ เพื่อสนองความต้องการของบุคคลเพียงครั้งคราวเท่านั้น แต่การสอนให้บุคคลมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมใดได้ด้วยตนเอง จะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ตลอดไป ดังนั้นการสอน แนะนำ หรือการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลตนเอง และเป็นสิทธิของผู้ป่วยโดยตรงที่จะได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาที่เกี่ยวกับตัวของเขาเองตามข้อตกลงเรื่องสิทธิของผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้เข้าใจเหตุผลและตัดสินใจเกี่ยวกับตัวของเขาเองได้ถูกต้อง ดังที่

ทอดด์ (Todd, 1981 : 56) พบว่า ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่หยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกว่ รับประทานแล้วไม่ดีขึ้น ไม่ค่อยสบาย หรือรู้สึกเลวลง โดยไม่ทราบว่า เป็นผลข้างเคียงของยา ที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่ทราบเรื่องราวเกี่ยวกับโรคและการรักษามากเท่าใด ก็มีโอกา สให้ความร่วมมือในการรักษา เพื่อการดูแลตนเองมากขึ้นเท่านั้น ตรงกับที่ทาเกลีย คอชโซ และ โอมมา (Tagliacozzo & Ima, 1970 : 765) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษา

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบในการดำเนินชีวิต แตกต่างไปจากภาวะปกติ เพื่อดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามสมควร ดังนั้นถ้าผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ก็จะเข้าใจเหตุผลของการเปลี่ยนแปลง ต่าง ๆ เหล่านั้น และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องได้

มอยนิฮาน (Moynihan, 1984 : 441) กล่าวว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น ผู้ป่วยจะต้องมีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ เพื่อจะได้อยู่ อย่างพึงตนเอง และดำรงชีวิตได้โดยปกติสุข

จากการศึกษาของ โอเวน และคณะ (Owen, McCann & Hutelmyer, 1978 : 149) ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 78 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตนอยู่ในระดับต่ำ และต้องการการเรียนรู้ในเรื่องเหล่านี้ ซึ่งตรงกับการศึกษา ของ มอยนิฮาน (Moynihan, 1984 : 445) ที่ศึกษาถึงความต้องการด้านความรู้ในผู้ป่วย หลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ผู้ป่วยต้องการทราบเกี่ยวกับโรค และกิจกรรม ในการดูแลตนเองในเรื่อง อาหาร การรับประทานยา การจำกัดกิจกรรม การตอบสนองทาง อารมณ์ และการจับชีพจร

เทอเรลล์ และฮาร์ท (Tirrell & Hart, 1980 : 492) กล่าวว่า ปัจจัย ด้านความรู้ จำนวนอุปสรรค และการรับรู้ผลของการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความ ร่วมมือในการออกกำลังกายของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหลอดเลือดโคโรนารี

ลินเด และแจนซ์ (Linde & Janz, 1979 : 285) ได้ศึกษาผลการสอนผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Valve replacement) และผู้ป่วยผ่าตัดต่อหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary artery by pass) กับระดับความรู้และความร่วมมือในการรักษา พบว่าภายหลังการสอนผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่าการศึกษาความร่วมมือในผู้ป่วยโรคหัวใจอื่น ๆ

เบลี และเอนเกล (Baile & Engel, 1978 : 415 - 418) ได้ศึกษาผลการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา 7 ราย โดยให้ผู้ป่วยได้วางแผนและลงมือปฏิบัติตามแผนด้วยตนเอง พบว่า ผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนได้ดีขึ้น และจากรายงานของ วัลลา คันทโยทัย (2526 : 83) ซึ่งศึกษาติดตามความรู้เรื่องโรคเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมโรคไม่ได้ดี พบว่าหลังจากให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นแล้ว ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดี มีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ดี เช่นเดียวกับรายงานของ วง และวง (Wong & Wong, 1985 : 111) ที่ศึกษาผลการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกข้อสะโพก กับความร่วมมือในการรักษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเรียนรู้ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุม

จากการศึกษาเหล่านี้แสดงว่า ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการดูแลตนเองให้ถูกต้องตามแผนการรักษา หรือการให้ความร่วมมือในการรักษา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วย (Health Belief Model and Sick Role Behavior)

ความเชื่อ คือ ความนึกคิด หรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวความคิดและความเข้าใจนั้น ๆ (จรรจา สุวรรณทัต, 2527 : 141)

โรคีช (Rokeach, 1970 : 112) ได้ให้ความหมายว่า ความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งอาจจะรู้ตัวว่ามี หรือไม่รู้ตัวก็ได้ แต่สามารถจะรู้ว่ามีได้จากการที่บุคคลนั้นพูดหรือกระทำ ความเชื่อจะเป็นส่วนกำหนดแนวโน้มของบุคคล หรือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดบุคคลกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งลงไป ถ้าได้รับการกระตุ้นอย่างเหมาะสม ดังนั้น ความเชื่อจึงมีอิทธิพลอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์ และความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยก็น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในการปฏิบัติตน เพื่อรักษาสุขภาพอนามัยด้วย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนามาจากแนวคิดของ เลวิน (Rosenstock, 1974 : 2 - 3) ที่กล่าวว่า มนุษย์อยู่ในห้วงจักรวาล (Life span) ซึ่งประกอบด้วย 3 บริเวณ (region) คือ บริเวณที่เป็นบวก บริเวณที่เป็นกลาง และบริเวณที่เป็นลบ ส่วนเชื้อโรคสามารถอยู่ได้เฉพาะบริเวณที่เป็นลบเท่านั้น จึงพยายามผลักดันมนุษย์ที่อยู่บริเวณลบออกไปให้พ้นจากส่วนนี้ อีกทั้งกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคลเกิดจากแรงดึงดูดของบริเวณที่เป็นบวก และแรงผลักของบริเวณที่เป็นลบด้วย จากแนวความคิดนี้ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวคือ บุคคลที่จะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคจะต้องมีความเชื่อ (Rosenstock, 1974 : 3)

1. ตนเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง
3. การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรค และต่อมาได้เพิ่มตัวแปรเกี่ยวกับแรงจูงใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น ตัวแปรทางด้านประชากรและสังคม เข้าไปในแบบแผนด้วย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงเป็นแบบแผนที่ใช้ตัวแปรทางจิตสังคมมาอธิบายพฤติกรรม หรือการตัดสินใจเลือกกระทำของบุคคล เมื่อเกิดความไม่แน่ใจ โดยมีสมมุติฐานว่าพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับ 1 คุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับ 2 ความเชื่อในผลที่จะได้จากการกระทำของตน (Maiman and Becker, 1974 : 9) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกนี้ ใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคลในด้านการป้องกันโรค ดังแผนภูมิ 1

มีส่วนประกอบที่สำคัญดังนี้ (Maiman and Becker, 1974 : 21 - 22)

1. ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะกระทำซึ่งสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยพิจารณาตัดสินจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น
2. การคาดคะเน ของบุคคลต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ โดยพิจารณาถึงความสะดวกหรือความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และผลที่จะได้รับจากการกระทำว่า มีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรคเพียงใด ทั้งนี้บุคคลต้องพิจารณาเปรียบเทียบกันระหว่างการรับรู้กับสิ่งที่จะเป็นอุปสรรคขัดขวางการกระทำนั้น เช่น การเสียเวลา และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ
3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to action) อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น อาการความเจ็บป่วยต่าง ๆ หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interaction) และสื่อสารมวลชนต่าง ๆ (Mass media communication) ที่ชักนำให้บุคคลมีการปฏิบัติขึ้นในสถานการณ์นั้น ๆ

การรับรู้ของบุคคล

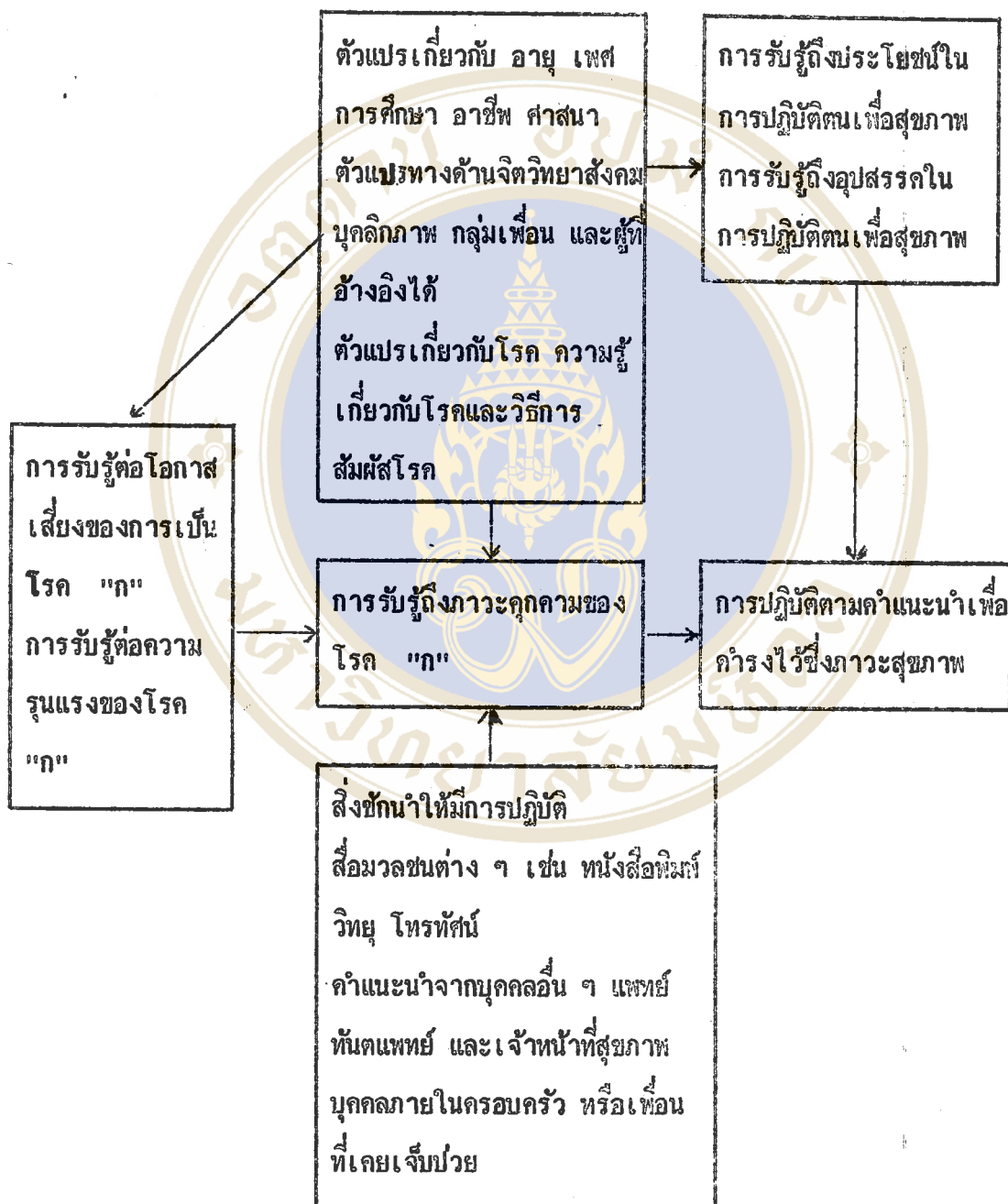
(Individual
Perceptions)

ปัจจัยร่วม

(Modifying Factors)

การปฏิบัติ

(Likelihood of Action)



แผนภูมิที่ 1 "แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ" ใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค

ที่มา : Rosenstock, 1974 : 7



แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก เพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคลในการป้องกันโรค ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ คาสล และคอบบ์ (Kasl & Cobb, 1966 : 246) ได้ประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วย โดยแบ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น การปรึกษาแพทย์ที่ห้องเพื่อน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม

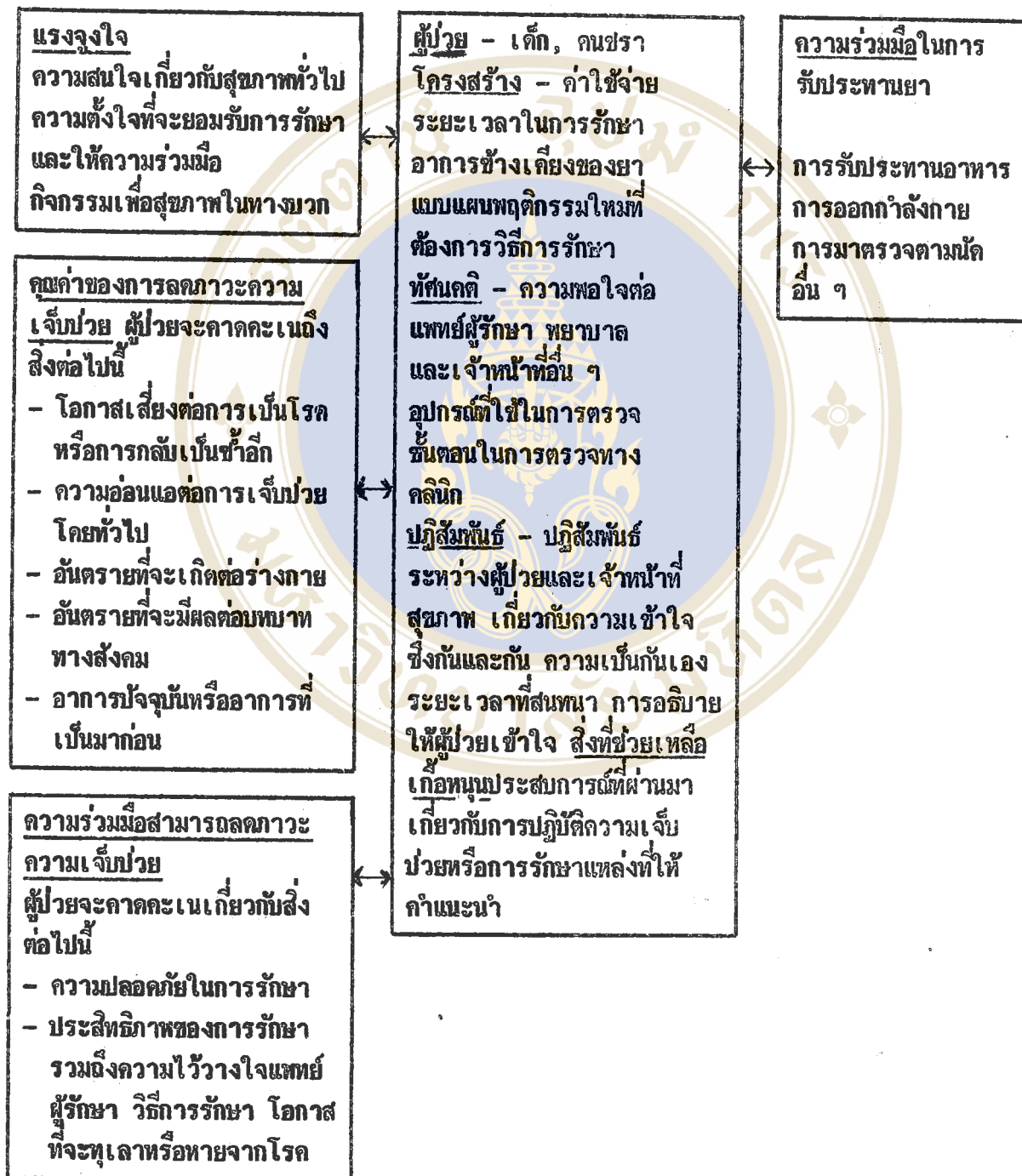
3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึง กิจกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติตามกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

จากรายงานการศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยครั้งก่อน ๆ ที่ผ่านมา นักวิจัยหลายท่านใช้รูปแบบทางการแพทย์ (Medical Model) โดยเน้นตัวแปรทางด้านประชากร สังคม แผนการรักษา และลักษณะความเจ็บป่วย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ยังไม่เป็นระบบเพียงพอที่จะใช้เป็นตัวทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ และบางครั้งผลการวิจัยก็มีความขัดแย้งกัน (Becker, 1974 : 82) เบคเคอร์ จึงได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นใหม่ เพื่ออธิบาย หรือทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยต่อความร่วมมือในการรักษา ดังแผนภูมิที่ 2

ความพร้อมที่จะปฏิบัติตาม
พฤติกรรมความร่วมมือ
(Readiness to undertake
recommended compliance
behaviors)

ปัจจัยร่วม
(Modifying factors)

พฤติกรรมผู้ป่วย
(Sick role behavior)



แผนภูมิที่ 2 สรุบบนแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อให้นายพฤติกรรมของผู้ป่วย

ที่มา : Becker, 1974 : 89

ตัวแปรที่สำคัญในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่ (Becker, 1974 : 83 - 88) มีดังนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived susceptibility) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยในพฤติกรรมบทบาทของผู้ป่วย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว นั้น มโนทัศน์ในการวัดค่านี้อาจต้องปรับปรุงใหม่ให้เหมาะสม ซึ่งจะวัดได้ 3 ทางคือ

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อการวินิจฉัยโรค หรือ ข้อสรุปของแพทย์ ซึ่งจะทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคผิดไป

1.2 การคาดคะเนของบุคคล ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือโอกาสที่จะเป็นซ้ำอีก

1.3 ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ หรือความเจ็บป่วยโดยทั่วไป

จากรายงานวิจัยต่าง ๆ พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังที่เบคเคอร์ และคณะ (Becker, Haefner, Maiman, Kirscht & Drachman, 1977 : 348 - 368) พบว่า มารดาที่มีการรับรู้ว่ามีบุตรของตนมี โอกาสเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย เมื่อมีน้ำหนักเกิน มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือทั้งในการควบคุม อาหารทำให้น้ำหนักตัวของบุตรลดลง และในการมาตรวจตามนัด เทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrell & Hart, 1980 : 490) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการเดินออกกำลังกาย และชาลลาล (Hallal, 1982 : 140) รายงานว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมเร็งเต้านมในเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived severity) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า แม้บุคคลจะมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างเดียว ยังไม่เป็นการเพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม แต่เขาจะต้องเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นจะมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย และบทบาททางสังคมของเขาด้วย จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้พฤติกรรม

ความร่วมมือเกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ในด้านนี้ เป็นเรื่องของความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อปัญหาความเจ็บป่วยมากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง ดังเช่นที่ไฮน์เซลมานน์ (Heinzelmann, 1962 : 73 - 81) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีโรคมีความรุนแรง ทั้งในด้านการรู้สึกของเขาเอง และเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพนนิซิลินเพื่อป้องกันโรค

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและค่าใช้จ่าย (Perceived benefits and cost) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา เทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrell & Hart, 1980 : 492) พบว่า การรับรู้ถึงประสิทธิผลของการออกกำลังกายตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของฮาลาล (Hallal, 1982 : 140) ที่พบว่า ผู้ที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา

ค่าใช้จ่ายในการรักษา อาจเป็นอุปสรรคส่วนหนึ่งในการปฏิบัติตามแผนการรักษา นอกจากนี้ อุปสรรคในการปฏิบัติ ยังอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้อีกหลายประการ เช่นที่คลิงเกอร์ (Klinger, 1984 : 32 - 37) พบว่า เวลา และความสะดวกที่จะปฏิบัติ ความไม่สุขสบายจากโรคและความเจ็บป่วยต่าง ๆ ความลึ้ม และการได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอ เป็นอุปสรรคขัดขวางความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

4. แรงจูงใจ (Motivation) แรงจูงใจในที่นี้ หมายถึงความแตกต่างของอารมณ์ในแต่ละบุคคลที่ถูกเร้าโดยสิ่งเร้าบางอย่าง เช่น เรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งในการศึกษาพฤติกรรมบทบาทของผู้ป่วยนั้น การวัดแรงจูงใจมักจะวัดในเรื่องความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปและความต้องการหรือความตั้งใจที่จะร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาของไฮน์เซลมานน์ และบากเลย์ (Heinzelmann & Bagley, 1970 : 906) พบว่า เหตุผลของผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้าร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกาย เพราะต้องการมีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันการเกิดโรค ใช้เป็นเครื่องหย่อนใจและให้ความสนุกสนานด้วย เช่นเดียวกับโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1975 : 402 - 403) ที่พบว่า

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางพันธุกรรมแก่ประชาชน เป็นแรงจูงใจให้บุคคลที่สนใจเข้าร่วมในโปรแกรมการตรวจหาความผิดปกติของโรคนี้

ตัวแปรในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวมา เป็นเพียงตัวแปรที่สำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีผลต่อโรคหรือภาวะความเจ็บป่วยต่าง ๆ ความเชื่อเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจของผู้ป่วยว่ามีความพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้มากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยร่วมต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ (Patient-practitioner relationship) เดวิส (Davis, 1968 : 274 - 285) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ ที่ผิดแปลกไปจากปกติ เช่น ความตึงเครียดในขณะสนทนา ขาดความเป็นกันเองกับผู้ป่วย ไม่มีการโอนอ่อนผ่อนตามในข้อตกลงต่าง ๆ หรือการซักถามผู้ป่วยเป็นเวลานานโดยไม่มีการบอกให้ผู้ป่วยเข้าใจ เหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา เบคเกอร์ และคณะ (Becker, et al., 1974 : 210) พบว่า ผู้ป่วยที่พอใจแพทย์ผู้รักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

2. ความต่อเนื่องของแพทย์ในการตรวจรักษา (Physician continuity) เบคเกอร์ และคณะ (Becker, et al., 1974 : 212) พบว่า มารดาที่ให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา และมาตรวจตามนัดเป็นผู้ที่บุตรของเขาได้รับการตรวจจากแพทย์คนเดิมเป็นประจำ

3. ตัวแปรทางสังคมและประชากร (Social and demographic variables) ปัจจัยทางสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา คลิงเกอร์ (Klinger, 1984 : 33) พบว่า กลุ่มสมรสมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีกำลังใจต่ำในการให้ความร่วมมือในการรักษา เช่นเดียวกับกับรายงานของ ไฮน์เซลมานน์และบากเลย์ (Heinzelman & Bagley, 1970 : 907) ที่พบว่า กลุ่มสมรสมีส่วนสนับสนุนผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจให้เข้าร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกาย

นอกจากนี้ ตัวแปรด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ก็อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย จากการศึกษารื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า เพศหญิง และเพศชาย มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน โดยพบว่า เพศหญิงมีอายุยืนยาวกว่าเพศชาย แต่มีความเจ็บป่วย และไปรับ การตรวจรักษามากกว่าเพศชายเกือบทุกช่วงอายุ (Cockerham, 1982 : 70) นอกจากนี้ เดวิส (Davis) ได้อ้างถึงรายงานของนักวิจัยหลายท่านที่พบความแตกต่างของปัจจัยด้านประชากรกับความร่วมมือในการรักษา เช่น ดิกสัน (Dixon) พบว่า เพศหญิงมักจะมีส่วนร่วมในการรักษา คอบบ์ และคณะ (Cobb, et al.) รายงานถึงความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุและผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ และเบตส์ และเอเรียล (Bates & Ariel) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อยมักจะมีส่วนร่วมในการรักษา (Cited in Davis, 1986 : 274 - 275)

ในเรื่องของระดับการศึกษาและรายได้นั้น พบว่า มีส่วนสัมพันธ์กัน กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้น้อย มักจะมีการศึกษาน้อย และไม่ใครสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่มียาได้มาก มักจะเป็นผู้ที่ได้รับการศึกษาสูง และให้ความเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่า คอว์กเกอร์แฮม (Cockerham) ได้อ้างถึงรายงานของ ดัตตัน (Dutton) ที่พบว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยน้อย เพราะเขาสามารถทน (Tolerate) ต่อภาวะที่สุขภาพไม่ดีได้ เมื่อมีรายได้น้อยลง ความเชื่อในการป้องกันโรค หรือความรู้ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพจะลดลงด้วย การป้องกันโรคอาจจะดี แต่มีความสำคัญน้อยกว่าสิ่งจำเป็นอื่น ๆ ในการดำรงชีวิต (Cited in Cockerham, 1982 : 88 - 89) แต่อย่างไรก็ตาม จากรายงานการทบทวนความร่วมมือในการรักษาของ มาร์สตัน (Marston, 1970 : 317) พบว่า เมื่อแยกวิเคราะห์ตัวแปรในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา หรือฐานะทางเศรษฐกิจแล้ว ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจะต้องดูแลตนเองไปตลอดชีวิต จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงภาวะความเจ็บป่วย รวมทั้งแนวทางการรักษาและวิธีการปฏิบัติตนที่เหมาะสม เพื่อนำไปปฏิบัติได้ถูกต้องและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามสมควร พยาบาลอยู่ในฐานะที่จะส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ดี เพราะมีโอกาสใกล้ชิดผู้ป่วยมากกว่าเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอื่น ๆ โดยการสอน แนะนำ และช่วยแก้ปัญหาที่เป็นอุปสรรค เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ดังที่ เคอร์ (Kerr, 1985 : 24) กล่าวว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา เป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

โอเวนส์ และคณะ (Owens, et al., 1978 : 150) ได้ศึกษาผลการสอนผู้ป่วยโรคหัวใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน พบว่า มีความรู้เพิ่มขึ้นภายหลังการสอนอย่างชัดเจน และเมื่อติดตามต่อไปภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 6 และ 12 สัปดาห์ ระดับความรู้ก็ไม่ลดลง เข้าใจว่าเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยได้รับเอกสารคำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยอ่านบทวนซ้ำได้เมื่อต้องการ เช่นเดียวกับ ลินเด และแจนซ์ (Linde & Janz, 1979 : 285) ที่พบว่า ผลการสอนทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น และยังคงมีอยู่ต่อไป เมื่อมาตรวจตามนัดในครั้งต่อไปในเวลา 1 เดือน และ 3 เดือน และผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาสูงขึ้น โดยให้เหตุผลว่า น่าจะเกิดจากแรงกระตุ้นในการสอนเพิ่มเติม เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดในแต่ละครั้ง

ฉะนั้น ในการสอนผู้ป่วย นอกจากจะคำนึงถึงเนื้อหาและสอนให้เกิดความเข้าใจแล้ว จำเป็นต้องหาวิธีการหรือแรงจูงใจ เพื่อให้ความรู้ที่ยังคงอยู่ตลอดไปด้วย อีกประการหนึ่ง ผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงควรนำเทคนิควิธีการสอน รวมทั้งจิตวิทยาการเรียนรู้ สำหรับผู้ใหญ่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ด้วย เช่น การเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ชักถาม หรือมีการอภิปรายเป็นกลุ่ม เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จะทำให้ผู้ป่วยและพยาบาลมองเห็นจุดประสงค์ที่จะนำไปปฏิบัติได้ชัดเจนและตรงกัน ดังที่ เบลี และเอนเกล (Baile & Engel, 1978 : 413 - 419) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

ภายหลังจากการให้คำแนะนำแล้วให้ผู้ป่วยได้วางแผนและลงมือปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟูสุขภาพด้วยตนเอง พร้อมกับมารับคำปรึกษากับเจ้าหน้าที่เป็นระยะ ๆ ทำให้ผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมือในการรักษาคีรีชน นอกจากนั้นการมองปัญหาสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษานั้น อาจมีสาเหตุจากผู้ป่วยเพียงลำพังก็ได้ เพราะเบคเคอร์ และไมแมน (Becker & Maiman, 1980) รายงานว่า กลุ่มสมรรถนะมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโคโรนารี โดยพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มสมรรถนะ ให้ความร่วมมือในการออกกำลังกายอย่างดี เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่กลุ่มสมรรถนะไม่แสดงความรู้สึกใด ๆ หรือแสดงความรู้สึกในทางลบ มีเพียงร้อยละ 40 ที่ให้ความร่วมมือในการออกกำลังกาย ดังนั้น สำหรับผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ พยาบาลอาจต้องมองปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างบุคคลทั้งคนที่มีความผูกพันกับครอบครัวและบทบาททางสังคมด้วย

นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านความเชื่อของผู้ป่วยด้วย เพราะความเชื่อมีบทบาทสำคัญในการวางหลักแห่งการกระทำหรือวางกรอบความคิดเห็นในด้านต่าง ๆ ความเชื่อเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการที่จะช่วยให้บุคคลปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (สุธีรา อายุวัฒน์, 2527 : 1 - 2) ความเชื่อจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการกระทำต่าง ๆ รวมทั้งการเรียนรู้ด้วย ถึง (King, 1984 : 53 - 55) กล่าวว่า การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยจะไม่ได้ผลเต็มที่ ถ้าไม่คำนึงถึงทัศนคติ หรือความเชื่อของผู้ป่วย ความเชื่อด้านสุขภาพ มีอิทธิพลอย่างมาก ต่อการตัดสินใจและการกระทำของบุคคลในการป้องกันและการให้ความร่วมมือในการรักษา เบคเคอร์ และคณะ (Becker, et al., 1977 : 27 - 46) ได้รวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยอมรับและไม่ยอมรับการตรวจและรักษาในโรคต่าง ๆ และสรุปผลที่จะนำไปใช้ในการป้องกันโรคไว้ว่า การมีความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย แม้จะเป็นสิ่งสำคัญ แต่การมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมอนามัยได้ จำเป็นต้องเน้นที่ความสำคัญขององค์ประกอบทางจิตวิทยาที่ว่าด้วยแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่จะกระตุ้นให้กระทำพฤติกรรมนั้นด้วย

ดังนั้น พยาบาลจึงควรตระหนักถึงปัจจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยด้วย ว่าผู้ป่วยมีความเชื่อหรือการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยและการรักษาอย่างไร ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูล ประกอบในการวางแผนการสอน แนะนำ และการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยให้เหมาะสม กล่าวคือ ถ้าความเชื่อของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ถูกต้อง ก็จะส่งเสริมให้ปฏิบัติต่อไป แต่ถ้าความเชื่อของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง และเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ก็จะได้หาวิธีโน้มน้าวจิตใจของผู้ป่วยให้เปลี่ยนแปลงความเชื่อไปในทางที่ถูกต้อง

ด้วยเหตุนี้ การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วย จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นเป็นข้อมูลประกอบในการสอนและแนะนำ ทั้งยังต้องอาศัยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยต่าง ๆ เช่น พยาบาลผู้สอนทั้งในหอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยทั่วไป และพยาบาลในคลินิก มีความพร้อมในการสอน และมีแผนการสอนที่ต่อเนื่อง เหมาะสมกันโดยตลอด รวมทั้งตัวผู้ป่วยเองมีความพร้อมและความต้องการที่จะเรียนรู้ด้วย ซึ่งการที่จะให้การพยาบาลที่สอดคล้องตรงตามปัญหาและความต้องการได้ดังนี้ จำเป็นต้องนำกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอนมาใช้ เริ่มตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินปัญหา การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผล ผลที่ได้จากการประเมินจะเป็นข้อมูลย้อนกลับมาเป็นปัญหา เพื่อการวางแผนแก้ไขต่อเนื่องกันตลอดไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา ระหว่างผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรคแตกต่างกัน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา เพื่อควบคุมอาการของโรคทั้งชายและหญิง ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling) จำนวน 100 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ตั้งแต่เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2529 เป็นต้นไป มีหลักเกณฑ์ในการเลือกดังนี้คือ

1. มีสติสัมปชัญญะดี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ที่ไม่มีอาการหัวใจวาย
3. ไม่เป็นโรคเบาหวาน
4. ไม่มีปัญหาทางการได้ยินและสามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดี
5. ไม่เป็นโรค หรือมีความผิดปกติทางด้านจิตใจมาก่อน
6. มาติดตามรับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เป็นโรค ลักษณะโรค และการมาตรวจตามนัด (ดูภาคผนวก ข.)

2. แบบวัดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยความรู้จากการทบทวนวรรณคดี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

2.1 การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การลดความเครียด รวมทั้งการรับประทานยา การพักผ่อน การขับถ่าย และการมาตรวจตามนัด มีจำนวน 16 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดคำตอบไว้เป็น 3 ข้อ คือ ก ข และ ค (ดูภาคผนวก ก.)

การให้คะแนน พิจารณาจากคำตอบของผู้ป่วย ดังนี้

คำตอบซึ่งแสดงถึงการปฏิบัติตัวถูกต้อง	ได้ 2 คะแนน
คำตอบซึ่งแสดงถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องบางส่วน	ได้ 1 คะแนน
คำตอบซึ่งแสดงถึงการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง	ได้ 0 คะแนน

คะแนนความร่วมมือในการรักษาจึงมีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 32 คะแนน

การประเมินความร่วมมือในการรักษา ถือเกณฑ์ ดังนี้

80 - 100	เปอร์เซ็นต์ หมายถึง ความร่วมมือในการรักษา	สูง
60 - 79	เปอร์เซ็นต์ หมายถึง ความร่วมมือในการรักษา	ปานกลาง
0 - 59	เปอร์เซ็นต์ หมายถึง ความร่วมมือในการรักษา	ต่ำ

2.2 การปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ มี 5 ข้อ ส่วนนี้ไม่นำมาคิดคะแนนความร่วมมือในการรักษา แต่จะใช้เป็นข้อมูลประกอบในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ต่อไป

3. แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาค้นคว้าจาก ตำรา เอกสาร และอาศัยแนวทางจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพที่ไมแมน และคณะ สร้างขึ้น (Maiman, Becker, Kirscht, Haefner & Drachman, 1977 : 215 - 219) แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974 : 82 - 90) และแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดของไฮเจค (HiJeck, 1984 : 449 - 457) เป็นพื้นฐาน เครื่องมื่อดังกล่าวแบ่งออกเป็น 6 หมวด คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา อุปสรรคในการปฏิบัติตนและปัจจัยร่วมต่าง ๆ แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อความที่ใช้ในการสอบถามความรู้สึก ความคิดเห็น และความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะความเจ็บป่วย มีทั้งข้อความด้านบวกและด้านลบ (ดูภาคผนวก ง.) ลักษณะคำตอบเป็นการจัดลำดับคุณภาพ 5 อันับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แสดงว่า ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบเลย

ไม่เห็นด้วย แสดงว่า ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบ

เฉย ๆ หรือไม่แน่ใจ แสดงว่า ผู้ตอบรู้สึกเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจว่าจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น

เห็นด้วย แสดงว่า ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง แสดงว่า ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบมากที่สุด

แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่สร้างขึ้น มีจำนวน 32 ข้อ ดังนี้

1. แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป มี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 - 5 ในแบบวัด ข้อความที่มีความหมายทางบวกมี 3 ข้อ คือ ข้อ 1, 3, 5 และข้อความที่มีความหมายทางลบมี 2 ข้อ คือ ข้อ 2 และ 4
2. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน มี 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6 - 11 ในแบบวัด ข้อความที่มีความหมายทางบวกมี 3 ข้อ คือ ข้อ 8, 9, 11 และข้อความที่มีความหมายทางลบมี 3 ข้อ คือ ข้อ 6, 7 และ 10
3. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12 - 16 ในแบบวัด ข้อความที่มีความหมายทางบวกมี 3 ข้อ คือ ข้อ 14, 15, 16 และข้อความที่มีความหมายทางลบมี 2 ข้อ คือ ข้อ 12 และ 13
4. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามี 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 17 - 22 ในแบบวัด ข้อความที่มีความหมายทางบวกมี 5 ข้อ คือ ข้อ 17, 18, 19, 21, 22 และข้อความที่มีความหมายทางลบมี 1 ข้อ คือ ข้อ 20
5. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน มี 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 23 - 28 ในแบบวัด ข้อความที่มีความหมายทางบวกมี 2 ข้อ คือ ข้อ 25, 26 และข้อความที่มีความหมายทางลบมี 4 ข้อ คือ ข้อ 23, 24, 27 และ 28
6. ปัจจัยร่วมต่าง ๆ มี 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 29 - 32 ในแบบวัด ข้อความที่มีความหมายทางบวกมี 3 ข้อ คือ ข้อ 29, 31, 32 และข้อความที่มีความหมายทางลบมี 1 ข้อ คือ ข้อ 30

ผู้ตอบแบบวัดนี้ จะต้องเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดให้

การให้คะแนน พิจารณาจากคำตอบของผู้ป่วย ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	1	คะแนน
ตอบไม่เห็นด้วย	ได้	2	คะแนน
ตอบเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจ	ได้	3	คะแนน
ตอบเห็นด้วย	ได้	4	คะแนน
ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	5	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	5	คะแนน
ตอบไม่เห็นด้วย	ได้	4	คะแนน
ตอบเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจ	ได้	3	คะแนน
ตอบเห็นด้วย	ได้	2	คะแนน
ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	1	คะแนน

ดังนั้น คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม จึงมีค่าอยู่ระหว่าง

32 - 160 คะแนน

การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ ถือเกณฑ์ ดังนี้

80 - 100	เปอร์เซ็นต์ หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพ	สูง
60 - 79	เปอร์เซ็นต์ หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพ	ปานกลาง
0 - 59	เปอร์เซ็นต์ หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพ	ต่ำ

4. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบสอบถาม ซึ่งใช้คำถามปลายปิด จำนวน 23 ข้อ (ดูภาคผนวก จ.) คำถามแต่ละข้อ มีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ ดังนี้

- ใช่ หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในคำถามนั้นถูกต้อง
 ไม่ใช่ หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในคำถามนั้นผิด
 ไม่ทราบ หมายถึง เมื่อผู้ตอบไม่ทราบว่าข้อความในคำถามนั้นถูกหรือผิด

ผู้ตอบแบบสอบถาม จะต้องเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย

✓ ลงในช่องที่กำหนดให้

การให้คะแนน มีกำหนดการให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก	ได้	1	คะแนน
ตอบผิด	ได้	0	คะแนน
ตอบไม่ทราบ	ได้	0	คะแนน

ดังนั้น คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจึงมีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 23

คะแนน

การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ถือเกณฑ์ ดังนี้

80 - 100	เปอร์เซ็นต์ หมายถึง	มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง สูง
60 - 79	เปอร์เซ็นต์ หมายถึง	มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปานกลาง
0 - 59	เปอร์เซ็นต์ หมายถึง	มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ต่ำ

การหาความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่น

แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยนำแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางจิตวิทยาจำนวน 7 ท่าน ช่วยพิจารณาตรวจสอบ ต่อจากนั้นนำแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และแบบวัดความร่วมมือในการรักษา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคหัวใจขาดเลือด และการดูแลตนเอง จำนวน 9 ท่าน ช่วยพิจารณาตรวจสอบ หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบวัดมาปรับปรุงแก้ไขให้มี

ความเหมาะสมของภาษา ความชัดเจนในเนื้อหา ตลอดจนการเรียงลำดับข้อความให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบวัดทั้ง 3 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 20 ราย แล้วคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบวัด ดังนี้

1. แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบวัดความร่วมมือในการรักษา คำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) จากสูตร (สุภาพ วาตเขียน, 2525 : 45)

$$r_{\alpha} = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right)$$

เมื่อ r = ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด
 $\sum s_i^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากแบบวัดแต่ละข้อ
 s_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากแบบวัดทั้งหมด
 K = จำนวนข้อทั้งหมดในแบบวัด

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพและแบบวัดความร่วมมือในการรักษาเท่ากับ .83 และ .71 ตามลำดับ

2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรกูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder - Richardson หรือ K - R 20) ซึ่งมีสูตรที่ใช้ในการคำนวณ ดังนี้ (สุภาพ วาตเขียน, 2525 : 43)

$$r_{KR-20} = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum p q}{s} \right)$$

- เมื่อ r = ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด
 K = จำนวนข้อของแบบวัดทั้งหมด
 P = สัดส่วนจำนวนคนที่ทำข้อสอบได้ทั้งหมด
 q = $1 - P$
 s^2 = ค่าความแปรปรวนของแบบวัด

ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์และสอบถามผู้ป่วยตามวัน และเวลา ดังนี้
 - 1.1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 8.30 - 12.00 น.
 - 1.2 โรงพยาบาลราชวิถี ทุกวันอังคาร เวลา 8.30 - 12.00 น.
 - 1.3 โรงพยาบาลศิริราช ทุกวันศุกร์ เวลา 13.00 - 15.30 น.
2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่ตรงตามลักษณะที่กำหนดไว้จากบัตรบันทึกประวัติ (O.P.D. Card) ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดลงท่อน้ำ และบันทึกรายชื่อไว้
3. ขอความร่วมมือจากผู้ป่วยที่ได้รับเลือกเป็นตัวอย่างในการวิจัย แล้วทำการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว และข้อมูลตามแบบวัดความร่วมมือในการรักษา สอบถามความ เชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งการตอบแบบวัด 2 ชุดหลังนี้ไม่จำกัดเวลาตอบ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการอ่านแบบสอบถามเนื่องจากสายตาไม่ดี หรือไม่ได้นำแว่นตามาคือ ผู้วิจัยจะอ่านข้อความในแบบวัดให้ฟังและตอบทีละข้อ ๆ จนเสร็จทั้ง 2 ชุด
4. คัดคะแนนความร่วมมือในการรักษา คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละรายตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
5. วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติที่ได้วางแผนไว้แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดเขตวิกฤตไว้เท่ากับ .05 ตามลำดับดังนี้

1. แจกแจงความถี่ และคิอัตราร้อยละของลักษณะข้อมูลทั่วไป
2. หาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2525 : 32)

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}$$

เมื่อ $\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย

$\sum_{i=1}^n x_i$ = ผลรวมของคะแนนที่ได้จากผู้ป่วย 100 คน
(1 = 1, 2, 3 n)

n = จำนวนผู้ตอบ

3. หาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2525 : 32)

$$SD = \sqrt{\frac{\sum (x - \bar{x})^2}{N - 1}}$$

เมื่อ SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

X = คะแนนของผู้ป่วยแต่ละคน

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย

N = จำนวนผู้ตอบ

4. เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในด้าน เพศ และลักษณะโรค โดยใช้การทดสอบที (t - test) จากสูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2525 : 177)

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{S_p^2 \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

เมื่อ $\bar{x}_1$ และ $\bar{x}_2$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ

S_p^2 = ค่าความแปรปรวนร่วมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

n_1 และ n_2 = จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ

5. เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในด้านระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาที่เป็นโรค โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way Analysis of Variance) ทดสอบค่า F (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2525 : 152 - 153)

6. เมื่อคำนวณได้ค่า F ในข้อ 5 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นำคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา มาทดสอบความแตกต่างในแต่ละคู่ โดยวิธีของ เชฟเฟ (วิเชียร เกตุสงฆ์, 2526 : 83)

$$\hat{\phi} = \bar{x}_1 - \bar{x}_2$$

$$\hat{\sigma}_{\hat{\phi}} = \sqrt{MS_w \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}$$

เมื่อ $\bar{x}_1$ และ $\bar{x}_2$ = ค่าเฉลี่ยของคะแนน กลุ่มที่ 1 และ 2

MS_w = ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองภายในกลุ่ม

n_1 และ n_2 = จำนวนตัวอย่างในกลุ่มที่ 1 และ 2

เปรียบเทียบค่า $\hat{\phi}/\hat{\sigma}_{\hat{\phi}}$ กับค่า $(k-1)F$ ถ้าค่า $\hat{\phi}/\hat{\sigma}_{\hat{\phi}}$ มากกว่าแสดงว่า ไม่ยอมรับสมมุติฐาน และสรุปว่า ค่าเฉลี่ยคู่ไหนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปิดตาราง F ที่ $df_1 = k-1$ และ $df_2 = N-k$

7. หากความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษา และ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษา โดยคำนวณค่าสหประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (วิเชียร เกตุสิงห์, 2526 : 26)

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

เมื่อ r = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ
กับความร่วมมือในการรักษา หรือความรู้เกี่ยวกับการ
ดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษา

$\sum x$ = ผลรวมของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ หรือความรู้
เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

Σy = ผลรวมของคะแนนความร่วมมือในการรักษา

Σxy = ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ
หรือความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือ
ในการรักษา

Σx^2 = ผลรวมของกำลังสอง ของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ
หรือความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

Σy^2 = ผลรวมของกำลังสอง ของคะแนนความร่วมมือในการ
รักษา

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สูตร (วีเชียร เกตุสิงห์,

2526 : 28)

$$t = r \sqrt{\frac{N-2}{1-r^2}}$$

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาเปรียบเทียบ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา ระหว่างผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรค แตกต่างกัน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 100 ราย เสนอผลการวิจัยด้วยตารางประกอบการบรรยายเป็น 4 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา
- ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความแตกต่างกันในด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรค
- ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษา

เพื่อให้ผู้อ่านผลการวิจัย มีความเข้าใจตรงกับผู้วิจัย ในการเสนอผลการวิจัยครั้งนี้ จึงได้กำหนดคำย่อ ดังนี้

- ความเชื่อโดยรวม = ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม
- แรงจูงใจ = แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป
- โอกาสเสี่ยง = การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

ความรุนแรง	=	การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค
ประโยชน์	=	การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา
อุปสรรค	=	การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน
ความรู้	=	ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
ความร่วมมือ	=	ความร่วมมือในการรักษา

1. ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรค

1.1 เพศ

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ

เพศ	ศิริราช	พระมงกุฎเกล้า	ราชวิถี	รวม
ชาย	21	41	11	73
หญิง	1	17	9	27
รวม	22	58	20	100

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 73 ส่วนน้อยเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 27

1.2 อายุ

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ

อายุ/ปี	ศิริราช	พระมงกุฎเกล้า	ราชวิถี	รวม
ต่ำกว่า 51 ปี	4	7	1	12
51 - 55	4	10	4	18
56 - 60	5	11	10	26
61 - 65	6	7	2	15
66 - 70	2	6	1	9
71 - 75	-	11	2	13
สูงกว่า 75 ปี	1	6	-	7
รวม	22	58	20	100

จากตารางที่ 2 พบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างกระจายอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยสูงอายุในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน

1.3 ระดับการศึกษา

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ศิริราช	พระมงกุฎเกล้า	ราชวิถี	รวม
ประถมศึกษา	8	20	11	39
มัธยมศึกษา	8	25	8	41
อุดมศึกษา	6	13	1	20
รวม	22	58	20	100

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา และประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41 และ 39 ตามลำดับ ระดับอุดมศึกษามีน้อย คิดเป็นร้อยละ 20

1.4 สถานภาพสมรส

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	ศิริราช	พระมงกุฎเกล้า	ราชวิถี	รวม
โสด	1	0	0	1
คู่	16	50	13	79
หม้ายหย่าหรือแยกกันอยู่	5	8	7	20
รวม	22	58	20	100

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในสถานภาพสมรสคู่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 79 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโสดมีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1

1.5 อาชีพ

ตารางที่ 5 จำนวนร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	ศิริราช	พระมงกุฎเกล้า	ราชวิถี	รวม
ทำงานบ้านหรืออยู่เฉย ๆ	12	36	9	57
ค้าขาย	1	3	3	7
รับราชการ	4	16	4	24
ทำนา ทำสวน ทำไร่	1	1	0	2
รับจ้าง	4	2	4	10
รวม	22	58	20	100

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ทำงานบ้านหรืออยู่เฉย ๆ คิดเป็นร้อยละ 57 รองลงมาคืออาชีพรับราชการคิดเป็นร้อยละ 24 อาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2

1.6 ฐานะทางเศรษฐกิจ

ตารางที่ 6 จำนวนร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ

รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	ศิริราช	พระมงกุฎเกล้า	ราชวิถี	รวม
ต่ำกว่า 3,000 บาท	10	11	7	28
3,000 - 5,999 บาท	2	14	3	19
6,000 บาทขึ้นไป	10	33	10	53
รวม	22	58	20	100

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 6,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 53 กลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 3,000 - 5,999 บาท มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19

1.7 ระยะเวลาที่เป็นโรค

ตารางที่ 7 จำนวนร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่เป็นโรค

ระยะเวลาที่เป็นโรค	ศิริราช	พระมงกุฎเกล้า	ราชวิถี	รวม
6 เดือน - 3 ปี	8	27	15	50
4 - 7 ปี	8	20	4	32
8 ปีขึ้นไป	6	11	1	18
รวม	22	58	20	100

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่เป็นโรคอยู่ในช่วง 6 เดือน - 3 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 กลุ่มที่เป็นโรคนานกว่า 8 ปีขึ้นไป มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18

1.8 ลักษณะโรค

ตารางที่ 8 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะโรค

ลักษณะโรค	ศิริราช	พระมงกุฎเกล้า	ราชวิถี	รวม
มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย	17	24	7	48
ไม่มี	5	34	13	52
รวม	22	58	20	100

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีจำนวนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 48 และ 52 ตามลำดับ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและความร่วมมือในการรักษา

ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและความร่วมมือในการรักษา

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	คะแนนของแบบวัด	ร้อยละของคะแนนเฉลี่ย
ความเชื่อโดยรวม	129.44	10.634	160	80.9
- แรงจูงใจ	20.66	2.462	25	82.64
- โอกาสเสี่ยง	22.96	2.849	30	76.53
- ความรุนแรง	19.14	2.518	25	76.56
- ประโยชน์	25.79	2.753	30	85.96
- อุปสรรค	23.85	3.270	30	79.50
- ปัจจัยร่วม	17.04	2.295	20	85.20
ความรู้	15.99	4.031	23	69.52
ความร่วมมือ	23.07	4.440	32	72.09

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมและในแต่ละด้าน มีตั้งแต่ระดับกลางถึงระดับสูง และมีการกระจายของคะแนนในแต่ละด้านอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ส่วนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับกลาง ๆ และมีการกระจายของคะแนนใกล้เคียงกัน แต่มากกว่าการกระจายของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ

3. เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรค

3.1 เพศ

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา ระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิง ด้วยการทดสอบที (t - test)

ตัวแปร	หญิง (27)		ชาย (73)		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ความเชื่อโดยรวม	131.296	11.501	128.753	10.294	1.062 ^{NS}
- แรงจูงใจ	20.74	2.246	20.63	2.552	.198 ^{NS}
- โอกาสเสี่ยง	22.962	3.228	22.958	2.72	.006 ^{NS}
- ความรุนแรง	19.74	2.781	18.917	2.396	1.458 ^{NS}
- ประโยชน์	26.148	2.797	25.657	2.744	.789 ^{NS}
- อุปสรรค	24.370	3.454	23.657	3.202	.967 ^{NS}
- ปัจจัยรวม	17.333	2.541	16.931	2.206	.775 ^{NS}
ความรู้	15.037	3.469	16.342	4.187	-1.445 ^{NS}
ความร่วมมือ	23.444	4.326	22.931	4.504	.510 ^{NS}

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งเพศชายและเพศหญิง มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม และในแต่ละด้าน รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 อายุ

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความ
ร่วมมือในการรักษา ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 56 ปี 56-70 ปี และ 70 ปี
ขึ้นไป ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ทดสอบค่าเอฟ (F - test)

แหล่งความแปรปรวน	df	F
ความเชื่อโดยรวม	2,97	1.82 NS
- แรงจูงใจ	2,97	1.47 NS
- โอกาสเสี่ยง	2,97	.088 NS
- ความรุนแรง	2,97	2.271 NS
- อุปสรรค	2,97	3.46 *
- ปัจจัยร่วม	2,97	2.715 NS
ความรู้	2,97	1.883 NS
ความร่วมมือ	2,97	1.233 NS

* $P < .05$ NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 11 แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน จะมีความเชื่อ
ด้านสุขภาพโดยส่วนรวม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาไม่ต่างกัน
แต่มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ อุปสรรคในการปฏิบัติตนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการรับรู้อุปสรรค
ในการปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน ด้วยวิธีของ เชฟเฟ
(Scheffé)

ค่าเฉลี่ย	อายุ	ต่ำกว่า 56 ปี	56 - 70 ปี	มากกว่า 70 ปีขึ้นไป
24.233	ต่ำกว่า 56 ปี	1	1.153	.966 ^{NS}
23.08	56 - 70 ปี	-	1	2.12 [*]
25.2	มากกว่า 70 ปีขึ้นไป	-	-	1

* P < .05 NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 56 - 70 ปี มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 56 ปี และมากกว่า 70 ปีขึ้นไป และสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี

3.3 ระดับการศึกษา

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา ด้วยการใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวทดสอบค่าเอฟ (F - test)

แหล่งความแปรปรวน	df	F
ความเชื่อโดยรวม	2,97	1.702 ^{NS}
- แรงจูงใจ	2,97	5.842 ^{**}
- โอกาสเสี่ยง	2,97	1.083 ^{NS}
- ความรุนแรง	2,97	.406 ^{NS}
- ประโยชน์	2,97	1.583 ^{NS}
- อุปสรรค	2,97	1.168 ^{NS}
- ปัจจัยร่วม	2,97	1.959 ^{NS}
ความรู้	2,97	13.759 ^{**}
ความร่วมมือ	2,97	.652 ^{NS}

^{**} P < .01 NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพในด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม และในด้านอื่น ๆ 5 ด้าน รวมทั้งความร่วมมือในการรักษา มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพ ในเรื่องแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ด้วยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffé)

ค่าเฉลี่ย	ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
19.743	ประถมศึกษา	1	1.20763	2.108 ^{**}
20.951	มัธยมศึกษา	-	1	.898 ^{NS}
21.850	อุดมศึกษา	-	-	1

^{**} P < .01 NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา แม้จะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปแตกต่างจากระดับอุดมศึกษาและประถมศึกษาอยู่บ้าง ก็ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ด้วยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffé)

ค่าเฉลี่ย	ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
13.641	ประถมศึกษา	1	3.70 ^{**}	4.158 ^{**}
17.341	มัธยมศึกษา	-	1	.458 ^{NS}
17.8	อุดมศึกษา	-	-	1

^{**} P < .01 NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา และอุดมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา และอุดมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 3,000 บาท 3,000 – 5,999 บาท และ 6,000 บาทขึ้นไป ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเคียวทสอ์ค่าเอฟ (F – test)

แหล่งความแปรปรวน	df	F
ความเชื่อโดยรวม	2,97	.737 NS
- แรงจูงใจ	2,97	3.321 *
- โอกาสเสี่ยง	2,97	.238 NS
- ความรุนแรง	2,97	1.692 NS
- ประโยชน์	2,97	.634 NS
- อุปสรรค	2,97	.148 NS
- ปัจจัยร่วม	2,97	1.329 NS
ความรู้	2,97	6.221 **
ความร่วมมือ	2,97	.099 NS

** P < .01 * P < .05 NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม และในด้านอื่น ๆ อีก 5 ด้าน รวมทั้งความร่วมมือในการรักษา มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน ด้วยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe')

ค่าเฉลี่ย	รายได้ต่อเดือน	ต่ำกว่า 3,000 บาท	3,000-5,999 บาท	6,000 บาทขึ้นไป
19.678	ต่ำกว่า 3,000 บาท	1	1.163 ^{NS}	1.434 [*]
20.842	3,000 - 5,999 บาท	-	1	.271 ^{NS}
21.113	6,000 บาทขึ้นไป	-	-	1

* $P < .05$ NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 3,000 บาท มีความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป ต่ำกว่ากลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 6,000 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 3,000 - 5,999 บาท มีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป แตกต่างจากกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท และ 6,000 บาทขึ้นไป อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน ด้วยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffé)

ค่าเฉลี่ย	รายได้ต่อเดือน	ต่ำกว่า 3,000 บาท	3,000-5,999 บาท	6,000 บาทขึ้นไป
13.821	ต่ำกว่า 3,000 บาท	1	2.968*	3.027**
16.789	3,000-5,999 บาท	-	1	.059 ^{NS}
16.849	6,000 บาทขึ้นไป	-	-	1

** $P < .01$ * $P < .05$ NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 3,000 - 5,999 บาท และ 6,000 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 3,000 - 5,999 บาท และ 6,000 บาทขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.5 ระยะเวลาที่เป็นโรค

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความ
ร่วมมือในการรักษา ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเป็นโรค 6 เดือน
ถึง 3 ปี, 4 - 7 ปี และ 8 ปีขึ้นไป ด้วยการใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน
ทางเดียว ทดสอบค่าเอฟ (F - test)

แหล่งความแปรปรวน	df	F
ความเชื่อโดยรวม	2, 97	.876 NS
- แรงจูงใจ	2, 97	2.222 NS
- โอกาสเสี่ยง	2, 97	.740 NS
- ความรุนแรง	2, 97	1.913 NS
- ประโยชน์	2, 97	.711 NS
- อุปสรรค	2, 97	.963 NS
- ปัจจัยร่วม	2, 97	.676 NS
ความรู้	2, 97	1.946 NS
ความร่วมมือ	2, 97	.083 NS

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเป็นโรค
ต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม และในแต่ละด้านทั้ง 6 ด้าน รวมทั้งความรู้เกี่ยว
กับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

3.6 ลักษณะโรค

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย ด้วยการทดสอบที (t - test)

ตัวแปร	มี		ไม่มี		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ความเชื่อโดยรวม	128.958	10.917	129.884	10.453	-.435 ^{NS}
- แรงจูงใจ	20.458	2.60	20.845	2.337	-.785 ^{NS}
- โอกาสเสี่ยง	23.25	2.471	22.692	3.159	.977 ^{NS}
- ความรุนแรง	18.687	2.476	19.557	2.508	-1.743 ^{NS}
- ประโยชน์	25.708	2.767	25.865	2.765	-.283 ^{NS}
- อุปสรรค	23.812	3.259	23.884	3.311	-.109 ^{NS}
- ปัจจัยร่วม	17.041	2.192	17.038	2.408	.006 ^{NS}
ความรู้	15.562	4.419	16.384	3.636	-1.019 ^{NS}
ความร่วมมือ	23.583	4.241	22.596	4.607	1.111 ^{NS}

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 20 พบว่า ลักษณะโรคที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มตัวอย่างที่มี และไม่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม และในแต่ละด้านทั้ง 6 ด้าน รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับ
ความร่วมมือในการรักษา

ตารางที่ 21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับ
การดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษา ด้วยวิธีของเพียร์สัน (Pearson
product - moment correlation coefficient)

ตัวแปร	ความร่วมมือในการรักษา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	t
ความเชื่อโดยรวม	.485	5.50**
- แรงใจ	.367	3.905**
- โอกาสเสี่ยง	.333	3.496**
- ความรุนแรง	.098	.979 NS
- ประโยชน์	.281	2.901**
- อุปสรรค	.435	4.788**
- ปัจจัยร่วม	.258	2.645**
ความรู้	.304	3.167**

** P < .01 NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 21 พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมและใน
ด้านต่าง ๆ ทั้ง 5 ด้าน รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือ
ในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้นความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้
ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 จะเห็นได้ว่าผลการวิเคราะห์เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 4 และข้อที่ 5 ที่ว่า ความ
เชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการ
รักษา

อภิปรายผล

การศึกษาในเรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยแยกอภิปรายดังนี้

1. สมมุติฐานข้อที่ 1, 2 และ 3 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรคต่างกัน จะมีความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกัน

1.1 เพศ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศหญิงหรือเพศชายมีความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน ซึ่งตรงกับการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 114) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพศชายและเพศหญิง มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน แต่ถ้านับการศึกษาของหองพยอม การภิญโญ (2526 : 103) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน ที่พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาแตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นผลของระดับการศึกษาประการหนึ่ง เพราะพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดทั้งเพศชายและเพศหญิง ส่วนใหญ่มีการศึกษาดี จึงมีการรับรู้ที่ถูกต้องเป็นส่วนมาก ซึ่งต่างจากโรคเบาหวาน ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา จึงอาจมีผลให้การรับรู้ของผู้ป่วยในโรคทั้ง 2 กลุ่มนี้แตกต่างกันได้

ในการศึกษาถึงความแตกต่างระหว่างเพศ กับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและความร่วมมือในการรักษา ก็ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งตรงกับรายงานของ มิลเลอร์ และคณะ (Miller, Wikoff, McMahon, Garrette & Ringel, 1985 : 268 - 272) ที่พบว่า ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตาย เพศหญิง และเพศชาย ไม่แตกต่างกัน และมาร์สตัน (Marston, 1970 : 320) พบว่า

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเช่นกัน ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เป็นเรื่องที่บุคคลทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจกันอยู่บ้างแล้ว และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคนี้อีกก็เป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำอยู่เป็นประจำ เป็นการปฏิบัติง่าย ๆ ไม่ยุ่งยากซับซ้อนจนเกินไป จึงไม่สามารถมองเห็นความแตกต่างระหว่างเพศกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและความร่วมมือในการรักษาได้ชัดเจน

เหตุผลอีกประการหนึ่งที่ทำให้ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานในการศึกษารั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีจำนวนน้อย ($n = 27$) จึงอาจไม่ได้เป็นตัวแทนที่ดีของผู้ป่วยเพศหญิงที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดในการศึกษารั้งนี้

1.2 อายุ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 11 พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา ไม่แตกต่างกันตามอายุ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาตามที่ได้มีผู้ศึกษาไว้แล้ว (พวงพยอม การภิญโญ, 2526 : 106; สุภาพ ใบแก้ว, 2528 : 86; Marston, 1970 : 320; Tirrell & Hart, 1980 : 491) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะต่าง ๆ เป็นเอกพันธ์ กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีฐานะดี จะเห็นได้ว่ารายได้ค่อนข้างสูง ภาระที่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัวมีน้อยลง และระดับการศึกษาค่อนข้างดี จึงมีความสนใจสุขภาพของตนเองดี และเพศชายมักจะต้องทำงานนอกบ้าน จึงอาจได้รับประสบการณ์ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และความเจ็บป่วยจากเพื่อนร่วมงานได้ใกล้เคียงกัน

อย่างไรก็ตาม จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 56 - 70 ปี มีความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน สูงกว่ากลุ่มที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ หรือเป็นกลุ่มผู้สูงอายุใหม่ ๆ ผู้ป่วยที่ทำงานก็กำลังจะถูกปลดเกษียณ หรือถูกปลดเกษียณมาไม่นาน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ จึงเป็นกลุ่มที่กำลังเผชิญกับภาวะการเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนจากผู้ใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จากตำแหน่งหน้าที่การงานที่เคยรับผิดชอบมาเป็นผู้ว่างงาน จากการศึกษาของพีรสิทธิ์ คำนวนศิโร และคณะ (พีรสิทธิ์ คำนวนศิโร, สีนี กมลวาทิน และประเสริฐ รักไทยดี, 2523 : 154) พบว่า ข้าราชการที่เคยอยู่ในตำแหน่งหน้าที่การงานที่มีเกียรติ จะมีความรู้สึก

ในทางลบ และกระวนกระวายใจ กลัวต่อการถูกปลดเกษียณ กลัวจะสูญเสียอำนาจ รวมทั้งสถานภาพทางสังคมที่คิดว่าตนเองมีอยู่สูงด้วย ขณะเดียวกันการปลดเกษียณย่อมหมายถึงรายได้ประจำที่ลดลงด้วย ดังนั้น ภาวะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและอยู่ในช่วงการปรับตัวนี้ ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกับภาวะความเจ็บป่วยทางร่างกาย จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยพบกับความยุ่งยากในการปฏิบัติตน ได้แก่อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป หลงลืมง่าย มีปัญหายุ่งยากในครอบครัวในการเตรียมอาหาร รู้สึกว่าการรอคอยการตรวจเป็นสิ่งที่เสียเวลามาก และไม่สามารถมาตรวจตามที่แพทย์นัดได้เนื่องจากไม่มีเงินค่ายา หรือค่ารถ ซึ่งต่างกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 56 ปี เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังสามารถปฏิบัติงานและมีรายได้อย่างสม่ำเสมอ หรือลดลงก็เพียงเล็กน้อย ส่วนกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 70 ปี เป็นกลุ่มที่ผ่านระยะการปรับตัวตามบทบาทของผู้สูงอายุมานานแล้ว ไม่ต้องรับผิดชอบครอบครัว และยังมีบุตรหลานที่คอยเอาใจใส่อีกด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีอายุใน 2 ช่วงนี้ มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนแตกต่างจากกลุ่มที่กำลังเข้าวัยชรา

1.3 ระดับการศึกษา

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปต่ำกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา และอุดมศึกษาด้วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการพิจารณาคัดเลือกสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา และอุดมศึกษา ย่อมมีโอกาสได้ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับโรค และวิธีการรักษาสุขภาพอนามัยของตนได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ซึ่งตรงกับคำกล่าวของ สุโท เจริญสุข (อ้างใน จรรยา สุวรรณทัต, 2527 : 817) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีการศึกษามากจะช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถให้ตนเอง ทำให้เกิดเจตคติที่กว้างขวางในสิ่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น

การศึกษาความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ไม่พบความแตกต่างกัน แสดงว่า ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีระดับการศึกษาต่ำหรือสูงก็ไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา เพราะผู้ที่มีการศึกษาสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่สามารถเรียนรู้ได้ แต่พฤติกรรมความร่วมมือ

ในการรักษาขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการด้วยกัน เช่น ความเชื่อ หรือการรับรู้ของบุคคล ซึ่งใช้เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพ

1.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท มีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปต่ำกว่ากลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 6,000 บาทขึ้นไป และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ต่ำกว่ากลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 3,000 - 5,999 บาท และ 6,000 บาท ซึ่งตามความคิดเห็นของผู้วิจัยเห็นว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีจำเป็นในการดำรงชีวิต ผู้ที่มีรายได้น้อยจะใช้เวลาและความสามารถที่มีอยู่ในการหาเลี้ยงชีพของตน และครอบครัว ไม่ค่อยมีเวลาสนใจสิ่งอื่นมากนัก ต่างกับผู้ที่มีรายได้มากที่ได้รับความสะดวกสบายในการดำรงชีวิตเพียงพอแล้ว ก็จะแสวงหาวิชาความรู้และวิทยาการอื่น ๆ เพื่อให้มีชีวิตที่สะดวก สบาย มีความมั่นคงและปลอดภัยยิ่งขึ้น ผู้ที่มีรายได้มากจึงมีเวลาพอที่จะให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้มากกว่ามีโอกาสแสวงหาความรู้และวิธีการดูแลรักษาตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ดังที่คอกรกเกอร์แฮม (Cockerham, 1982 : 63) กล่าวว่า บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ มีแนวโน้มว่าจะใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพน้อย เนื่องจากภาวะทางเศรษฐกิจ และหรือเพราะการอบรมของเขาไม่มีใครได้เน้นถึงควมมีสุขภาพดี

นอกจากนี้ รายได้ของครอบครัว มักจะมีส่วนสัมพันธ์กับระดับการศึกษา (Cockerham, 1982 : 90) กล่าวคือ ผู้ที่มีการศึกษาคดี มักจะมีรายได้สูง และมีแนวโน้มที่จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยสูง ต่างกับผู้ที่มีรายได้น้อยมักจะมีการศึกษาต่ำ จึงมีแรงจูงใจด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองน้อยไปด้วย

การศึกษาความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตรงกับการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 93) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯ

จึงไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทาง อีกทั้งบริการการดูแลรักษาในปัจจุบันมีหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีรายได้น้อยอยู่แล้ว เช่น บริการให้ยาฟรี เป็นต้น รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยครอบคลุมเฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน จึงไม่แตกต่างกัน

1.5 ระยะเวลาที่เป็นโรค

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเป็นโรคต่างกัน จะมีความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการศึกษาถึงความรู้สึก หรือการรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะโรคที่เป็นอยู่ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษาในครั้งนี้เป็นโรครมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคที่ใกล้เคียงกัน ผลการศึกษาที่ได้นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ ใบแก้ว (2528 : 95) แต่ต่างจากของ พวงพยอม การภิญโญ (2526 : 108) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่เป็นโรคนาน มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาสูงกว่าอีกกลุ่มหนึ่ง ที่เป็นเช่นนั้นจะเป็นเพราะประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับในโรคหัวใจขาดเลือด และโรคเบาหวานแตกต่างกัน กล่าวคือ โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่แสดงอาการผิดปกติให้เห็นได้เร็ว เมื่อมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ระยะเวลาที่เป็นโรค จึงไม่มีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งต่างจากโรคเบาหวานที่การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ กว่าจะทราบผลต้องใช้เวลานาน ดังนั้น ระยะเวลาที่เป็นโรคจึงอาจมีผลต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยในโรคทั้ง 2 นี้แตกต่างกัน

สำหรับการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ในกลุ่มที่มีระยะเวลาการเป็นโรคไม่เท่ากันก็มีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจอธิบายเหตุผลได้ในตนเองเดียวกันกับที่กล่าวมาแล้ว คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคนาน 6 เดือนขึ้นไป มีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรครมาแล้วจากแพทย์ พยาบาล เพื่อนร่วมงาน หรือแหล่งความรู้อื่น และได้นำไปใช้ปฏิบัติในชีวิตจริงตามสภาพสังคมของผู้ป่วยด้วย เมื่อมีอาการไม่สบาย หรือมีปัญหาเกิดขึ้น ก็เป็นข้อมูลย้อนกลับให้ผู้ป่วยทราบได้ทันที ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง

และยังมีโอกาสซักถามซ้ำให้แน่ใจในการมาตรวจตามนัดอีกด้วย ระยะเวลาที่เป็นโรคตามที่ผู้วิจัยแบ่งไว้จึงไม่มีผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ในการเปรียบเทียบ ความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มที่มีระยะเวลาการเป็นโรคไม่เท่ากัน ก็ได้ผลไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นผลส่วนหนึ่งจากข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติตนซึ่งผู้ป่วยจะทราบได้ในเวลาไม่นาน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำจะรู้สึกว่าร่างกายแข็งแรงสุขภาพดี สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติ ในทางตรงข้าม ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง จะมีผลเสียให้เห็นได้ชัดเจน เช่น มีอาการเหนื่อยง่าย แน่นอึดอัด เจ็บหน้าอก เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จึงเป็นพลังผลักดันผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา อีกประการหนึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการรักษาอยู่แล้ว เพราะจากแบบสอบถามพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับว่า แผนการรักษาเป็นสิ่งที่ไม่ยุ่งยากในการปฏิบัติ การมาตรวจตามนัดก็ไม่บ่อยเกินไป สมาชิกในครอบครัวให้ความเอาใจใส่ดี และผู้ป่วยมีความเชื่อถือศรัทธาในแพทย์ และพยาบาล คล้ายคลึงกัน ระยะเวลาที่เป็นโรคแตกต่างกันจึงไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ผลที่ได้นี้ตรงกับรายงานของเทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrell & Hart, 1980 : 491) ที่พบว่า เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่เป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโคโรนารี

1.6 ลักษณะโรค

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 20 พบว่า ลักษณะโรคที่แตกต่างกันไม่มีผลทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกัน เนื่องจากลักษณะโรคที่ผู้วิจัยแบ่งไว้นั้น เป็นการแบ่งโดยการประเมินความรุนแรงทางการแพทย์ ซึ่งไม่มีผลต่อความรู้สึก หรือการรับรู้ของผู้ป่วย การแบ่งความรุนแรงของโรคในลักษณะเช่นนี้จึงไม่ทำให้การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยทั้งกลุ่มที่มีและไม่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค

การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในกลุ่มที่มีลักษณะโรคต่างกันนั้น ก็ได้ผลไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะไม่ว่าผู้ป่วยจะมีหรือไม่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย คำแนะนำที่ผู้ป่วยได้รับตลอดจนวิธีปฏิบัติตนตามแผนการรักษาก็คล้ายคลึงกัน

เมื่อพิจารณาถึงลักษณะโรคที่ต่างกันกับความร่วมมือในการรักษา พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มให้ความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องจากความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มต่อภาวะโรคที่เป็นอยู่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่า ความเชื่อ หรือการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจการกระทำต่าง ๆ

2. สมมุติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 21 ได้รับการสนับสนุนเกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจะแยกอภิปรายที่ละด้านดังนี้

2.1 แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป

แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปสูงจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี เพราะแรงจูงใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่แสดงถึงความสนใจ ความเอาใจใส่ในสุขภาพของตน เป็นส่วนที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา ผลที่ได้นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พวงพยอม การปฏิญญา (2526 : 110) ที่พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และ เบคเคอร์ และคณะ (Becker, et al., 1977 : 353) พบว่า มารดาที่สนใจในสุขภาพของบุตรมีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักให้ลดลง และการมาตรวจตามนัด แต่จากรายงานของ มิลเลอร์ และคณะ (Miller, et al., 1984 : 270) พบว่า ความตั้งใจของผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะอยู่โรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาหลังออกจากโรงพยาบาลในด้านการรับประทานยาและการมีกิจกรรม แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการงดสูบบุหรี่ การรับประทานยา และการลดความเครียด

2.2 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความร่วมมือในการรักษา กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี ซึ่งผลที่ได้นี้เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและสอดคล้องกับการศึกษาต่าง ๆ ที่มีผู้รายงานไว้แล้ว (Becker, et al., 1977 : 348 - 364; Hallal, 1982 : 140; Tirrell & Hart, 1980 : 490) แต่จากการศึกษาของ ชลูเทอร์ (Schlueter, 1982 : 361) พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมสูง มีเพียงร้อยละ 40.5 เท่านั้นที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ และสรุปว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2.3 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค

ตัวแปรด้านนี้วัดการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อความรุนแรงของโรคว่ามีผลกระทบ ต่อร่างกายหรือการดำเนินชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด ผลการวิเคราะห์พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งผลที่ได้นี้ไม่สอดคล้องกับที่มีผู้รายงานไว้ว่า การรับรู้ด้านนี้มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในการรับประทานยา เพนนิซิลลิน เพื่อป้องกันไข้รูห์มาติก (Heinzelmann, 1962 : 73 - 81) ความร่วมมือของมารดาในการให้นมบุตรและพาบุตรมาตรวจตามนัด (Becker, et al., 1974 : 210) และความร่วมมือของมารดาในการควบคุมอาหาร ทำให้น้ำหนักตัวของบุตรลดลง (Becker, et al., 1977 : 355)

เมื่อพิจารณาถึงกลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่ไม่มีอาการรุนแรง จึงอาจมีผลต่อผู้ป่วยในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคได้ ผู้ป่วยอาจไม่ค่อยเชื่อถ้อยยังไม่เคยประสบเหตุการณ์หรือไม่เคยทราบถึงอันตรายที่รุนแรงมาก่อน เฮลเลนแบรด์ (Hellenbrand, 1983 : 220) กล่าวว่า การให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรุนแรงเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความหวาดกลัว ซึ่งมีผลในการกระตุ้นให้เกิดการกระทำ ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ และแนะนำวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยหรือลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้หากไม่ทราบวิธีการ

ที่จะเผชิญอาจเกิดกลไกการป้องกันขึ้น เช่น มีพฤติกรรมปฏิเสธ หรือไม่ยอมรับมากกว่าจะให้ความร่วมมือในการรักษา สำหรับกลุ่มตัวอย่างนี้ ความร่วมมือในการรักษาอยู่ในเกณฑ์พอใช้ ดังนั้น การให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม น่าจะเป็นการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาให้มากขึ้น

2.4 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา กล่าวคือ ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการรักษาเป็นสิ่งมีประโยชน์จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี ผลที่ได้นี้สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และรายงานอื่น ๆ ที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว (Tirrell & Hart, 1980 : 492; Hallal, 1982 : 140) แต่อย่างไรก็ตาม มีบางรายงานที่ได้ผลต่างออกไป เช่น จากการศึกษาของชลูเตอร์ (Schlueter, 1982 : 36) พบว่า ผู้ที่เชื่อว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ มีเพียงร้อยละ 37.5 เท่านั้นที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาของ พวงพยอม การภิญโญ (2526 : 116) รายงานว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการควบคุมน้ำหนัก เช่นเดียวกับรายงานของ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 108) ที่พบว่า การรับรู้ค่านี้นี้ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

2.5 การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน

ตัวแปรตัวนี้ เป็นการวัดการรับรู้ของบุคคลว่ามีปัญหาหรืออุปสรรคที่จะขัดขวางการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาหรือไม่เพียงใด ผู้ที่ได้คะแนนความเชื่อด้านนี้สูงแสดงว่ามีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาน้อย จากผลการวิเคราะห์พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความร่วมมือในการรักษา กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อยจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีอุปสรรคในการปฏิบัติตนทั้งในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การรอคอยตรวจ และค่าใช้จ่ายในการรักษา แต่ในด้านการควบคุมน้ำหนัก

เป็นเรื่องที่ค่อนข้างลำบาก เพราะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ปริมาณและชนิดของอาหาร รวมทั้งกิจกรรมการใช้แรงงานประจำวันด้วย ปัญหาที่พบอีกประการหนึ่งเกิดจากความเข้าใจผิดอาจเนื่องจากได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอ เช่น ในด้านการใช้แรงงาน และการออกกกำลังกายที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษานี้สามารถเปลี่ยนแปลงนิสัยให้เหมาะสมกับแผนการรักษาได้เป็นจำนวนมาก เช่น การเลิกดื่มสุรา การงดสูบบุหรี่ และการออกกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำให้การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อยลง ซึ่งผลที่ได้นี้สอดคล้องกับรายงานของ เทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrell & Hart, 1980 : 490) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการเดินออกกกำลังกาย

2.6 ปัจจัยร่วมต่าง ๆ

ปัจจัยร่วม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยต่าง ๆ จะให้ความร่วมมือในการรักษาที่ดี ซึ่งในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพอใจ และเชื่อถือแพทย์ผู้รักษา มีความรู้สึกว่าแพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำด้วยความเป็นกันเอง และสมาชิกในครอบครัวให้ความเอาใจใส่ต่อความเจ็บป่วยดี และแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยก็ไม่ยุ่งยากต่อการปฏิบัติ รวมทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์คนเดิมเป็นประจำ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยส่งเสริมผู้ป่วยในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของ เบคเคอร์ และคณะ (Becker, et al., 1974 : 210 - 213) ที่พบว่า ความเชื่อถือในตัวแพทย์ผู้รักษา ความเข้าใจกันในข้อตกลงระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ และการได้ตรวจรักษากับแพทย์คนเดิม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

2.7 ความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม

ความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม เป็นผลรวมของความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละด้าน ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนและปัจจัยร่วม ผลการวิเคราะห์พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือ

ในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้ที่มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในส่วนรวมสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และสมมุติฐานข้อที่ 4

3. สมมุติฐานข้อที่ 5 ที่ว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา

ผลการศึกษาพบว่า สมมุติฐานข้อนี้ได้รับการสนับสนุน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี ผลที่ได้นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลินเด และแจนซ์ (Linde & Janz, 1979 : 285) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการสอน มีความรู้และความร่วมมือในการรักษามากขึ้น เทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrell & Hart, 1980 : 490) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา สกาลซี และคณะ (Scalzi, Burke & Greenland, 1980 : 851) รายงานว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มที่ได้เข้าโปรแกรมการสอน เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง มีความรู้ และความร่วมมือในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก กิจกรรมและการมีเพศสัมพันธ์ มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าโปรแกรมการสอน และคอดด์ (Dodd, 1984 : 48) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด และวิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา มีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีกว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสอนแนะนำ การศึกษาเหล่านี้แสดงว่าความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา

โดยที่ความร่วมมือในการรักษา เป็นหัวใจสำคัญของการรักษาพยาบาล แผนการรักษาที่ดีจะไม่มีประโยชน์เลย ถ้าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ผลจากความไม่ร่วมมือในการรักษาจะทำให้เกิดความสูญเสียทั้งทรัพยากรบุคคล เศรษฐกิจ เวลา และประสิทธิภาพในการดูแลรักษา จากผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่า ความร่วมมือในการรักษาไม่สัมพันธ์กับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค แต่เกี่ยวข้อง กับปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งตรงตามที่ กิลล์

และบาร์สกี (Grillum & Barsky, 1974 : 1565 - 1566) กล่าวว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจะช่วยแก้ไขปรับปรุงในส่วนที่ผู้ป่วยมีความรู้ หรือความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง หรือได้รับข้อมูลผิดพลาด ดังนั้นพยาบาลจึงควรตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลในการให้ความรู้หรือการสอนผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลให้มากขึ้น

อย่างไรก็ดี แม้ว่าผลการวิจัยจะแสดงให้เห็นถึงตัวแปรต่าง ๆ ทั้งที่มีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาก็ตาม ผู้ที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ ก็ควรคำนึงถึงความคลาดเคลื่อน ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้จากสาเหตุหลายประการ ได้แก่

1. กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีจำนวนน้อยเกินไป จึงอาจไม่ได้เป็นตัวแทนที่ดีสำหรับผู้ป่วยโรคนี้
2. ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งถ้าได้มีการวิจัยในด้านนี้ด้วย จะทำให้ได้แนวทางในการให้คำแนะนำเพื่อเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา ระหว่างผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีลักษณะต่างกัน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ทั้งชายและหญิงที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ ในโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2529 ถึง เดือน สิงหาคม 2529 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ จำนวน 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีทั้งหมด 4 ฉบับ คือ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และ 4 แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษา หาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 9 ท่าน ส่วนแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 16 ท่าน หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 20 ราย ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษา ได้ค่าความเชื่อมั่น .83 และ .71 ตามลำดับ ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

โดยใช้สูตร กูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder - Richardson 20) ได้ค่าความเชื่อมั่น .79

รวบรวมข้อมูล โดยการสอบถามด้วยตนเองโดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้ง 4 ชุด จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 100 ราย เป็นผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศิริราช 22 ราย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 58 ราย และโรงพยาบาลราชวิถี 20 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ดังนี้

1. แจกแจงความถี่ แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
2. กำหนดค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา
3. เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศและลักษณะโรค โดยใช้การทดสอบที (t-test)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ตามอายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาที่เป็นโรค โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว ทดสอบหาค่าเอฟ (F - test)
5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษา และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย พบว่า มีเพศชาย 73 ราย เพศหญิง 27 ราย การศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มี 40 ราย สถานภาพสมรสคู่ 79 ราย ผู้ป่วยที่ทำงานอยู่กับบ้าน มีรายได้เฉลี่ยเดือนเกิน 6,000 บาท และเป็นโรคหัวใจมาไม่เกิน 3 ปี มีจำนวนมากกว่า 50 ราย และผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมด้วย มี 48 ราย

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ส่วนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับกลาง ๆ

3. การเปรียบเทียบ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรคต่างกัน พบว่า

3.1 เพศชายและเพศหญิง มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมและในด้านต่าง ๆ ทั้ง 6 ด้าน คือแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และปัจจัยร่วม รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษา ไม่แตกต่างกัน

3.2 ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 56 - 70 ปี มีความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน สูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.3 ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม และความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีความเชื่อในด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้วย

3.4 ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม และความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท มีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,000 บาทขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,000 - 5,999 บาท และ 6,000 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

3.5 ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรคต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน

4. ความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม และในด้านต่าง ๆ 5 ด้าน คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนและปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. การนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง แก่ผู้ป่วยให้มีเนื้อหาครอบคลุมในส่วนที่ผู้ป่วยต้องนำไปใช้ปฏิบัติ เมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน โดยคำนึงถึงระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และความเชื่อของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยบางรายอาจมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง การสอนควรชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง นอกจากนี้ เพื่อป้องกันการลืม อาจจัดให้มีเอกสารคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยไว้อ่านทบทวนเมื่อต้องการด้วย

1.2 ควรมีการจัดตั้งหน่วยให้คำปรึกษาประจำคลินิกโรคหัวใจ โดยมีทีมประสานงานกันระหว่าง แพทย์ แพทย์ผู้ช่วย พยาบาล โภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อเป็นหน่วยให้ความรู้เพิ่มเติม เช่น มีการจัดฉายภาพยนตร์ หรือวิดีโอ ให้ชมขณะนั่งคอยตรวจ และเป็นบริการให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย รวมทั้งใช้เป็นหน่วยติดตามประเมินผลความร่วมมือ

ในการรักษาด้วย เพราะในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยแต่ละรายมีส่วนบกพร่องหรืออุปสรรคในการปฏิบัติคนแตกต่างกัน เช่น ในการลดน้ำหนัก หรือในการออกกำลังกาย เป็นต้น การติดตามประเมินผล จะช่วยแก้ไขข้อบกพร่องของผู้ป่วยแต่ละรายได้ตรงปัญหา

1.3 จัดสิ่งที่จะเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษาให้น้อยลง เช่น การรอคอยการตรวจที่ยาวนานเกินไป ขณะเดียวกันควรพยายามจัดสิ่งที่จะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาให้มากขึ้น เช่น ความต่อเนื่องของผู้ให้การรักษา การสร้างสัมพันธภาพที่ดีในการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นต้น

2. การนำไปใช้ในการศึกษาพยาบาล

ในการเรียนการสอนวิชาชีพพยาบาล จะต้องเน้นให้ผู้เรียนตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งด้านจิตใจ สังคม ประชากร แผนการรักษา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยด้วย ในส่วนที่เป็นบทบาทการสอนนั้น จะต้องเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษา นอกจากนี้การเรียนการสอนโดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อประเมินความร่วมมือในการรักษา จะต้องนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมาเป็นส่วนร่วมในการประเมินปัญหาด้วย เพื่อจะได้ทราบถึงระดับความรู้ และความเชื่อซึ่งเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติตนของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดปัญหา วางแผนให้การพยาบาล หรือให้ความรู้ที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา หรือความต้องการของผู้ป่วย

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 การศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดครั้งต่อไป ควรให้มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่กว่านี้ เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศได้ชัดเจน

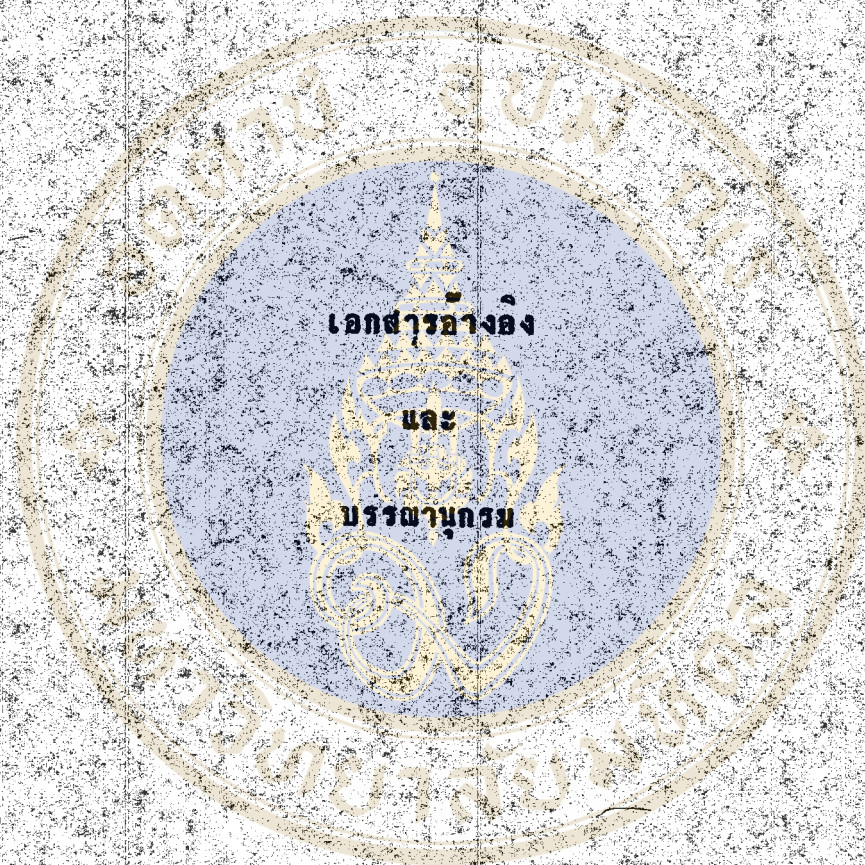
3.2 ควรนำแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาไปศึกษาเพื่อหาเกณฑ์มาตรฐานของคะแนนสำหรับคนไทย เพื่อให้เครื่องมือมีประสิทธิภาพในการวัดยิ่งขึ้น

3.3 การวิจัยสำหรับผู้ป่วยโรคนี้ เป็นการศึกษาในระยะเริ่มต้น จึงควรมีการวิจัยซ้ำอีก เพื่อให้ได้ความจริงที่จะสามารถสรุปได้แน่นอนยิ่งขึ้น

3.4 ควรมีการศึกษา ถึงความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน และความเชื่อ ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการรักษากับไม่ใช่

3.5 ควรศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เช่น โรคไต โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น





เอกสารอ้างอิง

ตำรา

กมล สันธวานนท์. อุบัติการณ์และระบาดวิทยาของโรคหัวใจในประเทศไทย. ใน สมชาติ โลจายะ, บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ และพันธุมิณท์ สาครพันธ์ (บรรณาธิการ), ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร, 2524, 6 - 10.

จรรยา สุวรรณทัต. ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก เอกสารการสอนชุดวิชา พัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู. (หน่วยที่ 8 - 15) สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2527.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2525.

ดวงมณี วิเศษกุล. โรคและอาหารเฉพาะโรค. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2523.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน. ใน สมชาติ โลจายะ, บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ และพันธุมิณท์ สาครพันธ์ (บรรณาธิการ), ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร, 2524, 302 - 321.

วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.

สุธีรา อายุวัฒน์. ความเชื่อและการเจ็บป่วย (พิมพ์ครั้งที่ 2). สมุทรปราการ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ขนิษฐการพิมพ์, 2527.

สุภาพ วาดเขียน. เครื่องมือวิจัยทางสังคมศาสตร์ ลักษณะที่ดี ชนิด และวิธีหาคุณภาพ. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.

อิศรา สุขุมาลจันทร์. โรคหัวใจขาดเลือด. ใน สมชาติ โลจายะ, บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ และพันธุมิณท์ สาครพันธ์ (บรรณาธิการ). ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร, 2524, 292 - 300.

- Becker, M.H. The health belief model and sick role behavior. In M.H. Becker (Ed.), The health belief model and personal health behavior. New Jersey : Charles B. slack Inc., 1974, 82 - 90.
- Cockerham, W.C. Medical sociology. (2nd.ed.). New Jersey Englewood Cliffs : Prentice-Hall Inc., 1982.
- David, S. Dictionary of psychology. New York : A Division of Harper & Row, 1981.
- Hellenbrand, D. An analysis of compliance behavior : A response to powerlessness. In J.F. Miller (Ed.), Coping with chronic illness : Overcoming powerlessness. Philadelphia : F.A. Davis, 1983.
- Jelliffe, B.E. The assessment of the nutritional status of the community world health organization. monograph series no. 53, WHO Geneva, 1966.
- Kochar, M.S. & Daniels, L.M. Hypertension. Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1978.
- Maiman, L.A. & Becker M.H. The health belief model : Origins and Correlates. In M.H. Becker (Ed.), The health belief model and personal health behavior. New Jersey : Charles B. Slack, Inc., 1974, 9 - 25.
- Mann, J.I. & Marmot, M.G. Epidemiology of ischemic heart disease. In D.J. Weatherall, J.G.G. Ledingham & D.A. Warell (Eds.), Oxford : Textbook of medicine. Oxford University Press, 1983, 13.151 - 13.161.
- Orem, D.E. Nursing : Concepts of practice (2nd.ed.). New York : McGraw-Hill Book Company, 1980.
- Pender, N.J. Health promotion in nursing practice. Norwalk, Connecticut : Appleton - Century - Crafts, 1982.
- Rokeach, M. Belief attitude and values. San Francisco : Jossey Bass Inc., 1970.

Rosenstock, I.M. Historical origins of the health belief model. In M.H. Becker (Ed.), The health belief model and personal health behavior. New Jersey : Charles B. Slack, Inc., 1974, 1 - 9.

วารสาร

จินตนา โยธาสุมพร, อุดม ศิริรัตน์, เสวต นนทกานันท์ และพรณี เสถียรโชค.

วิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในวชิรพยาบาล. วชิรเวชสาร, 2526, 6, หน้า 195 - 204.

ศิริก คำรงค์ศักดิ์ และจุฑาเกียรติ เกื้อตราชู. อะเธอร์โรสเคลอโรสิสของเอออร์ตา ส่วนอก ในประชากรไทยจีน. สารศิริราช, 2525, 34, หน้า 9 - 17.

ประเสริฐ ทองเจริญ และอนันต์ วรรณะวิภาส (ผู้แปล), Acute myocardial infarction. เวชปฏิบัติบันทึก, 2525, 7, หน้า 1 - 34.

ศุภชัย ไชยธีรพันธ์, พิงใจ งามอุโฆษ, ประเสริฐ เหล่าถาวร, เกษม วัฒนชัย และ สุเอ็ด กชเสนี. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย : การศึกษาร่วมจากโรงพยาบาล 4 แห่ง ในประเทศไทย. จดหมายเหตุทางแพทย์. 2527, 67, หน้า 382 - 391.

สถิติสาธารณสุข. แนวโน้มและสาเหตุการตายของประชากรไทย. รายงานสถิติรายไตรมาส, กรกฎาคม - กันยายน 2528, หน้า 71 - 77.

สมชาติ โลจายะ. โรคหลอดเลือดโคโรนารีในประเทศไทย. วารสารอายุรศาสตร์, 2526, 3, หน้า 111 - 114.

สันต์ หัตถ์รัตน์. โรคหัวใจเปลี่ยนไป. แพทย์สภาสาร, 2527, 13, หน้า 311 - 312.

สายสุณี วงศ์วงศ์วรรณ, อติสร วรรณภูมิ และวิชัย วงศ์วงศ์วรรณ. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วารสารสุขภาพ, 2526, 12, หน้า 61 - 87.

อวย เกตุสิงห์. หัวใจของท่านคือสุขภาพของท่าน. สารศิริราช, 2525, 34, หน้า 41 - 42.

Baile, W.F. & Engel, B.T. A behavioral strategy for promoting treatment compliance following myocardial infarction. Psychosomatic Medicine, 1978, 40, pp. 413 - 419.

- Becker, M.H., Drachman, R.H. & Kirscht, J.P. A new approach to explaining sick role behavior in low income populations. American Journal of Public Health, 1974, 64, pp. 205 - 216.
- Becker, M.H., Haefner, D.P., Kasl S.V., Kirscht, J.P., Maiman, L.A. & Rosenstock, I.M. Selected psychosocial models and correlates of individual health - related behaviors. Medical Care, 1977, 15 Sup., pp. 27 - 46.
- Becker, M.H., Haefner, D.P., Maiman, L.A., Kirscht, J.P. & Drachman, R.H. The health belief model and prediction of dietary compliance : A field experiment. Journal of Health and Social Behavior, 1977, 18, pp. 348 - 366.
- Becker, M.H. & Maiman, L.A. Strategies for enhancing patient compliance. Journal of Community Health, 1980, 6, pp. 113 - 135.
- Carmody, T.P., Senner, J.W., Malinow, M.R. & Matarazzo, T.D. Physical exercise rehabilitation : Long term drop out rate in cardiac patients. Journal of Behavioral Medicine, 1980, 3, pp. 163 - 168.
- Davis, M.S., Variations in patients compliance with doctor's advice : An empirical analysis of communication. American Journal of Public Health, 1968, 58, pp. 274 - 288.
- Deyo, R.A. & Inui, T.S. Dropout and broken appointments. Medical Care, 1980, 18, pp. 1146 - 1155.
- Dodd, M.J. Measuring informational intervention for chemotherapy knowledge and self care behavior. Research in Nursing and Health, 1984, 7, pp. 43 - 50.
- Dracup, K.A. & Melies, A.I. Compliance : An interactionist approach. Nursing Research, 1982, 31, pp. 31 - 35.
- Gillum, R.F. & Barsky, A.J. Diagnosis and management of patient noncompliance. The Journal of the American Medical Association, 1974, 228, pp. 1563 - 1567.

- Greenland, P. & Briody, M.E. Rehabilitation of the MI. survivor. Post Graduate Medicine, 1984, 75, pp. 79 - 96.
- Hallal, J.C. The relationship of health beliefs, health locus of control and self concept to the practice of breast self - examination in adult women. Nursing Research, 1982, 31, pp. 137 - 141.
- Heinzelmann, F. Factors in prophylaxis behavior in treating rheumatic fever : An exploratory study. Journal of Health Human Behavior, 1962, 3, pp. 73 - 81.
- Heinzelmann, F. & Bagley, R.W. Response to physical activity programs and their effects on health behavior. Public Health Reports, 1970, 85, pp. 905 - 911.
- Hijek T.W., The health belief model and cardiac rehabilitation. Nursing Clinics of North America, 1984, 19, pp. 449 - 457.
- Hilbert, G.A. Spouse support and myocardial infarction patient compliance. Nursing Research, 1985, 33, pp. 217 - 220.
- Jones, R. Myocardial infarction and the general practitioner. Medical Currents, 1986, 3, pp. 16 - 20.
- Kasl, S.V. & Cobb, S. Health behavior, illness behavior and sick role behavior. Achieves Environmental Health, 1966, 12, pp. 246 - 261.
- Kerr, J.A.C., Adherence and Self - Care. Heart & Lung, 1985, 14, pp. 24 - 30.
- Keller mann, J.J.; Modan, B.; Levy, M.; Feldman, S. & Kariv, I., Return to work after myocardial infarction. Geriatrics, 1968, 23, pp. 151 - 156.
- King, J. The Health belief model. Nursing Times, 1984, 80, pp. 53 - 55.

- Klinger, M., Compliance and the post - MI. patient. The Canadian Nurse, 1984, 81, pp. 32 - 38.
- Linde, B.J. & Janz, N.M. Effect of a teaching program on knowledge and compliance of cardiac patient. Nursing Research, 1979, 28, pp. 282 - 286.
- Maiman, L.A. Becker, M.H. Kirscht, J.P., Haefner, D.P. & Drachman, R.H., Scales for measuring health belief model dimensions : A test of predictive value, internal consistency and relationships among beliefs. Health Education Monographs, Fall 1977, 5, pp. 215 - 229.
- Miller, S.P., Wikoff, R.L., McMahon, M., Garette, M.J. & Ringel, K. Indicators of medical regimen adherence for myocardial infarction patients. Nursing Research, 1985, 34, pp. 268 - 272.
- Marston, M.V. Compliance with medical regimens : A review of the literature. Nursing Research, 1970, 19, pp. 312 - 321.
- Moynihan, M., Assessing the educational needs of post-myocardial infarction patients. Nursing Clinics of North America. 1984, 19, pp. 441 - 447.
- Owen, J.F., McCann, C.S. & Hutelmyer, C.M., Cardiac rehabilitation : A patient education program. Nursing Research, 1978, 27, pp. 148 - 150.
- Pell, A.A.F., Age and sex factor in coronary heart disease. British Heart Journal, 1955, 17, 319.
- Pomrenze, H., Tepper, D. & Somberg, J., Rehabilitation after myocardial infarction : An interdisciplinary team approach, Hospital Medicine, 1985, 21, pp. 76 - 95.
- Rosenstock, I.M., Patients compliance with health regimens, Journal of the American Medical Association, 1975, 234, pp. 402 - 403.

- Scalzi, C.C., Burke, L.E. & Greenland, S., Evaluation of an inpatient educational program for coronary patients and families. Heart & Lung, 1980, 9, pp. 846 - 853.
- Schlueter, L.A., Knowledge and belief about breast cancer and breast self examination among athletic and nonathletic women. Nursing Research, 1982, 31, pp. 348 - 353.
- Tagliacozzo, D.M. & Ima, K. Knowledge of illness as a predictor of patient behavior. Journal of Chronic Disease, 1970, 22, pp. 765 - 775.
- Tirrell, B.E. & Hart, L.K., The relationship of health beliefs and knowledge to exercise compliance in patients after coronary bypass. Heart & Lung, 1980, 9, pp. 487 - 493.
- Todd, B., Reason people don't take their meds ? RN., 1981, 44, pp. 54 - 57.
- Wong, J. & Wong, S. A randomized controlled trial of a new approach to preoperative teaching and patient compliance. International Journal Nursing Studies, 1985, 22, pp. 105 - 114.

วิทยานิพนธ์

- หวางพยอม การัญญ์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- พีรสิทธิ์ คำวนศิลป์, สนิ่ กมลวาทิน และประเสริฐ รักไทยดี. ความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง และปัญหาบางประการของชนชรา. รายงานการวิจัย สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2523.
- วัลลา ตันตโยทัย. การศึกษาติดตามความรู้เรื่องโรคและภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมโรคไม่ได้ หลังจากได้รับการสอน และติดตามช่วยเหลืออย่างมีระบบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.

สุภาพ ไบแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.



บรรณานุกรม

ตำรา

จินตนา ภูมิพันธ์. วิทยุการดูแลตนเองของโอรเม. ใน สมพันธ์ หิดูธีระนันท์ (บรรณาธิการ), การประชุมวิชาการครั้งที่ 3 ; วิทยุการพยาบาลกับการนำไปใช้.

กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2528, 142 - 169.

เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (พิมพ์ครั้งที่ 2)

กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2526.

วิชัย ต้นใจจิตร และชาลี พรหมกุล. โรคหัวใจและโภชนาการ. ใน สมชาติ โลจายะ, บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ และพันธุ์ทิพย์ สาครพันธ์ (บรรณาธิการ), ตำราโรคหัวใจ และหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯเวชสาร, 2524, 461 - 484.

สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาลผู้ป่วย แองจิวา เปกทอริส. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 3).

กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2521, 87 - 94.

สมพันธ์ หิดูธีระนันท์. การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. ใน สมพันธ์ หิดูธีระนันท์ (บรรณาธิการ), การประชุมวิชาการครั้งที่ 3 วิทยุการพยาบาลกับการนำไปใช้. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2528, 494 - 503.

สันต์ หัตถ์รัตน์. บรรยายร่วมศิริราช : โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานครการพิมพ์, 2519.

Brunner, L.S. & Suddarth, D.S., Textbook of medical surgical nursing. (5th.ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1984.

Phipp, W.J., Long, B.C. & Woods, N.F., Medical and surgical nursing : Concepts and clinical practice. St.Louis : The C.V. Mosby Company, 1983.

วารสาร

กฤษณ์ สุทธิปริยาตร์. อันตรายจากการดื่มกาแฟ. วารสารสุขภาพ, 2527, 12, หน้า 69 - 73.

บัญญัติ สุธงส์นัย. การบริหารหัวใจและหลอดเลือด. วารสารสุขภาพ, 2527, 13, หน้า 51 - 70.

พรณี เสถียรโชค, สุทธิ สุรเกียรติชากุล, อุดม ศิริรัตน์, จินตนา โยธาสุมทร์ และ เชาวต นนทกานท์. โรคหลอดเลือดแดงของหัวใจตีบตันในคนไทย. วารสาร, 2521, 22, หน้า 1 - 12.

เฟื่องเพชร เกียรติเสวี. ห้องฉุกเฉิน - จะทำอย่างไรดี. แพทย์สภาสาร, 2528, 14, หน้า 109 - 114.

สันต์ พัดฉัตร. การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ. วารสารสุขภาพ, 2520, 6, หน้า 37 - 39.

Boogard, M.A.K., Rehabilitation of the female patient after myocardial infarction. Nursing Clinics of North America, 1984, 19, 433 - 439.

Grosser, L.R., Health belief model aids understanding of patient behavior. Official Journal of the Association of Operating Room Nurses, 1982, 35, pp. 1056 - 1059.

Lowson, B., Myocardial infarction. Nursing Mirror, 1983, 5, pp. 54 - 58.

Mills, G., Barnes, R., Rodell, D.E. & Terry, L., An evaluation of an inpatients/family education program. Heart & Lung, 1985, 14, pp. 400 - 406.

Noris, C.M., Self - Care. American Journal of Nursing, 1979, 79, pp. 486 - 489.

Pinneo, R., Living with coronary artery disease. Nursing Clinics of North America, 1984, 19, pp. 459 - 466.

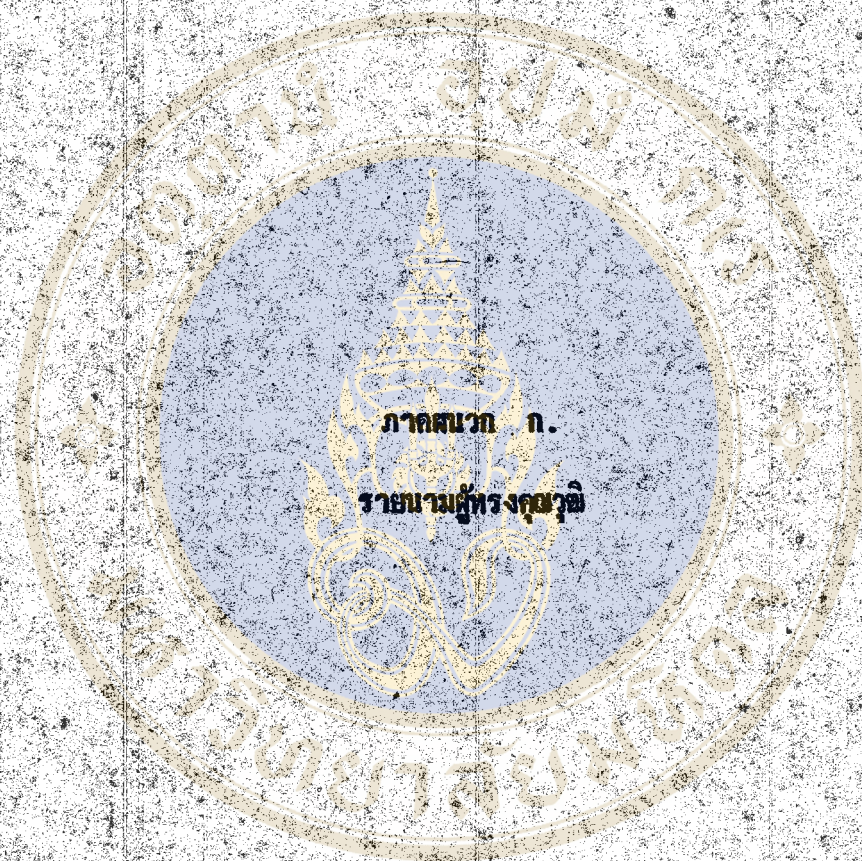
Stanton, B.A., Jenkins, C.D., Savageau, J.A., Harken, D.E. & Aucoin, R., Perceived adequacy of patient education and fears and adjustments after cardiac surgery. Heart & Lung, 1984, 13, pp. 535 - 530.

Steckel, S.B., Predicting, measuring, implementing and following up on patient compliance. Nursing Clinics of North America, 1982, 17, pp. 491 - 496.

วิทยานิพนธ์

กรรณิการ์ กังคานนท์. การศึกษาเรื่องการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522.

เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์. การสร้างบทเรียนแบบโปรแกรม เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรค
โคโรนารี อาร์เตอรี สำหรับนักศึกษาพยาบาลระดับอนุปริญญา. วิทยานิพนธ์ปริญญา
ครุศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2521.



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความเชื่อ
ด้านสุขภาพ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะครุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ชูนิพันธ์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะครุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. รองศาสตราจารย์ สมศรี เชื้อหิรัญ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล
จิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ บุญทอง ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล
จิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประทอง อินทรสมบัติ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรรณิการ์ สุวรรณโคต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
7. อาจารย์กนกรัตน์ สุชะตุงคะ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

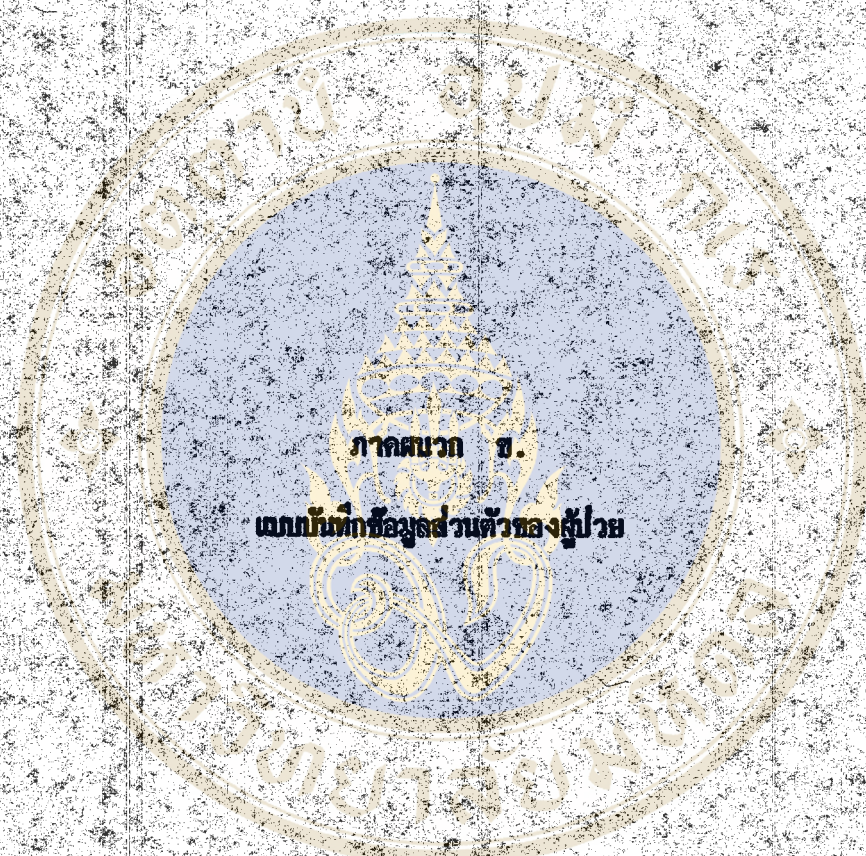
III

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ
แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และแบบวัดความร่วมมือในการรักษา

1. รองศาสตราจารย์นายแพทย์วิเชียร ทองแดง ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์นายแพทย์นริศ ศรีวนาสนต์ ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์พริดา อภิราชม ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บังอร ผลเนืองมา ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศรี ระเบียบ ภาควิชาการพยาบาลต้อตักษะ
คณะพยาบาลต้อตักษะ
มหาวิทยาลัยมหิดล
8. อาจารย์ สมกิต โพธิ์ทะนงค์ ภาควิชาการพยาบาลต้อตักษะ
คณะพยาบาลต้อตักษะ
มหาวิทยาลัยมหิดล
9. อาจารย์ อรพรรณ ไตสิงห์ ภาควิชาการพยาบาลต้อตักษะ
คณะพยาบาลต้อตักษะ
มหาวิทยาลัยมหิดล





ภาคผนวก ข.

แบบฝึกหัดข้อสอบด้านตัวของผู้ป่วย

เลขที่แบบบันทึก

วันที่บันทึกข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

1. เลขที่หัวใจ.....
2. อายุ.....ปี
3. ส่วนสูง.....เซ็นติเมตร
4. น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม
5. เพศ () หญิง () ชาย
6. สถานภาพสมรส () โสด () คู่
 () หม้าย, หย่า, () อื่น ๆ ระบุ.....
 แยกกันอยู่
7. ระดับการศึกษา () ประถมศึกษา
 () มัธยมศึกษา, ปวช. หรืออนุปริญญา
 () อุดมศึกษา
8. อาชีพ () ทำงานบ้าน () ค้าขาย
 () รับราชการ หรือ () ทำนํ้า ทำสวน ทำไร่
 รัฐวิสาหกิจ
 () รับจ้าง () อื่น ๆ ระบุ.....
9. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
 () ต่ำกว่า 3,000 บาท
 () 3,000 - 5,999 บาท
 () 6,000 บาทขึ้นไป
10. ระยะเวลาที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด.....เดือน, ปี

VII

11. ลักษณะโรค () มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย () ไม่มี
12. สถานที่รักษา () โรงพยาบาลศิริราช
- () โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- () โรงพยาบาลราชวิถี
13. แบบบันทึกการมาตรวจตามนัดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา หรือนับการนัดตรวจย้อนหลังไป 6 ครั้งติดต่อกัน ในผู้ที่แพทย์นัดมาตรวจนานเกินกว่าเดือนละครั้ง

วัน เดือน ปี	การมาตรวจตามนัด		หมายเหตุ
	มา	ไม่มา	



ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

คำชี้แจงในการใช้แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ มี 2 ส่วน คือ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ ผู้สัมภาษณ์เป็นผู้ถามคำถามให้ฟัง แล้วให้ผู้ป่วยตอบทีละข้อ ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจคำถามข้อใด ผู้สัมภาษณ์อาจจะต้องถามในรายละเอียด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และตอบได้ตรงคำถาม ผู้สัมภาษณ์เป็นผู้พิจารณาตัดสินคำตอบของผู้ป่วยว่า ตรงกับการปฏิบัติตนในข้อ ก ข หรือ ค ของแบบสัมภาษณ์ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ / หน้าข้อนั้น

ก. การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง

1. ท่านรับประทานอาหารอิ่มมากเพียงใดในแต่ละมื้อ
 - ก. รับประทานอิ่มเต็มทุกครั้ง
 - ข. รับประทานพออิ่มในแต่ละมื้อ
 - ค. แล้วแต่รสอาหาร แต่มักจะรับประทานพออิ่มเท่านั้น
2. ท่านรับประทานอาหาร หรือดื่มเครื่องดื่มที่ร้อนจัด หรือเย็นจัดบ่อยเพียงใด
 - ก. รับประทานเป็นประจำ
 - ข. รับประทานเป็นบางครั้ง
 - ค. ไม่ชอบ หรือไม่ได้รับประทานอาหารร้อนจัด หรือเย็นจัด
3. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ แกงกะทิ และอาหารทอด หรือผักที่ใช้น้ำมันมาก ๆ บ่อยเพียงใด
 - ก. รับประทานเป็นประจำ
 - ข. รับประทานบ้างแต่ปริมาณไม่มาก หรือเลือกรับประทานแต่เนื้อ
 - ค. ไม่ค่อยได้รับประทาน



เลขที่แบบสอบถาม.....

ตัวอย่างแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ต้องการทราบถึงความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน เกี่ยวกับการควบคุมหรือรักษาโรคหัวใจขาดเลือด ในแบบสอบถามนี้ จะมีข้อความให้ท่านอ่าน เพื่อพิจารณาถึงความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และความคิดเห็นที่เป็นจริงของท่าน ดังนั้นคำตอบ จึงไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านให้มากที่สุด คำตอบที่ได้จากท่านจะสรุปออกมาเป็นส่วนรวม จึงไม่มีผลกระทบกระเทือน ต่อผู้ตอบแต่อย่างใดเลย นอกจากจะเป็นวิทยาทาน ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อส่วนรวม โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงการพยาบาลที่จะให้กับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดให้ดียิ่งขึ้น

ขอขอบคุณที่ท่านกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้

XII

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อ ตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ และกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แสดงว่า ผู้ตอบเห็นว่า ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบเลย

ไม่เห็นด้วย แสดงว่า ผู้ตอบเห็นว่า ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบ

เฉย ๆ หรือไม่แน่ใจ แสดงว่า ผู้ตอบรู้สึกเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจว่าจะเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย กับข้อความในประโยคนั้น

เห็นด้วย แสดงว่า ผู้ตอบเห็นว่า ข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง แสดงว่า ผู้ตอบเห็นว่า ข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบมากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ หรือ ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ข้อ 0 การออกกำลังกาย ทุกวัน เป็นสิ่งที่มี ความจำเป็นสำหรับ ผู้ป่วยโรคหัวใจ ขาดเลือด					✓

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ หรือ ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป					
1. ถ้าฉันเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของ ตนเองอยู่เสมอ จะทำให้ความ เจ็บป่วยต่าง ๆ น้อยลง					
2. ถ้าไม่มีอาการเจ็บป่วยใด ๆ ก็ไม่จำเป็นต้องไปตรวจ ร่างกายประจำปี					
3. ฉันสนใจคำถามปัญหาเกี่ยวกับ สุขภาพของฉันจากแพทย์หรือ พยาบาลอยู่เสมอ					
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อน					
4. ฉันไม่เชื่อว่าฉันเป็นโรค หัวใจขาดเลือด					
5. คนที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด อาจเป็นลมหมดสติอย่าง กะทันหันได้					



ตัวอย่างแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ ต้องการทราบความรู้ของท่านเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ตรงช่องที่ตรงกับความคิดเห็นที่เป็นจริงของท่าน เพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบให้ถ้อยแถลง ดังนี้

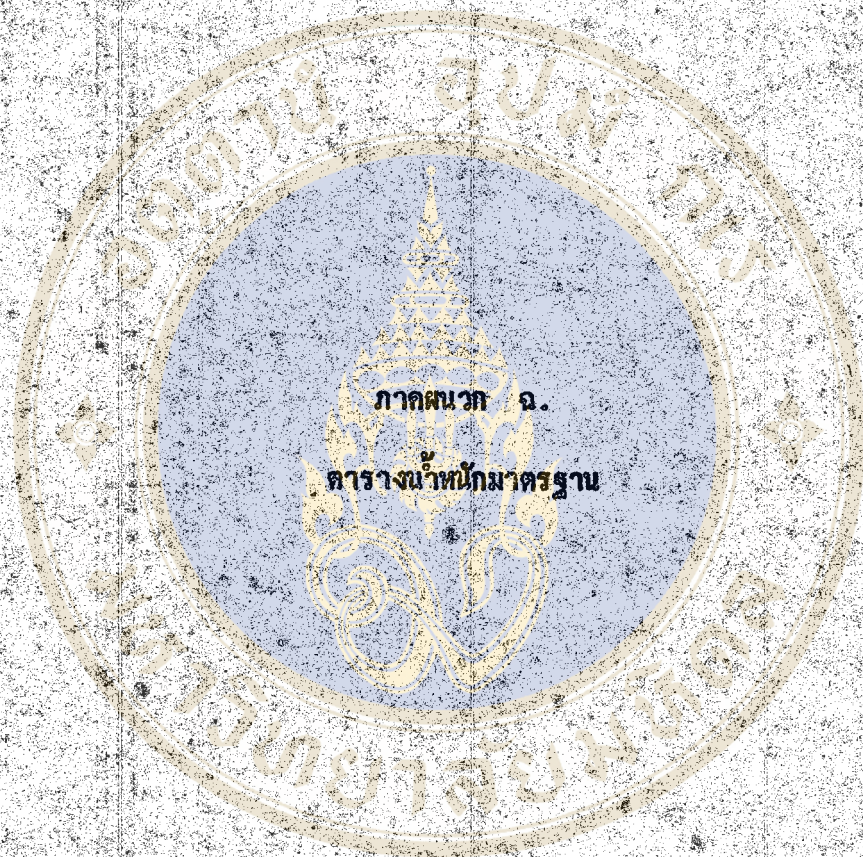
คำตอบ

ใช่ หมายถึง เมื่อเห็นว่าข้อความในคำถามนั้นถูกต้อง
 ไม่ใช่ หมายถึง เมื่อเห็นว่าข้อความในคำถามนั้นไม่ถูกต้อง
 ไม่ทราบ หมายถึง เมื่อไม่ทราบว่าข้อความในคำถามนั้นถูกต้องหรือไม่

ตัวอย่าง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
ข้อ 0 การรับประทานอาหารมีประโยชน์ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง	✓		

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. โรคหัวใจขาดเลือดเกิดจากการสะสมของไขมันในหลอดเลือด			
2. สิ่งส่งเสริมการเกิดโรคนี้ได้แก่ ความอ้วน การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน			
3. อาการเจ็บหน้าอก เกิดจากการมีเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ			
4. การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอช่วยควบคุมอาการเจ็บหน้าอกได้			





น้ำหนักมาตรฐานสำหรับชายและหญิงในวัยร้อยละ 90 - 100

ของมาตรฐานของ Dr.Jelliffe

ส่วนสูง (ซม.)	ชาย น้ำหนัก (กก.) 90-100%	หญิง น้ำหนัก (กก.) 90-100%	ส่วนสูง (ซม.)	ชาย น้ำหนัก (กก.) 90-100%	หญิง น้ำหนัก (กก.) 90-100%
140		40.4-44.9	164	56.6-62.9	53.0-58.9
141		40.9-45.4	165	57.2-63.5	53.6-59.5
142		41.4-45.9	166	57.6-64.0	54.1-60.1
143		41.7-46.4	167	58.2-64.6	54.7-60.7
144		42.3-47.0	167	58.7-65.2	55.8-61.4
145	46.8-51.9	42.8-47.5	169	59.4-65.9	55.9-62.1
146	47.2-52.4	43.2-48.0	170	60.0-66.6	-
147	47.7-52.9	43.8-48.6	171	60.6-67.3	-
148	48.2-53.5	44.3-49.2	172	61.2-68.0	-
149	48.6-54.0	44.9-49.8	173	61.9-68.7	-
150	49.1-54.5	45.4-50.4	174	62.5-69.4	-
151	49.5-55.0	45.9-51.0	175	63.1-70.1	-
152	50.1-55.6	46.4-51.5	176	63.8-70.8	-
153	50.5-56.1	46.8-52.0	177	64.5-71.6	-
154	51.0-56.6	47.3-52.5	178	65.2-72.4	-
155	51.5-57.2	47.8-53.1	179	66.0-73.3	-
156	52.2-57.9	48.4-53.7	180	66.8-74.2	-
157	52.8-58.6	48.9-54.3	181	67.5-75.0	-
158	53.4-59.3	49.4-54.9	182	68.3-75.8	-
159	54.0-59.9	50.0-55.5	183	68.9-76.5	-
160	54.5-60.5	50.6-56.2	184	69.6-77.3	-
161	55.0-61.1	51.2-56.9	185	70.3-78.1	-
162	55.6-61.7	51.9-57.6	186	71.0-78.9	-
163	56.1-62.3	52.5-58.3			

คัดลอกจาก Jelliffe, D.B. : Monogr. Ser. WHO 1966 Series 53 pp. 238 - 241.