

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ



นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREDICTING FACTORS OF DIETARY BEHAVIORS IN PATIENTS
WITH CORONARY ARTERY DISEASE

Miss Panarat Srichaya



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจ
โดย	นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัฏฐ์ ตันติ โกสุม
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัฏฐ์ ตันติโกสุม)

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

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

พนารัตน์ ศรีฉายา : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (PREDICTING FACTORS OF DIETARY BEHAVIORS IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัญญ์ ดันดีโกสม, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: รศ. ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์, 209 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายระหว่างความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 40-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 128 คน ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมาตร 4 แห่ง โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความรู้เรื่องอาหาร 3) แบบวัดทัศนคติต่ออาหาร 4) แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว 5) แบบวัดการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง 6) แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหาร และ 7) แบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบสอบถามได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.93, 0.90, 1.00, 0.95, 0.93 และ 0.98 ตามลำดับ และหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.77, 0.74, 0.95, 0.94, 0.87 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 49.28 (SD = 4.68)

2. ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .224, .204, .320, .319$ และ $.343$ ตามลำดับ)

3. ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร (Beta = .262) และการสนับสนุนจากครอบครัว (Beta = .225) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 16.2 ($R^2 = .162$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5777178936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: PREDICTING FACTORS / DIETARY BEHAVIORS / CORONARY ARTERY DISEASE

PANARAT SRICHAYA: PREDICTING FACTORS OF DIETARY BEHAVIORS IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE. ADVISOR: ASST. PROF. POL. SUB. LIT PACHANUT TANTIKOSOOM, Ph.D., CO-ADVISOR: ASSOC. PROF. POL. CAPT. YUPIN AUNGSUROCH, Ph.D., 209 pp.

The purpose of this research study was to examine the relationships and predictability of factors affecting dietary behavior in patients with coronary artery disease. One hundred and twenty-eight out-patients with coronary artery disease (both males and females) aged between 40 and 59 years were recruited from Heart clinics from 4 tertiary hospitals in Metropolitan Bangkok using a multi-stage sampling technique. The research instruments were composed of questionnaires to obtain 1) demographic information; 2) measure of patient knowledge of heart healthy food; 3) measure of patients' attitude to heart healthy food; 4) measure of family support; 5) measure of autonomy support; 6) measure of accessibility to heart healthy food; and 7) dietary behavior scale. The content validity of these questionnaires were 0.93, 0.90, 1.00, 0.95, 0.93, and 0.98, respectively with reliabilities of 0.77, 0.74, 0.95, 0.94, 0.87, and 0.82, respectively. Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient and stepwise multiple regression were used to analyze the data. The findings were as follows:

1. The mean score of dietary behavior among patients with coronary artery disease was good (Mean = 49.28, SD = 4.68)

2. Patient knowledge of heart healthy food, attitude to heart healthy food, family support, autonomy support, and accessibility to heart healthy food were positively correlated to dietary behavior in patients with coronary artery disease at the level of significance of .05 ($r = .224, .204, .320, .319, \text{ and } .343$, respectively).

3. The factors that predicted dietary behavior in patients with coronary artery disease at a statistical significance level of .05 were accessibility to heart healthy food (Beta = .262) and family support (Beta = .225). Predictive factors accounted for 16.2 percent of dietary behavior in patients with coronary artery disease. ($R^2 = .162$).

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จ ความเมตตา ความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนการตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ อีกทั้งยังคอยให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์แก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชีระ สินเดชาธิกร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้เหมาะสมกับงานวิจัยครั้งนี้ และกราบขอบพระคุณโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่เอื้อเฟื้อสถานที่และอนุญาตให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกตรวจผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ พยาบาลประจำการ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง ที่อำนวยความสะดวก ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยดีเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ความเมตตาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตลอดจนประสบการณ์ต่างๆ ที่มีคุณค่า ด้วยความรักและความห่วงใย รวมถึงเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ช่วยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบคุณเพื่อนและภักยานมิตรทุกท่าน ที่ช่วยเหลือให้คำปรึกษา รวมทั้งให้กำลังใจอย่างดีเสมอมา ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณครอบครัวผู้ที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จในครั้งนี้ ซึ่งมีบิดามารดา และพี่น้องที่ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาที่ศึกษา มีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	8
แนวเหตุผล และ สมมติฐานการวิจัย	8
สมมติฐานการวิจัย	11
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
1. โรคหลอดเลือดหัวใจ	16
2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	29
3. แนวคิดแบบจำลอง PRECEDE PROCEED Model	33
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	37
5. บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนและให้ความรู้กับการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภค อาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	56
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	58
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	70
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	70

วิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	71
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	73
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	81
การเก็บรวบรวมข้อมูล	87
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	89
การวิเคราะห์ข้อมูล	89
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	91
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	105
สรุปผลการวิจัย	107
อภิปรายผลการวิจัย	109
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	120
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป	120
รายการอ้างอิง	121
ภาคผนวก	135
ภาคผนวก ก ประกาศการอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์	136
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและเอกสารเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	138
ภาคผนวก ค เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	145
ภาคผนวก ง เอกสารขอรับการพิจารณาจริยธรรมและเอกสารขอเก็บรวบรวมข้อมูล	158
ภาคผนวก จ เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่ม ตัวอย่าง	167
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	182
ภาคผนวก ช ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	192
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	209

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและค่าจุดตัดของประชากร เอเชีย.....	20
ตารางที่ 2 จำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของแต่ละโรงพยาบาล และสัดส่วนของกลุ่ม ตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ (n = 128 คน).....	72
ตารางที่ 3 ค่าความตรงตามเนื้อหาในการตรวจสอบเครื่องมือของผู้ทรงคุณวุฒิ	85
ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบรากของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (n = 30).....	86
ตารางที่ 5 เกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r).....	90
ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=128).....	92
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุดและการแปลผลระดับ คะแนนของความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การ สนับสนุนความมีอิสระในตนเอง การเข้าถึงแหล่งอาหาร และพฤติกรรมการบริโภค อาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (n= 128).....	97
ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และระดับของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามรายชื่อ (n=128).....	98
ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมการบริโภค อาหาร (n=128).....	99
ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การ สนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่ง อาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 128 คน (n= 128).....	100

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ของตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจการทำนาย (R^2) ค่าอำนาจการทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้วิธีแบบขั้นตอน (stepwise) (n=128)..... 102

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการเข้าถึงแหล่งอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว ในการทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้วิธีแบบขั้นตอน (n=128)..... 103



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ชงโภชนาการ (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552).....	26
ภาพที่ 2 The PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter, 2005).....	35
ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย	69



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาทางสุขภาพที่พบมากทั้งในและต่างประเทศ และกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกและของประเทศไทยในขณะนี้ โดยพบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโลก จากสถิติชาวอเมริกันเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่า 375,000 คนต่อปี (American Heart Association, 2015) และทั่วโลกประมาณปีละ 17 ล้านคน หากไม่เร่งป้องกันแก้ไข คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 หรือในอีก 16 ปี จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้อีกเพิ่มขึ้น 23 ล้านคนต่อปี (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2557) สอดคล้องกับสถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจของประเทศไทย จากข้อมูลสถิติปี พ.ศ. 2559 ของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ. 2555-2558 พบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากร 100,000 คนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จาก 23.4 ต่อประชากร 100,000 คน เป็น 29.9 ต่อประชากร 100,000 คน และอัตราผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2558 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 328.63 ต่อประชากร 100,000 คน เป็น 501.13 ต่อประชากร 100,000 คน (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) สำหรับในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในช่วงปี พ.ศ. 2555 - 2558 พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จาก 34.8 ต่อประชากร 100,000 คน เป็น 40.4 ต่อประชากร 100,000 คน และเมื่อพิจารณากลุ่มอายุที่เกิด พบว่ามีแนวโน้มการเกิดโรคในกลุ่มอายุน้อยลง คือ พบในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงาน (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของ American Heart Association (2015) พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเริ่มพบมากที่อายุระหว่าง 40-59 ปี โดยพบในผู้ชายร้อยละ 40.5 ผู้หญิงร้อยละ 35.5

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease) หรือในปัจจุบันมีชื่อเรียกได้หลายชื่อ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Heart Disease) โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease: IHD) หรือ โรคหลอดเลือดแดงหัวใจแข็ง (Atherosclerotic Heart Disease) (Basavanthappa, 2005; Ignatavicius & Workman, 2015; Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) บางตำรารวมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไว้ด้วย (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556) ดังนั้นจึงหมายถึง กลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงหัวใจ เกิดการตีบแคบทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และเมื่อหลอดเลือดมี

การตีบแคบมากจนอุดตัน จะส่งผลให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หากเป็นรุนแรงขึ้นจนกล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถบีบตัวได้ตามปกติ จะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งอาจส่งผลให้หัวใจหยุดเต้นจนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Gregson, 2001; Ignatavicius & Workman, 2015; ภัทรพร มูลแจ่ม, 2552)

สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะการตีบซ้ำของหลอดเลือด พบได้หลายสาเหตุ ทั้งที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น กรรมพันธุ์ อายุที่มากขึ้น ฮอโมนเพศหญิง และสาเหตุที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น ภาวะความดันโลหิต ระดับไขมันในเส้นเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะน้ำหนักเกิน และพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ อาทิ การรับประทานอาหารกากใยน้อย การรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน การไม่ออกกำลังกายเนื่องจากกลัวการกำเริบซ้ำของโรคหัวใจ รวมถึงการรับประทานยาไม่ตรงเวลา การหยุดรับประทานยาเอง เป็นต้น (Lloyd-Jones et al., 2010; จิราภรณ์ นาสูงชน, 2553; นิติญา ฤทธิเพชร, ชนภพร จิตปัญญา และจรรยา ฉิมหลวง, 2556) ซึ่งสาเหตุที่เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงหรือการมีพฤติกรรมดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสม เป็นพฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Farmer & Gotto, 1997; King, Mainous Iii, Carnemolla, & Everett, 2009; Martinez & House-Fancher, 2000; Munir et al., 2009) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ได้แก่ การบริโภคเนื้อสัตว์ติดมัน อาหารสำเร็จรูป มีการใช้น้ำมันและกะทิในการประกอบอาหาร ผัด ทอด ซึ่งเป็นอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว การรับประทานอาหารรสเค็ม อาหารหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน และมีการรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย เช่น ผัก ผลไม้ รวมถึงการรับประทานอาหารโดยไม่ได้คำนึงถึงปริมาณแคลอรี ทำให้ได้รับแคลอรีเกินความจำเป็นของร่างกาย ทำให้มีการสะสมไขมัน ซึ่งการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลทำให้มีการเพิ่มขึ้นของระดับคอเลสเตอรอล และเพิ่มการสะสมของคราบไขมันในเส้นเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุให้หลอดเลือดแดงหัวใจแข็งตัว (ปชาณัฐ์ ตันติโกสม, 2553)

ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการป่วย การกลับเป็นซ้ำและการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง คอเลสเตอรอลสูง แคลอรีสูงจะทำให้มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น และเพิ่มการสะสมของคราบไขมันในเส้นเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง ส่งผลทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หากหลอดเลือดมีการตีบแคบมากจนอุดตัน จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และยังส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีอัตราการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเพิ่มขึ้น (Ignatavicius & Workman, 2015; Vogel, 1998; ปชาณัฐ์ ตันติโกสม, 2553)

เมื่อพิจารณาวิถีการดำเนินชีวิตกับการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงานที่แนวโน้มการเกิดโรคจะสูงขึ้น เนื่องจากมีวิถีการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ ไม่มีเวลาจัดเตรียมอาหารเอง อาหารที่รับประทานส่วน

ใหญ่เป็นประเภทอาหารจานด่วนที่มีไขมันอิ่มตัวสูง และคอเลสเตอรอลสูง (มงคล การุณงามพรรณ, สุภารัตน์ สุวาริ และนันทนา น้ำฝน, 2555) ส่วนปัจจัยด้านเพศ เป็นปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ซึ่งพบมากในผู้ชายอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และพบว่าในผู้หญิงเมื่ออายุ 45 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดมากที่สุด เนื่องจากระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในเพศหญิงลดลง มีผลทำให้หลอดเลือดเสื่อมเสียการยืดหยุ่น หลอดเลือดแดงโคโรนารีจึงแข็ง (Torpy, Burke, & Glass, 2009; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

ปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ มีทั้งการรักษาโดยการให้ยาและการไม่ใช้ยา และการรักษาโดยการผ่าตัดการ เช่น การใส่สายสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ การทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคที่เกิด (Gregson, 2001; สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557) อย่างไรก็ตามยังพบว่า ผู้ป่วยสามารถกลับเป็นซ้ำได้ ทั้งนี้เนื่องจากการปรับพฤติกรรมด้านต่างๆ ยังไม่เหมาะสม เช่น การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ยังบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมและน้ำตาลสูง อาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง (Krumholz et al., 2009)

จากการศึกษาของ Leung Yinko et al. (2015) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคในระดับต่ำเพียงร้อยละ 21 เช่นเดียวกับการศึกษาของ ญัฐกานต์ ช่างเหล็ก (2552) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังมีปัญหาในการควบคุมอาหาร ร้อยละ 27.8 โดยมีความเคยชินในพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบเดิม และยึดติดในรสชาติอาหาร เช่น มีการเติมน้ำปลา น้ำตาล ผงชูรสเป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ นาสูงชน (2553) และการศึกษาของ ปชานัญญ์ ดันติโกสม (2553) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือด ยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันสูง อาหารเค็ม อาหารจานด่วน และอาหารกึ่งสำเร็จ โดยไม่คำนึงถึงปริมาณแคลอรี ไขมันอิ่มตัว และปริมาณเกลือ ส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งการบริโภคอาหารไขมันสูงทำให้เกิดการตีบตันซ้ำได้ถึงร้อยละ 25 (Chandrasekar & Bourassa, 2000) การศึกษาของ จิตติพร วิชิตธงไชย (2556) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังจากกลับไปดูแลที่บ้านมักพบปัญหาการบริโภคอาหารไม่ได้สัดส่วนตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น บริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตในปริมาณมาก มีการบริโภคอาหารโดยไม่ได้ควบคุมปริมาณโซเดียมในอาหารและปริมาณน้ำดื่มเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งอาจจะกลับมาพบแพทย์จากการกำเริบซ้ำได้อีก และการศึกษาของ Mosleh & Darawad (2015) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง คือมีการรับประทานอาหารไขมันสูง มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำอย่างน้อย 2 ครั้งภายใน 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุดใจ บุรณพุกษา (2549) พบว่าการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจจะส่งผลให้เกิดการอุดตันซ้ำได้ และมีโอกาสเสียชีวิตเป็น 3 เท่าของผู้ที่มีระดับไขมันปกติ และยังพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการกลับเป็นซ้ำ การกลับมานอนโรงพยาบาลหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะเวลาภายใน 6 เดือนมี

ถึงร้อยละ 50 โดยการกำเริบซ้ำของโรคมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง คือ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง (Krumholz et al., 2009) นอกจากนี้ยังพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม คือมีการรับประทานอาหารไขมันสูง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 69.7 (Martinez & House-Fancher, 2000)

ผลกระทบของการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจนั้น พบว่าการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากทำให้มีการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้น ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะช็อคจากหัวใจ หัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลวเฉียบพลัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ สังคมและครอบครัว ดังนี้

ผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บหน้าอก อาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ใจสั่น และผลกระทบทางด้านจิตใจ และอารมณ์ คือเมื่อเกิดเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะต้องเผชิญกับโรคหลอดเลือดหัวใจและต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมเพื่อไม่ให้โรครุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจึงเกิดความกลัว เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจากการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และทำให้ผู้ป่วยสูญเสียรายได้จากการทำงาน ในส่วนภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และคุณภาพชีวิตประชากรลดลง หากผู้ป่วยเสียชีวิต ประเทศชาติจะสูญเสียทรัพยากรบุคคลในการพัฒนาประเทศ (พัชรวิพรรณ ศรีคง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ , 2553) จากการประเมินค่าภาระทางเศรษฐกิจทั่วโลกจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2573 พบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจมีภาระทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น ร้อยละ 21 จาก 863 พันล้านดอลลาร์สหรัฐเป็น 1,044 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ สำหรับภาระทางเศรษฐกิจของประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดหัวใจ สูญเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 6,906 ล้านบาทต่อปี (เนติมา คุณิย์, 2557)

ผลกระทบต่อสังคมและครอบครัว มีผลกระทบทั้งในด้านสัมพันธภาพ จากการที่ผู้ป่วยต้องรักษาตัวเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง ทำให้บทบาททางสังคมถูกจำกัด ไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ตามปกติ เกิดความท้อแท้ รู้สึกไร้ค่าและเป็นภาระของผู้อื่นไม่กล้าเผชิญหน้าทำให้แยกตัวออกจากสังคม และบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว ครอบครัวต้องแบกรับภาระการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดและท้อแท้ เปื่อหน่ายต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง หากมีการปรับตัวไม่เหมาะสมอาจทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ครองลดลง อาจก่อให้เกิดปัญหา

ความสัมพันธ์ในชีวิตสมรสได้ ประกอบกับครอบครัวต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น (ปชาณัญญ์ ตันติโกสม, 2553; พัชรีวรรณ ศรีคง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553)

อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และพฤติกรรมเสี่ยง รวมถึงการค้นหาและระบุถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเพื่อทำการแก้ไขตั้งแต่แรก การจัดการต่อปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่เหมาะสมจะนำไปสู่การมีอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดีขึ้น มาตรการดังกล่าว ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม จะช่วยลดความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ และช่วยป้องกันผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งต่อตัวผู้ป่วยและประเทศชาติได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีโปรแกรมในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Sebregts, Falger, Appels, Bär, & Kester, 2003; จิตติพร วิชิตธงไชย, 2556; ปาริชาติ คงเสื่อ, ปชาณัญญ์ ตันติโกสม และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2556) แต่ส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมการให้ความรู้ ซึ่งเป็นการเน้นแก้ไขเฉพาะตัวบุคคล มิได้นำปัจจัยสิ่งแวดล้อมและอื่นๆ เข้ามาร่วมแก้ไขเพื่อปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มขึ้น (Martinez & House-Fancher, 2000) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค (Krumholz et al., 2009) และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนั้นการศึกษาถึงปัจจัยที่ครอบคลุมทั้งด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม สังคม และอื่นๆ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

เมื่อทบทวนวรรณกรรมด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น เพศ อายุ การรับรู้ อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นต้น (Aggarwal, Liao, Allegrante, & Mosca, 2010; Barnes & Terry 1991; Han et al., 2007; Hardin-Fanning, 2013; Koikkalainen, Lappalainen, & Mykkänen, 1996; Sharp & Salyer, 2012; จิตติพร วิชิตธงไชย, 2555; อัจชรา บุญมีศรีทรัพย์, อารณ ดินาน และกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2552) ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมของผู้ป่วย และผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีความแตกต่างและไม่ชัดเจนในผลการวิจัย โดยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ ซึ่งแนวคิดการปรับพฤติกรรมต้องพิจารณาปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งภายในและภายนอกให้ครอบคลุม เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE PROCEED

Model ของ Green & Kreuter (2005) ที่กล่าวว่า ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ต้องครอบคลุมทั้งด้านการสนับสนุนด้านต่างๆ ทั้งทางทักษะ การจัดสภาพแวดล้อม การหาได้ง่ายของทรัพยากร การมีทรัพยากรที่เพียงพอ ความสะดวกในการใช้ทรัพยากร ความสะดวกในการจัดหาทรัพยากรเหล่านั้น การมีแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่เอื้อต่อการปฏิบัติ และความสามารถในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรเหล่านั้น รวมทั้งปัจจัยเสริมที่มาจากบุคคลที่มีอิทธิพลในเรื่องนั้นๆ ที่สนับสนุนและกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอ โดยไม่ควรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คือปัจจัยเสริมด้านอิทธิพลจากบุคคลภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนความมีอิสระในตนเองในการบริโภคอาหารจากบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ถ้าคะแนนการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์สูง ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพสูงตามไปด้วย (Schmidt et al, 2012) ดังนั้นการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นแรงเสริมจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วย น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ดีขึ้น และการศึกษาด้านทรัพยากรสิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม เช่น การเข้าถึงแหล่งอาหาร (Hardin-Fanning, 2013) ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยเชื่อว่าการเข้าถึงแหล่งอาหารเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมาก เนื่องจากถ้าผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่าย คือมีแหล่งอาหารไขมันต่ำ คอเลสเตอรอลต่ำ อาหารกากใยสูงที่เพียงพอและหาได้ง่าย จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคได้ง่ายขึ้นและยั่งยืนต่อไป

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ (Han et al., 2007; จิตติพร วิจิตธงไชย, 2555; อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ, 2552) พบว่าตัวแปรที่ทำการศึกษาเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและเป็นปัจจัยเสริมทางสังคม เช่น ความรู้ ทัศนคติ (จิตติพร วิจิตธงไชย, 2555) รายได้ การรับรู้ประโยชน์การสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ (อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ, 2552) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนของครอบครัว (Han et al., 2007; อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ, 2552) อาการเจ็บหน้าอก การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย (Han et al., 2007) ซึ่งไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือปัจจัยเอื้อที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่เอื้อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปได้ง่ายขึ้น เมื่อพิจารณาถึงอายุของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ทำการศึกษาทั้งในวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ โดยมีอายุ 20 ปีขึ้นไป และมากกว่า 60 ปี ทำให้ผลการวิจัยที่ค้นพบอาจไม่สามารถแสดงถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

หัวใจวัยผู้ใหญ่ได้ชัดเจน อีกทั้งทำการศึกษาในบริบท สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่แตกต่างกัน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากการทบทวนวรรณกรรมและตามกรอบแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE PROCEED Model ของ Green & Kreuter (2005) ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ดังนั้นการวิเคราะห์สาเหตุจะต้องมีการดำเนินงานหลายด้านร่วมกัน โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ในขั้นตอนที่ 4 ในส่วนของ PRECEDE ของแบบจำลอง PRECEDE PROCEED Model ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ประเมินปัจจัยและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ครอบคลุมทั้งบริบท บุคคล สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล โดยจำแนกออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และ ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors)

ดังนั้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้มาจากกรอบแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE PROCEED Model ของ Green & Kreuter (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ โดยผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด และเป็นประโยชน์ทางการพยาบาลกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนี้ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว รวมถึงได้เลือกปัจจัยที่ยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย คือ การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และได้คัดเลือกปัจจัยที่มีการศึกษาก่อนข้างน้อยทั้งในและต่างประเทศ คือ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและเอื้อต่อการแสดงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมาศึกษา ซึ่งจะเห็นว่าทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล โดยมีปัจจัยนำเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ช่วยสร้างแรงจูงใจให้บุคคลกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเสริมที่เป็นผลสะท้อนของบุคคลจากการแสดงพฤติกรรม และปัจจัยเอื้อที่สนับสนุนหรือยับยั้งการกระทำพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ซึ่งส่งผลให้การกำหนดกลวิธีในการแก้ไขปัญหาจึงสามารถกำหนดได้ครอบคลุมปัจจัยสาเหตุทั้งหมด ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าจะช่วยให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ทั้งนี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถนำมาวางแผนการดูแลและส่งเสริมการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคได้อย่างยั่งยืนต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้หรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

แนวเหตุผล และ สมมติฐานการวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับการศึกษาตามแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE PROCEED Model ของ Green & Kreuter (2005) พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยบางตัวเพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายของปัจจัย โดยเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด และเป็นประโยชน์ทางการแพทย์พยาบาลกับผู้ป่วยมากที่สุด รวมถึงได้เลือกปัจจัยที่ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย คือ การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและเอื้อต่อการแสดงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมาศึกษา ภายใต้กรอบแนวคิด PRECEDE PROCEED Model ของ Green & Kreuter (2005) ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ดังนั้นการวิเคราะห์สาเหตุจะต้องมีการดำเนินงานหลายด้านร่วมกัน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Green & Kreuter, 2005; นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) โดยประยุกต์ใช้ในขั้นตอนที่ 4 ของแบบจำลอง PRECEDE PROCEED Model เท่านั้น ซึ่งเป็นการ

วิเคราะห์ปัจจัยและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร รวมทั้งหมดเป็น 5 ตัวแปร โดยมีรายละเอียดดังนี้

ความรู้เรื่องอาหาร หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์ ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยนำที่มีความสำคัญในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ (Green & Kreuter, 2005; นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การมีความรู้เกี่ยวกับอาหาร ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนในการดูแลตนเอง ในการเลือกบริโภคอาหาร ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคได้ ดังการศึกษาของ จิตติพร วิจิตธงไชย (2555) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Lappalainen, Koikkalainen, Julkunen, Saarinen, & Mykkänen (1998) และ Hardin-Fanning (2013) ศึกษาพบว่า อุปสรรคที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คือการขาดความรู้เรื่องโภชนาการ ดังนั้นความรู้เรื่องอาหารจึงน่าจะมี ความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้

ทัศนคติต่ออาหาร หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความพึงพอใจ ความเชื่อ ความคิดเห็นที่มีต่ออาหาร ถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึก มีความคิดเห็นต่ออาหารในทางบวก จะส่งผลให้มีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึก มีความคิดเห็นต่ออาหารในทางลบ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ดังการศึกษาของ จิตติพร วิจิตธงไชย (2555) พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Koikkalainen et al. (1996) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีทัศนคติที่ไม่ดีต่ออาหารเฉพาะโรคถึงร้อยละ 48 จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคได้ และการศึกษาของ Chaturvedi & Singh (2012) พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นทัศนคติต่ออาหารจึงน่าจะมี ความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้

การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการช่วยเหลือหรือได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ ในการรับประทานอาหาร ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ และด้านการประเมินค่า จากบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนม มีความรักใคร่ผูกพัน คือสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน และญาติ ในการให้การช่วยเหลือ สนใจ

ดูแลเอาใจใส่ ด้านการเลือกชนิดอาหาร การดูแลการรับประทานอาหาร จัดเตรียมประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเอง ในการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มที่ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มาลิน มาลาอี, 2549) การศึกษาของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) ศึกษาพบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Leong, Molassiotis, & Marsh. (2004) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือต่อคำแนะนำด้านสุขภาพหลังจากการเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ คือการที่สมาชิกในครอบครัวโน้มน้าวผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัว จึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้

การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง คือ การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนหรือส่งเสริมในการปฏิบัติกิจกรรมจากคนรอบข้าง อาทิ จากบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีความรู้ ความสามารถ เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยเชื่อถือ ศรัทธารวมทั้งมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ ในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคด้วยตนเอง ถ้าผู้ป่วยได้รับแรงจูงใจจากบุคคลเหล่านี้ จะช่วยกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและถาวรต่อไป ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์สูง จะส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพสูงตามไปด้วย (Schmidt et al., 2012) ดังการศึกษาของ Park et al. (2017) พบว่าการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถทำนายการกำเริบซ้ำของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ต่ำ จะเกิดการกำเริบซ้ำของโรคเป็น 3.91 เท่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์สูง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่นการศึกษาของ Koponen et al. (2015) พบว่าการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .001$) และการศึกษาของ Miežienė et al. (2015) พบว่าการได้รับการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ได้

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = .363, p < .001$) ดังนั้นการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง จึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้

การเข้าถึงแหล่งอาหาร คือการมีแหล่งอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ วัตถุประสงค์ในการเตรียมอาหารที่เพียงพอ หาได้ง่าย อยู่ใกล้สถานที่ตั้งของแหล่งอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและเอื้อต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ง่ายขึ้น ดังนั้นถ้าผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่าย คือ มีแหล่งอาหารไขมันต่ำ คอเลสเตอรอลต่ำ อาหารกากใยสูงอย่างเพียงพอและหาได้ง่าย จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคได้ง่ายขึ้นและยั่งยืนต่อไป ดังการศึกษาของ Hardin-Fanning (2013) ที่พบว่าการเข้าถึงแหล่งอาหารเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการเข้าถึงแหล่งอาหาร จึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 40-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อยู่ในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะติดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารที่กระทำอย่างต่อเนื่องโดยตั้งใจและเจตนาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ประกอบด้วย การเลือกบริโภคอาหาร การจัดเตรียมอาหาร การปรุงรสอาหาร ตามลักษณะนิสัย หรือความเคยชิน ซึ่งหากบุคคลนั้นปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดี แต่หากบุคคลนั้นมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพตามมา ประเมินโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหารของ ปารีชาติ คงเสื่อ และคณะ (2556) มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติสัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง ปฏิบัติสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

ความรู้เรื่องอาหาร หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าใจข้อเท็จจริงและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้เรียนรู้จากการศึกษา ค้นคว้า การสังเกต รวมถึงประสบการณ์การได้ยินได้ฟังทั้งทางตรงและทางอ้อม เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ประกอบด้วย ประเภทอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ประเภทอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง สารอาหาร คุณค่าทางโภชนาการ ประโยชน์ของการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และโทษที่เกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ประเมินโดยใช้แบบวัดความรู้เรื่องอาหาร ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเชิงตัวของ ญัฐกานต์ ช่างเหล็ก (2552) โดยมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบ มีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ทัศนคติต่ออาหาร หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความพึงพอใจ ความเชื่อ ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีต่ออาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านรสชาติของอาหาร ด้านชนิดของอาหาร และด้านประโยชน์ของอาหาร ประเมินโดยใช้แบบวัดทัศนคติต่ออาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามทัศนคติในการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของ จิตติพร วิชิตธงไชย (2556) มีข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 9 ข้อ ข้อคำถามทางลบ 1 ข้อ ลักษณะ

คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการช่วยเหลือ การดูแลเอาใจใส่ ในด้านต่างๆ จากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน และญาติ ในการสนับสนุนผู้ป่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค ประกอบด้วย การได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ และด้านการประเมินค่า ในการเลือกซื้ออาหาร การเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน การจัดเตรียมอาหาร การประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประเมินโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวของ ภูษณิศรา ไพโรจน์ (2551) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 16 ข้อ ข้อคำถามทางลบ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการสนับสนุนหรือส่งเสริมในการปฏิบัติกิจกรรมจากคนรอบข้าง อาทิ จากบุคลากรทางการแพทย์ ในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคด้วยตนเองอย่างอิสระ ประกอบไปด้วย การให้ทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการรักษา การให้เหตุผลที่ชัดเจนในการรักษา การสนับสนุนความคิดริเริ่มของผู้ป่วย การกระตุ้นและพิจารณามุมมองของผู้ป่วย และลดการควบคุมและการตัดสินใจในตัวผู้ป่วย ในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ประเมินโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมิน The Health Care Climate Questionnaire (HCCQ) ของ Schmidt et al. (2012) มีข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 14 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การเข้าถึงแหล่งอาหาร หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแหล่งอาหารเฉพาะโรค คือ อาหารไขมันต่ำ อาหารกากใยสูง ได้แก่ ผัก ผลไม้ ที่หาได้ง่าย และเพียงพอ ประกอบไปด้วย ความเพียงพอของอาหาร การหาได้ง่ายของอาหาร และแหล่งที่ตั้งของอาหาร ประเมินโดยใช้แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหาร ซึ่งดัดแปลงมาจาก The Perceived Nutrition Environment Measures Survey ของ Green & Glanz (2015) มีข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อยู่ในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่ได้รับการรักษาโดยการใส่ยาและไม่ใส่ยา หรือเคยรักษาโดยการผ่าตัดหรือหัตถการ เช่น ทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มาตรวจรับการรักษาตามแพทย์นัด ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ ของโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของโรค และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในการพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคและยั่งยืนต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะติดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุน ความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยได้ทบทวนแนวคิดและวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดหัวใจ

- 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 1.2 สาเหตุและพยาธิสรีรภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 1.4 อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 1.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 1.6 การวินิจฉัยโรค
- 1.7 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 1.8 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. แนวคิดแบบจำลอง PRECEDE PROCEED Model

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

5. บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนและให้ความรู้กับการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. โรคหลอดเลือดหัวใจ

1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease: CAD) เป็นกลุ่มของโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ในปัจจุบันสามารถเรียกได้หลายชื่อ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Heart Disease: CHD) โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease: IHD) หรือโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (Atherosclerotic Heart Disease: ASHD) (Basavanthappa, 2005; Ignatavicius & Workman, 2015; Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008; ฝั่งพรธณ อรุณแสง, 2556) บางตำรารวมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไว้ด้วย (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังต่อไปนี้

กนกอร แก้วช่วย (2552) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจว่า เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มีลักษณะแข็งหรือตีบตัน จนทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลงและเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งหากปล่อยไว้นานจนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หรืออาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในที่สุด

ฝั่งพรธณ อรุณแสง (2556) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจว่า หมายถึง โรคของหัวใจที่เกิดจากการมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอ อันมีสาเหตุจากหลอดเลือดโคโรนารีที่อาจตีบหรืออุดตัน

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2557) ได้ให้ความหมายว่า โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease: IHD) หรือโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary artery disease: CAD) หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงเมื่อหลอดเลือดแดงนี้ตีบร้อยละ 50 หรือมากกว่า อาการสำคัญที่พบได้บ่อย เช่น อาการเจ็บแน่นอก ใจสั่น เหงื่อออก เหนื่อยขณะออกกำลังกาย เป็นลมหมดสติหรือเสียชีวิตเฉียบพลัน สามารถแบ่งกลุ่มอาการทางคลินิกได้ 2 กลุ่ม คือภาวะเจ็บแน่นอกคงที่ (Stable angina) และภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome)

Braundwald, Zioes, & Libby (2001) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจว่า หมายถึง โรคหลอดเลือดหัวใจ คือโรคที่เกิดจากหลอดเลือดที่ไปหล่อเลี้ยงหัวใจซึ่งมีชื่อเรียกว่า Coronary artery ตีบแคบเล็กลงหรือตีบตัน จึงส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้หัวใจทำงานผิดปกติส่งผลถึงอวัยวะต่างๆ ขาดเลือดไปเลี้ยงด้วย

Woods (2010) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจว่า เป็นโรคที่เกิดจากการตีบแคบของหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ

เกิดอาการเจ็บหน้าอก หากหลอดเลือดแดงเกิดการอุดตันอย่างสมบูรณ์จะส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน

American Heart Association (2015) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจว่า หมายถึง โรคที่มีการสะสมของคราบไขมันในหลอดเลือดแดงหัวใจทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอจนเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรืออาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอันเนื่องมาจากการแตกของคราบไขมันและการสะสมของลิ่มเลือด ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือเสียชีวิตกะทันหันได้

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease) หมายถึง กลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงหัวใจ เกิดการตีบแคบหรืออุดตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหัน และในปัจจุบันสามารถเรียกได้หลายชื่อ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Heart Disease) โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease (IHD) โรคหลอดเลือดแดงหัวใจแข็ง (Atherosclerotic Heart Disease) หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction)

1.2 สาเหตุและพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

เกิดจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจแข็งตัว (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นความผิดปกติของผนังหลอดเลือดแดง โดยเชื่อว่าเป็นกระบวนการที่เกิดการอักเสบของหลอดเลือด จะเกิดขึ้นที่ผนังชั้นในหรือชั้นอินทิมา (Intima) โดยมีการสะสมของคราบไขมันที่เรียกว่า พลาค (Plaque) ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งหนา และก่อให้เกิดการอักเสบของผนังหลอดเลือดหรือผนังหลอดเลือดบาดเจ็บเสียหาย ร่างกายจะซ่อมแซมผนังส่วนเสียหายโดยการจับตัวเป็นก้อนของเกร็ดเลือดและเม็ดเลือดขาว จึงส่งผลให้ช่องในหลอดเลือดตีบแคบลง เลือดจึงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ จึงเกิดเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งจะให้มีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น และเมื่อหลอดเลือดมีการอุดตันจะส่งผลให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หากเป็นรุนแรงขึ้นจนกล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถบีบตัวได้ตามปกติจะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งอาจส่งผลให้หัวใจหยุดเต้นจนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (Bonow , Mann, Zipes , & Libby, 2012; Ignatavicius & Workman, 2015; Woods, 2010; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มีทั้งที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้และเปลี่ยนแปลงได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.3.1 ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่

1.3.1.1 อายุ พบในคนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยความเสี่ยงของหลอดเลือดแดงตีบเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดแดงจะมีความยืดหยุ่นลดลง เกิดการเปราะและ

แข็ง ทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น และทำให้โรครุนแรงมากขึ้น (Basavanthappa, 2005; Moser & Riegel, 2008; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.3.1.2 เพศ พบในเพศชายอายุ 40 ปีขึ้นไปและเพศหญิงอายุ 55 ปีขึ้นไป เนื่องจากในเพศหญิงที่อยู่ในวัยมีประจำเดือน จะมีฮอร์โมนเอสโตรเจนช่วยยับยั้งการสร้างคอเลสเตอรอลและป้องกันการอุดตันของไขมันในหลอดเลือดหัวใจ และจากการศึกษาพบว่าเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนหรือเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป จะพบการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเท่ากันทั้งในเพศชายและเพศหญิง เนื่องจากระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงส่งผลให้หลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น หลอดเลือดจึงแข็ง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น (Basavanthappa, 2005; Ignatavicius & Workman, 2015; Moser & Riegel, 2008; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.3.1.3 กรรมพันธุ์ ถึงแม้ว่ายังไม่ทราบกลไกการเกิดอย่างแน่ชัด แต่จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จะมีความเสี่ยงสูงกว่าคนปกติ (Basavanthappa, 2005; Ignatavicius & Workman, 2015; Moser & Riegel, 2008)

1.3.2 ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

1.3.2.1 การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม คือการรับประทานผักและผลไม้ในแต่ละวันน้อยเกินไป และพบว่าปัจจุบันมีการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน อาหารที่มีแคลอรีสูงและอาหารที่มีไขมันสูง โดยการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ โดยเฉพาะการบริโภคไขมันจากเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ อาหารทอด แกงกะทิ หากมีการบริโภคอาหารเหล่านี้มาก จะทำให้เกิดภาวะไขมันอุดตันเส้นเลือด ทำให้เลือดสูบฉีดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ จนทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือด และอาจนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวได้ การมีภาวะไขมันในเลือดสูง คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง โดยเฉพาะไขมันชนิดไม่ดี คือ แอลดีแอล (LDL) ในเลือดสูง และการมีไขมันชนิดดี คือ เอชดีแอล (HDL) ในเลือดต่ำ มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นในการป้องกันการเกิดโรคนี้ ควรควบคุมระดับคอเลสเตอรอลให้น้อยกว่า 200mg/dl ไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่า 135-150mg/dl ควบคุม LDL ให้ต่ำกว่า 70-100mg/dl และระดับ HDL ควรมากกว่า 40 mg/dl (Basavanthappa, 2005; Ignatavicius & Workman, 2015; Moser & Riegel, 2008)

1.3.2.2 การขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากการออกกำลังกายมีส่วนช่วยในการเผาผลาญไขมัน และเพิ่มระดับไขมันดี คือ HDL ลดระดับไตรกลีเซอไรด์ และลดการจับตัวของไขมันที่ผนังหลอดเลือด ป้องกันหลอดเลือดแดงตีบ ซึ่งผู้ที่ขาดการออกกำลังกายหรือผู้ที่มีแบบแผนการใช้ชีวิตแบบอยู่กับที่ จะมีการเผาผลาญไขมันที่ผิดปกติและระดับไขมัน HDL ลดลง และยังมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคอ้วน จึงเป็นสาเหตุของการ

เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Basavanthappa, 2005; Ignatavicius & Workman, 2015; Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.3.2.3 การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในควันบุหรี่จะไปทำลายเซลล์ของหลอดเลือดโดยตรงโดยก่อให้เกิดผนังหลอดเลือดอักเสบ ส่งผลให้หลอดเลือดแข็งและตีบแคบลง และทำให้เกิดโรคเกาะกลุ่มกันได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้นิโคตินยังกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารแคททีโคลามีน ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น หัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น ส่งผลทำให้หัวใจทำงานหนัก จึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น (Ignatavicius & Workman, 2015; Smeltzer et al., 2008)

1.3.2.4 ความดันโลหิตสูง เนื่องจากความดันโลหิตสูงจะเร่งการเกิดหลอดเลือดแดงแข็งและหนาตัวขึ้น ส่งผลให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น (Ignatavicius & Workman, 2015; Moser & Riegel, 2008; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.3.2.5 โรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะไปกระตุ้นให้เกิดกระบวนการอักเสบของหลอดเลือดแดง ส่งผลทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งเร็วกว่าปกติ (Basavanthappa, 2005; Ignatavicius & Workman, 2015)

1.3.2.6 โรคอ้วน เนื่องจากคนอ้วนจะมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และคนอ้วนมักมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตแบบอยู่อยู่กับที่ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Basavanthappa, 2005; Ignatavicius & Workman, 2015) องค์การอนามัยโลกได้มีการแบ่งเกณฑ์ค่าระดับดัชนีมวลกาย (BMI) เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งดัชนีมวลกาย (Body mass index) เป็นค่าดัชนีความสัมพันธ์ระหว่างส่วนสูงและน้ำหนักตัว โดยคำนวณจากน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วยความสูง (เมตรยกกำลังสอง) ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร² แสดงว่า เริ่มมีภาวะน้ำหนักเกิน และค่าดัชนีมวลกายที่ 30 กิโลกรัม/เมตร² หมายถึง อ้วน และสำหรับประชากรในเอเชีย มีข้อเสนอจุดตัดในการแบ่งกลุ่มโดยที่ค่าดัชนีมวลกาย ที่ 23 กิโลกรัม/เมตร² หมายถึง ภาวะน้ำหนักเกิน และค่าดัชนีมวลกายที่ 25 กิโลกรัม/เมตร² แสดงว่า อ้วน ดังข้อมูลในตารางที่ 1 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2555)

ตารางที่ 1 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและค่าจุดตัดของประชากรเอเชีย

กลุ่ม	เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ดัชนีมวลกาย (กก./เมตร ²)	เกณฑ์สำหรับประชากรเอเชีย ดัชนีมวลกาย (กก./เมตร ²)
น้ำหนักน้อย	< 18.5	< 18.5
น้ำหนักปกติ	18.5 – 24.99	18.5 - 22.99
น้ำหนักเกิน	≥ 25	≥ 23
pre-obese	25 – 29.99	เสี่ยง (at risk) 23 - 24.99
อ้วนระดับ 1	30 - < 34.99	25 – 29.99
อ้วนระดับ 2	35 - < 39.99	≥ 30
อ้วนระดับ 3	≥ 40.00	-

ที่มา: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2555)

1.3.2.7 ความเครียด ผู้ที่มีความเครียดและผู้ที่มียุคสภาพแบบเอ คือ บุคลิกภาพที่เอาจริงเอาจัง ชอบการแข่งขัน ใจร้อน ทำงานแข่งกับเวลา จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากความเครียดจะทำให้มีการหลั่งสารแคททีโคลามีน เพิ่มการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือด เร่งกระบวนการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง และเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้หัวใจทำงานหนัก จึงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น (Basavanthappa, 2005; Ignatavicius & Workman, 2015; Smeltzer et al., 2008)

1.4 อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.4.1 อาการเจ็บหน้าอก เกิดจากความไม่สมดุลของปริมาณออกซิเจนที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ กับปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งลักษณะอาการของอาการเจ็บหน้าอกนั้นจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการขาดเลือดที่ไปกล้ามเนื้อหัวใจ แบ่งออกเป็น อาการเจ็บหน้าอกแบบคงที่ เป็นอาการปวดที่เจ็บหนักๆ เหมือนมีอะไรมาทับหรือรัดบริเวณกลางหน้าอกหรือใต้กระดูกกลางหน้าอก อาจมีร้าวไปบริเวณคอ กราม ไหล่ และแขนทั้ง 2 ข้าง โดยเฉพาะข้างซ้าย เป็นมากขณะออกกำลังกาย บางคนอาจมีอาการแน่นอึดอัดเหมือนอาหารไม่ย่อยและอาจระบุตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน อาการเจ็บหน้าอกจะเป็นนานประมาณ 3-5 นาที และสัมพันธ์กับการมีกิจกรรม อาการจะดีขึ้นเมื่อได้พัก หรืออมยาขยายหลอดเลือดได้ลิ้น แต่ถ้ากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกเพิ่มขึ้น และรุนแรงกว่าและนานกว่าอาการเจ็บหน้าอกแบบคงที่ และจะมีอาการแสบในขณะพัก ซึ่งเรียกอาการเจ็บหน้าอกแบบนี้ว่า อาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ แต่ถ้ากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงอย่าง

รุนแรงจนเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการเจ็บหน้าอกจะรุนแรงมากขึ้น และเป็นนานกว่า 30 นาที อาการจะไม่หายถึงแม้จะได้พักหรืออมยาขยายหลอดเลือดใต้ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแน่นอึดอัด หายใจไม่ออก เหงื่อแตก ตัวเย็น อ่อนเพลีย เป็นลม และอาจหมดสติได้ (Basavanthappa, 2005; Ignatavicius & Workman, 2015; Smeltzer et al., 2008; Woods, 2010)

1.4.2 อาการหายใจลำบาก เกิดจากการมีเลือดคั่งในปอด เนื่องจากหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้หมด ปริมาณเลือดจึงไหลกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น จึงเกิดอาการหายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก (Ignatavicius & Workman, 2015; Smeltzer et al., 2008)

1.4.3 อาการอ่อนเพลียหรือเหนื่อยง่าย เกิดจากการที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ (Ignatavicius & Workman, 2015; Smeltzer et al., 2008)

1.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญขอโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่

1.5.1 หัวใจเต้นผิดจังหวะ มักมาจากบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือบริเวณใกล้เคียง เกิดภายในไม่กี่ชั่วโมงหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจที่ได้รับอันตรายจะรบกวนการนำกระแสไฟฟ้าของหัวใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะที่พบบ่อย ได้แก่ Ventricular dysrhythmia ชนิดที่อันตรายคือหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบ Ventricular fibrillation ซึ่งจะทำให้หัวใจไม่สามารถบีบเลือดส่งไปเลี้ยงร่างกายได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยหมดสติอย่างกะทันหัน หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีโดยการใช้เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจ (Defibrillator) แล้วผู้ป่วยก็จะเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว (Khan, 2007; Smeltzer et al., 2008; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.5.2 ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและในเวลาต่อมาเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณที่ตายจะมีการยืดขยายและบางตัวออก และไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดออกไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ ภาวะหัวใจล้มเหลวอาจเกิดทันทีทันใดหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือเกิดภายหลังก็ได้ (Khan, 2007; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.5.3 ช็อกจากหัวใจ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 9 เสียชีวิตจากภาวะช็อกจากหัวใจ สาเหตุของภาวะช็อกเกิดจากภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายวายหรือล้มเหลวอย่างรุนแรงจนกระทั่งหัวใจไม่สามารถบีบตัวไปเลี้ยงอวัยวะได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำจนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่พอ อวัยวะต่างๆ จึงขาดเลือดและเกิดภาวะช็อกในที่สุด (Khan, 2007; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.5.4 การเกิดก้อนลิ่มเลือดในช่องหัวใจ มักพบในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจห้องซ้ายทางด้านหน้าตาย เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจทางด้านหน้าเป็นพื้นที่ที่เป็นบริเวณกว้าง มีโอกาสเกิดลิ่ม

เลือดลอยไปอุดตันหลอดเลือดหรืออวัยวะอื่นๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาสำคัญได้ เช่น หากลอยไปอุดตันหลอดเลือดในสมอง จะทำให้เกิดเนื้อสมองตายกลายเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตได้ (Braundwald, Zioes, & Libby, 2001)

1.6 การวินิจฉัยโรค

1.6.1 การซักประวัติและการตรวจร่างกาย

การซักประวัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องครอบคลุมประวัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งหมด เช่น ประวัติในครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย โรคประจำตัว เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้แพทย์ทราบว่าคุณมีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่ การซักประวัติปัจจุบัน โดยการประเมินอาการเจ็บหน้าอกตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.6.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ได้แก่

1.6.2.1 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram) เป็นการบันทึกภาพการเปลี่ยนแปลงทางไฟฟ้าของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้สามารถวินิจฉัยการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ขนาดและความรุนแรงของกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจหนาอย่างผิดปกติ และภาวะอิเล็กโทรไลต์เสียสมดุล (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.6.2.2 การถ่ายภาพรังสีของทรวงอก (chest X-ray) เพื่อประเมินขนาดของหัวใจ เงามของหัวใจและตำแหน่งของหัวใจ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.6.2.3 การตรวจระดับเอนไซม์กล้ามเนื้อหัวใจในเลือด (cardiac enzyme test) ได้แก่ CK-MB, Troponin T, Myoglobin ซึ่งเป็นโปรตีนที่พบในกล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจก็จะมีสารนี้หลั่งออกมา ทำให้สามารถวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.6.2.4 การทดสอบสมรรถภาพหัวใจขณะออกกำลังกาย (exercise stress test) เป็นวิธีทดสอบโดยการออกกำลังกายเป็นข้อบ่งชี้ความสามารถในการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจ (function capacity) หรือภาวะของเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยเปรียบเทียบคลื่นไฟฟ้าในขณะพักและขณะออกกำลังกาย วิธีทดสอบอาจเป็นการปั่นจักรยานอยู่กับที่ หรือเดินบนพื้นซึ่งสามารถปรับระดับความลาดเอียงได้และมีสายพานบังคับ (tread mill) แล้วดูว่ามีอาการเหนื่อยเมื่อใดหรือมีการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างไร (วิจิตร ฤกษ์, 2556)

1.6.2.5 การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (echocardiogram) เป็นวิธีตรวจหัวใจโดยใช้คลื่นเสียงส่งผ่านทางผนังหน้าอก เมื่อคลื่นเสียงไปกระทบส่วนต่างๆ ของหัวใจ จะสะท้อนกลับมา ซึ่งจะมีภาพปรากฏบนจอภาพ สามารถเก็บบันทึกภาพได้ ปัจจุบันเครื่องมือมีความก้าวหน้ามากให้ภาพเป็น 2 มิติได้ ช่วยในการวินิจฉัยโรคได้เป็นอย่างดี เช่น pericardial

effusion โรคของลิ้นหัวใจ และ intracardiac shunt สามารถบอกถึงความหนาของกล้ามเนื้อ และการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจได้เป็นอย่างดี (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556)

1.6.2.6 การตรวจวินิจฉัยโรคของหลอดเลือดหัวใจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ความเร็วสูง (computed tomographic angiography) เป็นวิธีการตรวจหัวใจเพื่อดูเส้นเลือดของหัวใจว่ามีหลอดเลือดหัวใจตีบหรือตัน หรือความผิดปกติอื่นๆ ของหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงใช้ติดตามผลการรักษาภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ เป็นการตรวจหัวใจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ความเร็วสูงซึ่งสามารถสร้างภาพได้ 64 ภาพต่อการหมุนหนึ่งรอบ ทำให้สามารถตรวจหัวใจซึ่งเป็นอวัยวะที่เคลื่อนไหวตลอดเวลาได้ โดยเครื่องจะสร้างภาพหัวใจและหลอดเลือดหัวใจที่มีขนาดเล็กได้คมชัด และสามารถสร้างภาพ 3 มิติได้ ทำให้เห็นรอยโรคได้ ในการตรวจบางกรณีอาจจำเป็นต้องมีการฉีดสารทึบรังสีเข้าทางหลอดเลือดดำเพื่อให้ได้รายละเอียดของภาพที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น (Sun, Choo, & Ng, 2012)

1.6.2.7 การสวนหลอดเลือดหัวใจหรือการฉีดสีดูหลอดเลือดหัวใจ (Cardiac catheterization or coronary angiogram) เป็นการตรวจหลอดเลือดหัวใจ โดยสวนหัวใจให้สายสวนหัวใจไปอยู่ในหัวใจห้องซ้าย แล้วฉีดสารทึบแสงเข้าหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นการตรวจมาตรฐานในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถบอกตำแหน่งและความรุนแรงของการตีบได้ด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าทางหลอดเลือดดำเพื่อให้ได้รายละเอียดของภาพที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น (Ignatavicius & Workman, 2015; Smeltzer et al., 2008; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; วิจิตรา กุสุมภ์, 2556)

1.7 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดหัวใจ

การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและครอบครัว และเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

1.7.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้น ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะช็อกจากหัวใจ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานโดยเฉพาะอาการเจ็บหน้าอกซึ่งเกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้หัวใจได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ร่วมกับมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย จากการที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.7.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ เมื่อเกิดเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะต้องเผชิญกับโรคหลอดเลือดหัวใจและต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมเพื่อไม่ให้โรครุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจึงเกิดความกลัว เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า (พัชรีวรรณ ศรีคง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553)

1.7.3 ผลกระทบทางด้านสังคมและครอบครัว จากการที่ผู้ป่วยต้องรักษาตัวเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง ทำให้บทบาททางสังคมถูกจำกัด ไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ตามปกติ เกิดความท้อแท้ รู้สึกไร้ค่าและเป็นภาระของผู้อื่นไม่กล้าเผชิญหน้าทำให้แยกตัวออกจากสังคม และบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว ครอบครัวต้องแบกรับภาระการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดและท้อแท้ เพื่อหน่วยต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง หากมีการปรับตัวไม่เหมาะสม อาจทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ครองลดลง ก่อให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ในชีวิตสมรสได้ ประกอบกับครอบครัวต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น (ปชาณภรณ์ ตันติโกสุม, 2553; พิชวีรวัฒน ศรีคง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553)

1.7.4 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจากการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และทำให้ผู้ป่วยสูญเสียรายได้จากการทำงาน รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น เช่น ค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล ในส่วนภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และคุณภาพชีวิตประชากรลดลง หากผู้ป่วยเสียชีวิตประเทศชาติจะสูญเสียทรัพยากรบุคคลในการพัฒนาประเทศ (พิชวีรวัฒน ศรีคง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553)

1.8 แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในปัจจุบันมีวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจหลายวิธี ซึ่งสามารถสรุปวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.8.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยง คือ การให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ดังต่อไปนี้

1.8.1.1 แนะนำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ คือลดการบริโภคอาหารไขมัน โดยเฉพาะไขมันไม่ดี ตามแนวคิดพื้นฐานของ The National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III ซึ่งเป็นแนวทางคลินิกในการควบคุมคอเลสเตอรอล ช่วยสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยมีเป้าหมายในการลดระดับไขมัน ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (NCEP, 2001) ดังนี้

1) การจำกัดอาหารไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว แนะนำให้ผู้ป่วยจำกัดการบริโภคอาหารที่มีไขมันให้น้อยกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน และจำกัดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวให้น้อยกว่าร้อยละ 7 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน จำกัดคอเลสเตอรอลน้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อวัน โดยหลีกเลี่ยงการบริโภคเนื้อสัตว์ติดมัน น้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม เนย กะทิ เครื่องในสัตว์ กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม เป็นต้น โดยไม่ควรบริโภคอาหารเหล่านี้เกินสัปดาห์ละครั้ง และหันมาเพิ่มการบริโภค ปลา น้ำมันมะกอก ซึ่งเป็นแหล่งของไขมันดี

2) แนะนำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยหันมาบริโภคอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ 20-30 กรัมต่อวัน

3) แนะนำให้ผู้ป่วยบริโภคแป้งที่เป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวกล้อง แทนข้าวขาว ขนมปังโฮลวีต ธัญพืชไม่ขัดสี ถั่วต่างๆ ให้มากขึ้น ประมาณร้อยละ 50-60 ของจำนวนพลังงานที่ได้รับทั้งหมด โดยแนะนำให้บริโภคอาหารเหล่านี้เป็นประจำทุกวัน

4) แนะนำการบริโภคอาหารประเภทโปรตีน วันละประมาณร้อยละ 15 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน

5) แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยจำกัดพลังงานที่ได้จากอาหารในแต่ละวัน โดยต้องมีความสมดุลระหว่างจำนวนพลังงานที่ได้รับกับจำนวนพลังงานที่ใช้ พยายามควบคุมและรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

6) แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยลดน้ำหนัก และเพิ่มการออกกำลังกาย ควรส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยหันมาออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ เนื่องจากการออกกำลังกายมีส่วนช่วยลดน้ำหนักได้ และจากการศึกษาพบว่า การลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับคอเลสเตอรอล โดยการลดน้ำหนักสามารถลดระดับไตรกลีเซอไรด์ ลดระดับ LDL และเพิ่มระดับ HDL (Ignatavicius & Workman, 2015; Moser & Riegel, 2008; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.8.1.2 การจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารและลดอาหารที่มีรสเค็ม แนะนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำกัดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง เช่น แสม เบคอน อาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง โดยควรได้รับเกลือโซเดียมในอาหารน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน ไม่เติมเกลือหรือสารปรุงรสอื่นๆ ในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว ไม่ควรซื้ออาหารกระป๋องหรืออาหารสำเร็จรูปเนื่องจากมีปริมาณเกลือโซเดียมสูง ควรเตรียมและประกอบอาหารเอง และควรอ่านฉลากทุกครั้งเพื่อดูปริมาณเกลือโซเดียมในอาหาร (Lichtenstein et al., 2006; Smeltzer et al., 2008)

1.8.1.3 การจำกัดการบริโภคอาหารหวานหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น ขนมหวาน น้ำอัดลม และไม่เติมน้ำตาลเพิ่มในอาหารที่บริโภค เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมีส่วนในกระบวนการอักเสบของหลอดเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดแข็งและตีบแคบ และไม่ควรบริโภคอาหารเหล่านี้เกินสัปดาห์ละครั้ง (Lichtenstein et al., 2006; Smeltzer et al., 2008)

1.8.1.4 การลดการบริโภคเนื้อแดง โดยจำกัดการบริโภคไม่ควรเกินเดือนละครั้ง และพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหันมาบริโภคโปรตีนจากถั่วเหลือง หรือปลา แทน โดยแนะนำให้ผู้ป่วยบริโภคปลา 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ และแนะนำให้บริโภคน้ำมันปลา เนื่องจากน้ำมันปลา มีกรดโอเมก้า 3 ซึ่งจากการศึกษาพบว่า สามารถลดระดับไตรกลีเซอไรด์ เพิ่มระดับ HDL และยังมีส่วนช่วยในกระบวนการลดการเกาะกลุ่มกันของเกร็ดเลือด (Lichtenstein et al., 2006; Smeltzer et al., 2008)

1.8.1.5 แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปรุงหรือประกอบอาหารเอง แนะนำการปรับวิธีการประกอบอาหาร เช่น ใช้วิธีการต้มแทนการทอด หรือผัด หรือบริโภคอาหารที่ผ่านกระบวนการ

ประกอบอาหารให้น้อยที่สุด เพื่อที่จะรักษาคุณค่าทางโภชนาการและคุณประโยชน์อื่นๆ เอาไว้ให้ได้มากที่สุด โดยเฉพาะผักและผลไม้สด (Ignatavicius & Workman, 2015; Lichtenstein et al., 2006; Smeltzer et al., 2008)

1.8.1.6 นอกจากนี้พยาบาลยังสามารถแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามแนวทางของธงโภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติได้ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ป้องกันโรคติดต่อเรื้อรัง ลดภาวะแทรกซ้อน และการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นแนวทางการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและมีประโยชน์ โดยแสดงกลุ่มอาหาร สัดส่วนปริมาณอาหาร ที่ควรรับประทานใน 1 วัน ของอาหารแต่ละกลุ่มมากขึ้นตามพื้นที่จากบนลงล่าง โดยสังเกตฐานใหญ่ ด้านบนเน้นให้รับประทานมากและปลายธงข้างล่างให้รับประทานน้อย ๆ เท่าที่จำเป็น คือ ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารให้หลากหลายได้สัดส่วน รับประทานข้าวเป็นหลัก รองลงมาคือ รับประทานผัก ผลไม้ ลดการรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน ชนิดอาหารที่ควรรับประทานน้อยๆ เท่าที่จำเป็น คือ กลุ่มน้ำมัน น้ำตาล และเกลือ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ธงโภชนาการ (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

1.8.1.7 การเลิกบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ประมาณร้อยละ 37 และลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (Ignatavicius & Workman, 2015; Moser & Riegel, 2008; Smeltzer et al., 2008; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.8.1.8 หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการดื่ม ชา กาแฟที่มากเกินไป เพราะจะไปกระตุ้นให้ ร่างกายหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดมีการหดตัว ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ (Ignatavicius & Workman, 2015; Moser & Riegel, 2008; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.8.1.9 การกำจัดความเครียด ความเครียดมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะความเครียดเรื้อรังติดต่อกันเป็นเวลานาน วิธีกำจัดความเครียดที่ดีที่สุดคือ ทำในสิ่งที่ตนเอง ชอบหรือพอใจ โดยไม่เบียดเบียนตนเองหรือผู้อื่น (Smeltzer et al., 2008; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.8.2 การรักษาโดยการให้ยา ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถแบ่ง ออกเป็น 4 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

1) ยากลุ่มไนเตรท (Nitrate) เป็นยาที่ช่วยลดอาการเจ็บหน้าอก ออกฤทธิ์โดยการ ขยายหลอดเลือดดำและขยายหลอดเลือดแดง ช่วยลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ และลดการหดเกร็งของหลอดเลือดโคโรนารี (Khan, 2007; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

2) ยาต้านเบต้า (Beta blocker) เป็นยาที่ช่วยลดความต้องการใช้ออกซิเจนของ กล้ามเนื้อหัวใจ ช่วยให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง (Khan, 2007; วิจิตรา กุสุมภ์, 2556)

3) ยาต้านแคลเซียม (Calcium channel blocker) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการ ขัดขวางแคลเซียมไม่ให้เข้าเซลล์ เป็นผลทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ทำให้หลอดเลือดโคโรนารีและหลอดเลือดส่วนปลายขยายตัว ลดปริมาณเลือดออกจากหัวใจ และลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง และลดอาการเจ็บหน้าอก (Khan, 2007; วิจิตรา กุสุมภ์, 2556)

4) ยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelet) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำงานของเกร็ดเลือดไม่ให้จับตัวกันเป็นกลุ่มก้อน ช่วยลดการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด ยากลุ่มนี้ได้แก่ แอสไพริน ซึ่งเป็นยาที่ใช้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายทุกราย (Khan, 2007; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.8.3 การรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การรักษาโดยการทำการหัตถการ และการผ่าตัด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.8.3.1 การรักษาโดยการทำการหัตถการ ได้แก่ การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี (percutaneous transluminal coronary angioplasty หรือ PTCA) เป็นการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจตีบด้วยบอลลูน โดยการใส่สายสวนที่มีบอลลูนเข้าไปสู่ตำแหน่งหลอดเลือดหัวใจที่มีรอยตีบ แล้วอัดแรงดันเพื่อดันไขมันที่อุดตันหลอดเลือดให้แบนลงและไปชิดกับผนังหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลผ่านจุดที่เคยตีบได้สะดวกขึ้น ช่วยให้เลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ อาจฝัง โคโรนาราย (stent) ค้ำไว้หลอดเลือดโคโรนารี เพื่อยืดเวลาความไม่อุดตันของหลอดเลือด ใน

ปัจจุบันมีการใช้ขดลวดแบบพิเศษ คือ ขดลวดเคลือบยา ซึ่งช่วยลดปัญหาเรื่องการตีบตันซ้ำกลับ บริเวณที่ทำบอลลูนลงได้ (Ignatavicius & Workman, 2015; Moser & Riegel, 2008; Smeltzer et al., 2008; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.8.3.2 การรักษาโดยการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft หรือ CABG) เป็นการผ่าตัดเพื่อเพิ่มเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยการต่อเพิ่มหลอดเลือดใหม่กับหลอดเลือดหัวใจ ข้ามตำแหน่งที่ตีบของหลอดเลือด ซึ่งจะทำในกรณีดังต่อไปนี้ คือ มีการตีบที่หลอดเลือด left main coronary artery stenosis เป็นโรคหลอดเลือดตีบทั้งสามเส้น มีอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรงหรือมีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแม้ว่าจะให้การรักษาเต็มที่แล้ว การทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่ได้ผลหรือล้มเหลว เป็นต้น (Ignatavicius & Workman, 2015; Smeltzer et al., 2008; Woods, 2010; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

สรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง กลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงหัวใจ เกิดการตีบแคบหรืออุดตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหัน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มีทั้งที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้และเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น อาการที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ คืออาการเจ็บหน้าอก ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการขาดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงครอบครัวและประเทศชาติ แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ มีทั้งการรักษาด้วยยา การทำหัตถการ และการผ่าตัด และการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การเลิกบุหรี่ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย โดยเฉพาะการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ควรรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับความต้องการใช้พลังงานในแต่ละวันเพื่อให้เกิดความสมดุลของพลังงานในร่างกาย ทั้งนี้ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรีต่ำ หลีกเลี่ยงไขมันจากสัตว์ ไขมันอิ่มตัว ไขมันอิ่มตัว ไขมันอิ่มตัว เครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาล หลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเค็ม อาหารจานด่วน และอาหารสำเร็จรูป เน้นการรับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคเรื้อรังและรุนแรง เป็นสาเหตุให้เกิดทั้งความพิการและเสียชีวิตได้ ดังนั้นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือลดความรุนแรงจากโรคหลอดเลือดหัวใจรวมทั้งการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดีที่สุด คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นอย่างมาก การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง จะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบรุนแรงและรวดเร็วขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ และอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ และจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคในระดับต่ำ เพียงร้อยละ 21 (Leung Yinko et al., 2015) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังมีปัญหาในการควบคุมอาหาร ร้อยละ 27.8 โดยมีความเคยชินในพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบเดิมและยึดติดในรสชาติอาหาร เช่น มีการเติม น้ำปลา น้ำตาล ผงชูรส เป็นต้น (ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปชานัญญู ตันติโกสม (2553) และจิราภรณ์ นาสูงชน (2553) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือด ยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันสูง อาหารเค็ม อาหารจานด่วนและอาหารกากใยน้อย โดยไม่คำนึงถึงปริมาณแคลอรี ไขมันอิ่มตัวและปริมาณเกลือ ส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ และการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน มีถึงร้อยละ 50 (Krumholz et al., 2009) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 69.7 (Martinez & House-Fancher, 2000) ดังนั้นการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรได้รับการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้มีความถูกต้องเหมาะสมกับโรค

โดยแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในการศึกษาครั้งนี้ มีแนวคิดพื้นฐานมาจาก The National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III ซึ่งเป็นแนวทางคลินิกในการควบคุมคอเลสเตอรอล ช่วยสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยมีเป้าหมายในการลดระดับไขมัน ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (NCEP, 2001)

2.1 ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคอาหารดังนี้

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เพื่อควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งประกอบด้วย การเลือกชนิดของอาหาร การเตรียม หรือปรุงอาหาร และการบริโภคอาหาร (พิกุล ดินามาส, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ และศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2551)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ครอบคลุมถึงชนิดของอาหาร และการกำหนดปริมาณของอาหารที่รับประทาน (ดวงตา สุวรรณรัตน์, เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท์ และไหมไทย ศรีแก้ว, 2552)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตัวหรือกิจกรรมของโรคหลอดเลือดหัวใจ ในการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ได้แก่ การเลือกซื้ออาหาร การประกอบอาหาร สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร และการรับประทานอาหาร (อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ, 2552)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตนในการเลือกบริโภคอาหาร โดยคงไว้ที่น้ำหนักหรือความสมดุลของอาหารที่เลือกบริโภค ในการเลือกบริโภคอาหารจำพวกผัก ผลไม้ การบริโภคขนมปังไม่ขัดสี การลดปริมาณเกลือ ควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรต ซึ่งหากบริโภคอาหารดังกล่าวมากเกินไป จะทำให้เกิด ภาวะอ้วน ภาวะไขมันเกิน ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน (ปชาณัญญ์ ตันติโกสม, 2553)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง เป็นการกระทำของบุคคลที่แสดงออกหรือปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การเลือกบริโภคอาหาร การปรุงรส การจัดเตรียมอาหาร ตามลักษณะนิสัย ความเคยชิน โดยการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่บุคคลกระทำด้วยความเต็มใจ กระทำโดยไม่ขัดกับความรู้สึกนึกคิด ซึ่งหากบุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ดี มีประโยชน์แล้ว จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี แต่หากบุคคลเลือกบริโภคอาหารตามใจตนเองโดยไม่ได้คำนึงถึงประโยชน์ หรือผลเสียที่อาจตามมาในระยะยาว (ปาริชาติ คงเสื่อ และคณะ, 2556)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกที่กระทำอยู่เป็นประจำของบุคคลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร รวมถึงการกระทำของบุคคลที่แสดงออกหรือปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การปรุงรส การจัดเตรียมอาหารตามลักษณะนิสัย ความเคยชิน โดยการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่บุคคลกระทำด้วยความเต็มใจกระทำโดยไม่ขัดกับความรู้สึกนึกคิด ซึ่งหากบุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่ดี มีประโยชน์แล้ว จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี แต่หากบุคคลเลือกรับประทานอาหารตามใจตนเองโดยไม่ได้คำนึงถึงประโยชน์หรือผลเสียที่อาจตามมาในระยะยาว (สว่างจิต คงภิบาล, 2558)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในการลดระดับคอเลสเตอรอล และส่งเสริมสุขภาพหัวใจด้วยการลดการบริโภคไขมัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งไขมันอิ่มตัว และคอเลสเตอรอล ลดการบริโภคเกลือโซเดียม เพิ่มการบริโภคอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ และธัญพืช (NCEP, 2001)

American Heart Association Nutrition Committee (2006) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การจำกัดอาหารไขมัน คอเลสเตอรอล อาหารจำกัดเกลือโซเดียม การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง (Lichtenstein et al., 2006)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การกระทำที่เป็นเอกลักษณ์ในการเลือกซื้ออาหาร การเตรียมอาหาร และจำนวนความถี่ในการบริโภคอาหาร (Coulston, Boushey , & Ferruzzi, 2013)

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นจึงสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารที่กระทำอย่างต่อเนื่องโดยตั้งใจและเจตนาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ประกอบด้วย การเลือกบริโภคอาหาร การจัดเตรียมอาหาร การปรุงรสอาหาร ตามลักษณะนิสัย หรือความเคยชิน ซึ่งหากบุคคลนั้นปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดี แต่หากบุคคลนั้นมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องเหมาะสมจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพตามมา

2.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมการ บริโภคอาหาร

1) แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ อรุณดา นางแย้ม และคณะ (2550) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Becker (1974) มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ตามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.82

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) โดยข้อคำถามประกอบด้วย การเลือกซื้ออาหาร การประกอบอาหาร สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร และชนิดของอาหารที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมกับโรค ข้อคำถามมีทั้งหมด 30 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติ 5-6 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ และไม่ปฏิบัติเลย แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา 0.96 และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากการนำแบบสอบถามนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.89

3) แบบสอบถามรูปแบบในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวของ ณิชฎกานต์ ช่างเหล็ก (2552) ข้อคำถามประกอบด้วย มีอาหารที่บริโภค ชนิดของอาหารที่บริโภค แหล่งอาหารที่บริโภค ข้อคำถามมีทั้งหมด 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติ 5-6 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ และไม่ปฏิบัติ

4) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านความสามารถตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของ จิตติพร วิชิตงษ์ไชย (2556) ข้อคำถามประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การเลือกซื้ออาหาร สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร และการอ่านฉลากโภชนาการ ข้อ

คำถามมีทั้งหมด 11 ข้อ โดยเป็นคำถามด้านบวก 9 ข้อ และด้านลบ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัติบางครั้ง เกือบจะไม่ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ

5) แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของ จริญญา คมเฉียบ (2556) ซึ่งเป็นเครื่องมือเพื่อประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากแบบสอบถาม The Low Sodium Eating Behaviors Scale ที่พัฒนาจากแนวคิด Common Sense Model of illness Representation framework จำนวน 17 ข้อ มาตรฐานวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับน้อยที่สุดถึงระดับมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.96

6) แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ของ ปารีชาติ คงเสื่อและคณะ (2556) โดยดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Heart Healthy Eating Efficacy (HHESE) ของ Margaret (2003) ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมาจาก The National cholesterol education program (NCEP, 2001) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการจำกัดการรับประทานอาหารไขมัน คอเลสเตอรอล และเกลือ และเพิ่มอาหารพวกกากใย มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด แบบประเมินนี้ถูกนำมาแปลและดัดแปลงเป็นฉบับภาษาไทยโดย ปชาณัฐ์ ต้นติโกสม (2553) คือแบบประเมิน Thai version of Heart Healthy Eating Efficacy (HHESE) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ซึ่งปารีชาติ คงเสื่อ และคณะ (2556) ได้นำมาดัดแปลงใช้ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยปรับจำนวนข้อคำถามเหลือ 12 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วย การเลือกบริโภคอาหาร การจัดเตรียมอาหาร การปรุงรสอาหาร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติสัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง ปฏิบัติสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาที่คลินิกโรคหัวใจจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.70

7) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารไขมันต่ำของ Terry, Oakland, & Ankeny (1991) ข้อคำถามประกอบด้วย การลดปริมาณไขมัน ไขมันอิ่มตัว ข้อคำถามมีทั้งหมด 13 ข้อ ใช้มาตรฐานแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติหลายครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และเกือบจะไม่ปฏิบัติ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 7 คน

8) แบบสอบถาม Eating behavior pattern questionnaire ของ Schlundt, Hargreaves, & Buchowski (2003) เป็นแบบสอบถามในการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารในกลุ่มผู้หญิงชาวแอฟริกันอเมริกันที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารไขมันต่ำ พฤติกรรมการรับประทานขนมขบเคี้ยว วัฒนธรรมการรับประทานอาหาร และการงดเว้นอาหารของกลุ่มตัวอย่าง มีข้อคำถามจำนวน 51 ข้อ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.65

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของ ปารีชาติ คงเสื่อ และคณะ (2556) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันทั้งด้านโรค และเป็นแบบสอบถามที่มีข้อคำถามไม่มากแต่ครอบคลุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สะดวกในการนำไปใช้ และมีความเหมาะสมในการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.7 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือค่าที่อยู่ระหว่าง 0.70-0.80 (DeVellis, 2012)

3. แนวคิดแบบจำลอง PRECEDE PROCEED Model

ในการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลว่ามีสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากปัจจัยอะไรบ้างนั้น มีแนวคิดในการวิเคราะห์ที่อยู่ 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

กลุ่มที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra individual causal assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ หรือความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกบุคคล (Extra individual causal assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง การเศรษฐกิจ การศึกษา การศาสนา องค์ประกอบด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ เป็นต้น

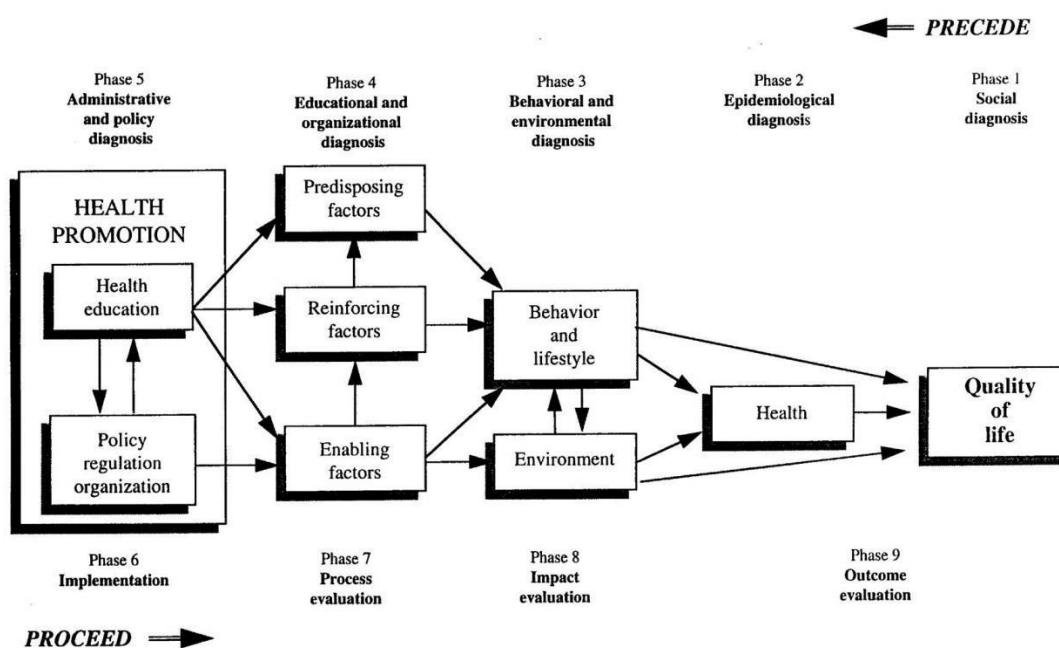
กลุ่มที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple causal assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล โดยกรอบแนวคิดที่ใช้วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย (Multiple causal assumption) คือ PRECEDE Framework ซึ่งในปี 1980 Dr. Lawrence W. Green และคณะได้พัฒนาแบบจำลอง PRECEDE ขึ้นมาใช้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้ในงานวิจัย และประเมินโครงการทางพฤติกรรมศาสตร์ และโครงการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของ

บุคคลเป็นแบบสหปัจจัย (Multiple causal assumption) มีสมมุติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ดังนั้นการดำเนินงานหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายด้านประกอบกัน และจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุต่อพฤติกรรมนั้นๆ ก่อนจึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อมาในปี 1991 Green & Kreuter ได้พัฒนาแบบจำลอง PRECEDE ใหม่ เพราะแบบเดิมนั้นมุ่งวินิจฉัยและประเมินเฉพาะตัวประชากรกลุ่มเสี่ยงหรือผู้รับบริการสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ แต่โดยสภาพความเป็นจริงยังมีปัจจัยอื่นที่ไม่ควรมองข้ามและจะต้องพิจารณาด้วย จึงพัฒนาเป็น PRECEDE-PROCEED เพื่อใช้วินิจฉัยประเมินตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ และการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ มีขั้นตอนการทำงาน 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553)

ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา เรียกว่า PRECEDE เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึง กระบวนการใช้ปัจจัยหลัก หรือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในการวินิจฉัยและประเมินผล การดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในระยะนี้ให้ความสำคัญที่ผลที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพคือ สุขภาพและคุณภาพชีวิตมากกว่าปัจจัยนำเข้า (Input) ขั้นตอนในการวิเคราะห์ของ PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับโดยเริ่มจากปลายเหตุย้อนกลับไปหาต้นเหตุ

ส่วนที่ 2 เป็นระยะของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อนจึงจะวางแผนและนำไปสู่การดำเนินการและประเมินผลได้เรียกว่า PROCEED model เป็นคำย่อมาจาก Policy Regulatory, and Organization Constructs in Education and Environment Development ในระยะนี้ให้ความสนใจในรายละเอียดของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การวางแผน การดำเนินงานและการประเมินผล กระบวนการในการวิเคราะห์ PROCEED Model แบ่งเป็นขั้นตอนต่างๆ 9 ขั้นตอน ดังภาพประกอบที่ 2

The PRECEDE-PROCEED Model



ภาพที่ 2 The PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter, 2005)

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Social Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์ขั้นตอนแรก โดยเริ่มจากคุณภาพชีวิตของบุคคล ของกลุ่มบุคคลหรือของสังคมนั้นๆ ว่าอยู่ในสถานการณ์อย่างไร และมีปัจจัยปัญหาอะไรที่เกี่ยวข้องบ้าง สามารถทำได้โดยการศึกษาถึงความต้องการและความคาดหวังส่วนบุคคล การศึกษาถึงปัญหาสังคมที่เกิดขึ้นสิ่งที่ประเมินได้เป็นเครื่องมือและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนั้น

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์ระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis) ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรคและภาวะสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเกิดการกระจายของโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาช่วยให้สามารถเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพ

ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis) ขั้นนี้ประกอบด้วยกำหนดองค์ประกอบทางด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จากปัจจัยปัญหาด้านสุขภาพที่ได้ในระยะเวลาที่ 1 และ 2 จะนำมาวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุ โดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม นั่นก็คือ องค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล ที่ไม่สามารถควบคุมได้ แต่เป็นสิ่งที่จะช่วยปรับเปลี่ยน สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพและ

คุณภาพชีวิตโดยกระบวนการสุขศึกษาจะให้ความสนใจประเด็นที่เป็นสาเหตุ อันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ

ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์ด้านการศึกษาและองค์กร (Educational and Organizational Diagnosis) เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขภาพ ขั้นนี้เป็น การประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุไว้ในขั้นที่ 3 โดยขั้นนี้แบ่งการวิเคราะห์ปัจจัยเป็น 3 กลุ่มที่มีอิทธิพลในการจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

1) ปัจจัยนำหรือปัจจัยโน้มน้าว (Predisposing factors) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นพื้นฐานและมีอิทธิพลด้านแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยนำ มีปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ ทักษะคิด ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ของบุคคลหรือประชาชน นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดครอบครัว

2) ปัจจัยเสริมแรงหรือปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ถาวร ต่อเนื่องหรือไม่ต่อเนื่อง เพราะมีแรงกระตุ้นจากบุคคลหรือแรงสนับสนุนจากสังคม กลุ่มคน เพื่อเป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับการแสดงพฤติกรรมนั้น และอิทธิพลของบุคคลต่างๆ จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ สิ่งที่บุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติตาม ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น

3) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบที่ช่วยให้พฤติกรรมสุขภาพหรือสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง รวมทั้งลักษณะที่ช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ด้วย และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ช่วยให้พฤติกรรมสุขภาพหรือสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงเป็นไปได้ง่ายขึ้น ได้แก่ ทักษะความสามารถที่จะปฏิบัติ รายได้ กฎหมาย สถานภาพ ความยากง่ายในการเข้าถึง สิ่งอำนวยความสะดวกและทรัพยากรส่วนบุคคล หรือทรัพยากรในชุมชน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้อาจจะเป็นด้านบวก (เสริมให้เกิด) หรือด้านลบ (ขัดขวางการเกิดพฤติกรรม)

ขั้นที่ 5 การวิเคราะห์ด้านการบริหารและนโยบาย (Administrative and Policy Diagnosis) เป็นการประเมินความสามารถของกระบวนการบริหาร และนโยบายการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ เพื่ออธิบายถึงแหล่งทรัพยากรขององค์กรที่ต้องการสร้างแผนงาน และดำเนินงานตามแผนงาน

ขั้นที่ 6 การดำเนินการ (Implementation) เป็นขั้นตอนการดำเนินงานตามที่วางแผนของโครงการ เป็นการดำเนินงานตามกลวิธี วิธีการและกิจกรรม โดยผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้ตามตารางการปฏิบัติกิจกรรม

ขั้นที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ (Process evaluation) เป็นขั้นที่ปรากฏในทุกๆระยะของการดำเนินงาน ประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินโครงการหรือโปรแกรม สุขศึกษา การประเมินผลกระทบของโครงการหรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และการประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล

ขั้นที่ 8 การประเมินผลกระทบ (Impact evaluation) เป็นขั้นที่ปรากฏในทุกๆระยะของการดำเนินงาน เป็นการวัดประสิทธิผลของแผนงานโครงการตามวัตถุประสงค์ระยะสั้นที่ส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ

ขั้นที่ 9 การประเมินผลลัพธ์ (Outcome evaluation) เป็นขั้นที่ปรากฏในทุกๆระยะของการดำเนินงาน ซึ่งต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินผลและตัวชี้วัดไว้อย่างชัดเจน รวมทั้งเกี่ยวข้องกับการประเมินผลระดับต่างๆ ตามความจำเป็นและความเหมาะสม

สรุปได้ว่า แนวคิดแบบจำลอง PRECEDE PROCEED Model มีพื้นฐานแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ดังนั้น การดำเนินงานหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายด้านประกอบกัน และจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อพฤติกรรมนั้นๆ ก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ในขั้นตอนที่ 4 ซึ่งเป็นขั้นตอนการวิเคราะห์ด้านการศึกษาและองค์กร เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุปัจจัยและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งขั้นตอนวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบจำลอง PRECEDE PROCEED Model ของ Green & Kreuter (2005) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) ดังนั้นจึงต้องมีการดำเนินงานหลายด้านร่วมกันในการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) ในการศึกษาครั้งนี้ยังอยู่ในระยะของการวินิจฉัยปัญหา ดังนั้นผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้ในขั้นตอนที่ 4 คือการวิเคราะห์ด้านการศึกษาและองค์กร (Educational and

Organizational Diagnosis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ และจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศร่วมกับการศึกษาตามกรอบแนวคิด PRECEDE PROCEED Model พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังต่อไปนี้

4.1 ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ ความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล (Green & Kreuter, 2005; นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ, 2553) ปัจจัยนำ มีปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ของบุคคล หรือสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา ขนาดครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ดังนี้

4.1.1 เพศ เป็นปัจจัยนำภายในตัวบุคคล หมายถึง เป็นสิ่งบ่งบอกถึงความแตกต่างทางเสรีภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิง อีกทั้งเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว (Orem, 1991) จากการศึกษาของ อรณุช คงเหลียม (2552) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา สุริอาจ, ปรีย์กมล รัชกุล และวนลดา ทองใบ (2557) พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรวมทั้งด้านการรับประทานอาหารของผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิก โดยเพศที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ต่างกัน และการศึกษาของ Rakinaung, Jerayingmongkol, & Sanguanprasit (2015) พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเพศหญิงจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่าเพศชาย

4.1.2 อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่าง ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด เป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะความสามารถในการดูแลตนเอง รวมถึงศักยภาพในการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาของ วิภาวี ปั่นนพศรี (2550) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรในอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี และการศึกษาของ อรณุช คงเหลียม (2552) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ชนิตา สุริอาจ และคณะ (2557) พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรวมทั้งด้านการรับประทานอาหารของผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิก โดยอายุที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ต่างกัน และการศึกษาของ Kang, Yang,

& Kim (2010) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

4.1.3 ดัชนีมวลกาย (Body mass index) เป็นค่าดัชนีความสัมพันธ์ระหว่างส่วนสูงและน้ำหนักตัว โดยคำนวณจากน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วยความสูง (เมตรยกกำลังสอง) (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555) จากการศึกษาของ ทศพร สุดเสนาหา (2556) พบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง และการศึกษาของ Hausman, Johnson, Davey, & Poon (2011) พบว่าดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคอ้วน โดยผู้ที่มีดัชนีมวลกายมาก ($BMI \geq 25$ กิโลกรัม/เมตร² ซึ่งถือว่าอยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน หรือภาวะอ้วน) จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผัก ผลไม้ น้อย

4.1.4 ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงหรือมีความรู้ จะทำให้ง่ายต่อการนำข้อมูลหรือนำแนวทางการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การเข้าถึงข้อมูล การเลือกปฏิบัติ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ซึ่งรวมถึงการแก้ปัญหาในการรับประทานอาหาร ความเข้าใจในสุขภาพอนามัย การแก้ปัญหาภาวะสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ (ปาริชาติ คงเสื่อ และคณะ, 2556) จากการศึกษาของ อรุณช คงเหลียม (2552) พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการศึกษาของ Kang et al. (2010) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

4.1.5 ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลจะพัฒนาตามระยะเวลา ประสบการณ์และการเรียนรู้ที่ได้ฝึกฝนมานานในชีวิต จากการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม และคณะ (2550) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาของ ชนิตา สุริอาจ และคณะ (2557) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรวมทั้งด้านการรับประทานอาหารของผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิก โดยระยะเวลาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่างกัน

4.1.6 การรับรู้ประโยชน์ การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดย่อมขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ โดยการที่บุคคลรับรู้ประโยชน์ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล (Pender, 1996) จากการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม และคณะ (2550) พบว่าการรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ

(2552) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ จริญญา คมเฉียบ (2556) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ มจรุส บุญแสน, ทวีศักดิ์ กสิผล และวนิดา ตูรงค์ฤทธิชัย (2557) พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกำลังพลที่มีภาวะอ้วนลงพุง

4.1.7 การรับรู้อุปสรรค คือการที่บุคคลคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่มีผลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติและการลงมือปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคจะเป็นแรงผลักดันทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อบุคคลขาดความพร้อมและรับรู้อุปสรรคมากก็ยากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลมีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคน้อย บุคคลก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มากขึ้นด้วย (Pender, 1996) ดังการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม และคณะ (2550) พบว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของ จริญญา คมเฉียบ (2556) พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.1.8 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือการที่บุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อมีอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านบวกก็จะยิ่งรับรู้สมรรถนะมากขึ้น (Pender, 1996) จากการศึกษาของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ จริญญา คมเฉียบ (2556) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Kang et al. (2010) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยนำบางตัวมาศึกษา ได้แก่ ความรู้ และทัศนคติ เนื่องจากเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด ดังนี้

4.1.9 ความรู้ (Knowledge) เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม และความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้

4.1.9.1 ความหมายของความรู้ จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ให้ความหมายของความรู้ ไว้ดังนี้

ความรู้ หมายถึง เป็นสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือ ประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

ความรู้ หมายถึง การตีความ และประมวลความรู้ที่อยู่รอบตัว ซึ่งความรู้จะเกี่ยวข้องกับปัจจัยบางตัว เช่น การเรียนรู้ ประสบการณ์ แรงจูงใจ อารมณ์ เป็นต้น (วิภาวี ปันนพศรี, 2550)

ความรู้ หมายถึง มวลประสบการณ์ที่บุคคลได้ศึกษาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปรากฏการณ์ และรายละเอียดต่างๆ โดยผ่านการรวบรวมและสะสมไว้เพื่อทำประโยชน์ และยังหมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงเฉพาะเรื่องหรือเรื่องทั่วไป เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆ รวมถึงการพัฒนาความสามารถทักษะทางสติปัญญา ซึ่งเริ่มจากระดับความรู้ง่ายๆ และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญาขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับขั้น (ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก, 2552)

ความรู้ คือ ความเข้าใจในเรื่องบางเรื่อง หรือบางสิ่ง ซึ่งอาจรวมไปถึงความสามารถในการนำสิ่งนั้นไปใช้เพื่อเป้าหมายบางประการ ดังนั้น การที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีนั้น จะต้องมีความรู้ในเรื่องของอาหารด้วย เพื่อที่จะได้รู้ถึงผลที่จะได้รับจากการบริโภคอาหาร ซึ่งการมีความรู้มากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับการศึกษา ค้นคว้า ความสนใจ รวมทั้งความเชื่อ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (เบญจมาศ คำดา, 2552)

ความรู้ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง หลักการ จากการศึกษา ค้นคว้า หรือจากการถ่ายทอดจากบุคคลอื่นอย่างมีเหตุผล ซึ่งทำให้บุคคลมีความเข้าใจหรือรับทราบข้อเท็จจริง อธิบาย แปลความหมาย เปรียบเทียบ และตัดสินใจที่แตกต่างกัน (กันยารัตน์ อุษสกุล และชนกพร จิตปัญญา, 2555)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความรู้เรื่องอาหาร หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าใจข้อเท็จจริงและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้เรียนรู้จากการศึกษา ค้นคว้า การสังเกต รวมถึงประสบการณ์การได้ยินได้ฟังทั้งทางตรงและทางอ้อม เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ประกอบด้วย ประเภทอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ประเภทอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง สารอาหาร คุณค่าทางโภชนาการ ประโยชน์ของการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และโทษที่เกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

4.1.9.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความรู้เรื่องอาหาร จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีแบบประเมินความรู้เรื่องอาหารที่ใช้ในวัยผู้ใหญ่และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค (อรุณลดา นางแย้ม, อารมณ์ ดินาน, และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2550) ข้อคำถามประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรค ได้แก่ อาหารประเภทไขมัน คาร์โบไฮเดรต และอาหารที่มีโซเดียมสูง ซึ่งมีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำตอบ มีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ ถูก ผิด ไม่แน่ใจ แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากการนำแบบวัดความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-21 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.76

2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวของ ญัฐกานต์ ช่างเหล็ก (2552) โดยมีข้อคำถาม 18 ข้อ ลักษณะคำตอบมีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากการนำแบบวัดความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร จำนวน 20 ข้อไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้วิธีของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71

3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ ของ เบญจมาศ คำดา (2552) เป็นการวัดความรู้เพื่อสุขภาพ โดยการออกข้อสอบแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ (Multiple choice) มี 4 ตัวเลือก มีข้อคำถาม 15 ข้อ โดยกำหนดว่าตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากการนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.40

4) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยก่อนและหลังทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวของ จิตติพร วิจิตรงไชย (2556) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบ มีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และนำแบบวัดความรู้ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญไปทำการทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 5 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้วิธีของคูเดอร์-

ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82

5) แบบสอบถามความรู้เรื่องพฤติกรรมมารับประทานอาหารเบาหวานของ Putra et al. (2015) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องอาหารเบาหวาน มีข้อคำถาม 18 ข้อ ลักษณะคำตอบมีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และนำแบบสอบถามความรู้ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.61

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความรู้เรื่องอาหาร ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวของ ญัฐกานต์ ช่างเหล็ก (2552) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สามารถใช้วัดความรู้เรื่องอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ และได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

4.1.9.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องอาหารและพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ความรู้เรื่องอาหาร มีผลต่อการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังการศึกษาของ Hardin-Fanning (2013) พบว่า อุปสรรคที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คือการที่ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโภชนาการ และการศึกษาของ Heydari, Ziaee, & Gazrani (2015) พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับการยึดมั่นต่อการรักษาด้านการรับประทานยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32, p < .001$) นอกจากนี้มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม และคณะ (2550) พบว่าความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .368$) และสามารถทำนายพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ($Beta = .196, p < .01$) และการศึกษาของ จริญญา คมเฉียบ (2556) ศึกษาพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .425$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Primanda et al. (2011) ศึกษาพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมืองยอกยาคาร์ตา เกาะชวา ประเทศอินโดนีเซีย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องอาหารเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, p < .01$)

4.1.10 ทักษะ เป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ และอื่นๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออก ที่บ่งบอกสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสีย

4.1.10.1 ความหมายของทักษะ จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ให้ความหมายของทักษะ ไว้ดังนี้

ทักษะ หมายถึง ความรู้สึกและความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งของ บุคคล หรือสถานการณ์ใดๆ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตอบสนองในทิศทางที่พอใจต่อสถานการณ์ต่างๆ (ปฐญาภรณ์ ลาคุณ, นภาพร มัชฌิมานุกร และอนันต์ มาลารัตน์, 2554)

ทักษะ หรือเจตคติ มีแนวคิดหลัก 2 ประการ คือ

- 1) เจตคติเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ ก่อนข้างจะคงที่
- 2) โครงสร้างเฉพาะของเจตคติ คือ การประเมินสิ่งต่างๆ ใน 2 มิติ คือ ดีและไม่ดี (Green & Kreuter, 2005)

ทักษะ หมายถึง สิ่งที่บุคคลแสดงออกถึงความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ เป็นเอกลักษณ์ที่มาจากภายในจิตใจของบุคคล (Eagly & Chaiken, 1993)

ทักษะ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในเรื่องต่างๆ ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้จนกลายเป็นความเชื่อของคน ซึ่งมีทั้งทางลบ และทางบวก โดยจะเห็นได้จากพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกมา (เบญจมาศ คำตา, 2552)

ทักษะ ประกอบด้วย ด้านความคิดหรือความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งเป็นส่วนประกอบขั้นพื้นฐานของทักษะ และส่วนประกอบนี้จะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความรู้สึกของบุคคล อาจออกมาในรูปแบบแตกต่างกันทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการเรียนรู้ (กรวิทย์ ทรัพย์ประเสริฐวิทย์, 2557)

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น จึงสรุปได้ว่า ทักษะต่ออาหาร หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความพึงพอใจ ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีต่ออาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านรสชาติของอาหาร ด้านชนิดของอาหาร และด้านประโยชน์ของอาหาร

4.1.10.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินทักษะต่ออาหาร จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีแบบประเมินทักษะต่ออาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

- 1) แบบสอบถามทักษะในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ (2552) มีข้อคำถาม 14 ข้อ เป็นคำถามทางบวก 13 ข้อ คำถามทางลบ 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

จากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.70

2) แบบวัดทัศนคติในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ของ เบญจมาศ คำดา (2552) มีข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำตอบใช้รูปแบบ Likert scale คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.37

3) แบบสอบถามทัศนคติในการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยก่อนและหลัง ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ของจิตติพร วิชิตธงไชย (2556) มีข้อคำถาม 16 ข้อ เป็นคำถามทางบวก 13 ข้อ คำถามทางลบ 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก ไม่แน่ใจ เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และนำแบบสอบถามทัศนคติที่ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญนำไปทำการทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 5 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.74

4) แบบสอบถามทัศนคติในการบริโภคอาหารไขมันต่ำของ Terry et al. (1991) ข้อคำถาม 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 7 คน และนำแบบสอบถามทัศนคติที่ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญนำไปทำการทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.81

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดทัศนคติต่ออาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามทัศนคติในการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของ จิตติพร วิชิตธงไชย (2556) เนื่องจากลักษณะของคำถามมีความเหมาะสมกับการนำมาประเมินทัศนคติต่ออาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.74 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

4.1.10.3 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่ออาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ทัศนคติเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ถ้าผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่ออาหาร จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีทัศนคติที่ไม่ดีต่ออาหารก็จะส่งผลให้

ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ดังการศึกษาของ Terry et al. (1991) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจเพศชาย ผลการศึกษาพบว่า ทักษะคิดต่ออาหารไขมันต่ำมีความสัมพันธ์กับการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .444, p < .01$) และการศึกษาของ Koikkalainen et al. (1996) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีทัศนคติที่ไม่ดีต่ออาหารเฉพาะโรคถึงร้อยละ 48 ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคได้ และการศึกษาของ Hardin-Fanning (2013) พบว่าทัศนคติของครอบครัวต่อการรับประทานอาหาร เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การศึกษาของ Psouni, Chasandra, & Theodorakis (2016) พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในประชากรที่เป็นโรคอ้วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .35$) และทัศนคติสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพได้ ($\text{Beta} = .10, p < .01$)

4.2 ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่สะท้อนให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นได้รับแรงสนับสนุนหรือแรงกระตุ้นหรือไม่เพียงใด ส่วนใหญ่เป็นลักษณะของการกระตุ้นเตือน ชมเชย การเอาเป็นแบบอย่าง การลงโทษ การตำหนิติเตียน เป็นต้น ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริม จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง อาจเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในเรื่องนั้นๆ เช่น เพื่อน ครู อาจารย์ หรือบุคคลในครอบครัว แพทย์พยาบาล เป็นต้น (Green & Kreuter, 2005; นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว และเลือกปัจจัยที่มีการศึกษาค่อนข้างน้อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งในและต่างประเทศมาศึกษา ได้แก่ การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง ดังนี้

4.2.1 การสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากบุคคลใกล้ชิดสนิทสนมที่อยู่ในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

4.2.1.1 ความหมายของการสนับสนุนจากครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนจากครอบครัว ไว้ดังนี้

การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ทั้งทางด้านทรัพยากร ด้านอารมณ์ รวมทั้งข้อมูลข่าวสารต่างๆ จากสมาชิกในครอบครัว การให้กำลังใจของสมาชิกในครอบครัว (อัครสรา สถาพรวงษา และกัญญาดา ประจุกสิลา, 2553)

การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ทั้งด้านกำลังใจ การกระตุ้นเตือน และการโน้มน้าวในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ, 2552)

การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่ผู้ป่วยติดต่อสัมพันธ์ด้วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม (ณรงค์กร ชัยวงศ์, สุภาภรณ์ ด้วงแพง และเขมาชาติ มาสิงบุญ, 2557)

การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การได้รับการกระตุ้นจากบุคคลในครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ดีขึ้น ได้แก่ การกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การให้ข้อมูลเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรค การบอกแหล่งของอาหารเฉพาะโรค (Putra et al., 2015)

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น จึงสรุปได้ว่า การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการช่วยเหลือ การดูแลเอาใจใส่ ในด้านต่างๆ จากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน และญาติ ในการสนับสนุนผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค ประกอบด้วย การได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ และด้านการประเมินค่า ในการเลือกซื้ออาหาร การเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน การจัดเตรียมอาหาร และการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

4.2.1.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีแบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวที่ใช้ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ของ พิกุล ดินามาส และคณะ (2551) ซึ่งข้อคำถามเป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ จากสมาชิกในครอบครัว ในการเป็นผู้ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีข้อคำถาม 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงส่วนใหญ่ เป็นจริงเล็กน้อย ไม่เป็นจริง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน นำไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ค่าที่ได้คือ 0.98 ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.84

2) แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร ของ ภูษณิศา ไพโรจน์ (2551) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) เนื่องจากเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ จากสมาชิกในครอบครัว ในการเป็นผู้ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เป็นคำถามทางบวก 16 ข้อ คำถามทางลบ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงส่วนใหญ่ เป็นจริงเล็กน้อย ไม่เป็นจริง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน นำไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.80

3) แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ของ Schmied, Parada, Horton, Madanat, & Ayala (2013) ซึ่งดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ในการเลือกซื้อ ผัก ผลไม้ อาหารกากใย ของ Baranowski et al. (2006) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ไปจนถึง ปฏิบัติบ่อยที่สุด แบบทดสอบนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75

4) แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว ของ Putra et al. (2015) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับตั้งแต่ 0-5 ดังนี้ ไม่เคย น้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน 2 ครั้งต่อเดือน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หลายครั้งต่อสัปดาห์ และอย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน แบบสอบถามนี้ได้นำไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.97

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ในการควบคุมอาหารของ ภูษณิศา ไพโรจน์ (2551) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ จากสมาชิกในครอบครัว ในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ข้อคำถามสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

4.2.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากการที่สมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือ

สนใจ ดูแลเอาใจใส่ด้านการเลือกซื้อ จัดเตรียมประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคให้แก่ผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมได้ ดังการศึกษาของ มาลิน มาลาอี (2549) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มที่ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) พบว่าการสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .255, p < .01$) และการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ($Beta = .149, p < .05$) นอกจากนี้มีการศึกษาของ Leong et al. (2004) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยึดมั่นในคำแนะนำด้านสุขภาพหลังจากการเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ การที่สมาชิกในครอบครัวโน้มน้าวผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถอธิบายความแปรปรวนในการยึดมั่นต่อการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 37.5 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Han, Lee, & Kim (2007) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ($Beta = .253$)

4.2.2 การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง การสนับสนุนความมีอิสระในตนเองของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

4.2.2.1 ความหมายของการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง ไว้ดังนี้

การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง หมายถึง ระดับความรู้สึกรู้สึกของบุคคลในการรับรู้ถึงแรงจูงใจหรือบรรยากาศจูงใจจากคนรอบข้าง อาทิเช่น จากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งถือว่าเป็นผู้มีส่วนในการสนับสนุนการเรียนรู้ ให้กำลังใจ ให้ความสนใจและใส่ใจ โดยให้โอกาสหรือทางเลือกในการเริ่มต้นกิจกรรม และให้ปฏิบัติกิจกรรมตามระดับความสามารถของตนเอง คอยสนับสนุนหรือให้คำแนะนำเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาหรือปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างมีอิสระ รวมทั้งการให้เหตุผลในการกระทำ ไม่ใช่คำพูดที่มีความกดดันหรือการออกคำสั่ง โดยใช้การสื่อสารหรือภาษาที่ใช้ในการให้ข้อมูลหรือข้อมูลย้อนกลับทางบวก (ณัฐศิษฐ์ สุวรรณวัฒน์, 2557)

การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนหรือส่งเสริมในการปฏิบัติกิจกรรมจากคนรอบข้าง อาทิเช่น จากบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีความสำคัญตามสภาพแวดล้อมทางสังคมในการปฏิบัติกิจกรรมจากความสามารถของบุคคลในการ

เริ่มต้นด้วยตนเองอย่างอิสระ ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยความมีอิสระ ทำให้มีอิทธิพลไปถึงทัศนคติ ความตั้งใจ พฤติกรรม ความคิด และความรู้สึกของบุคคล (Ryan & Deci, 2000)

การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยในการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคคลสำคัญของผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คือ บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ประกอบไปด้วย การให้ทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการรักษา การให้เหตุผลที่ชัดเจนในการรักษา การสนับสนุนความคิดริเริ่มของผู้ป่วย การกระตุ้นและพิจารณามุมมองของผู้ป่วย และลดการควบคุมและการตัดสินในตัวผู้ป่วย (Schmidt et al., 2012)

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการสนับสนุนหรือส่งเสริมในการปฏิบัติกิจกรรมจากคนรอบข้าง อาทิ จากบุคลากรทางการแพทย์ ในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคด้วยตนเองอย่างอิสระ ประกอบไปด้วย การให้ทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการรักษา การให้เหตุผลที่ชัดเจนในการรักษา การสนับสนุนความคิดริเริ่มของผู้ป่วย การกระตุ้นและพิจารณามุมมองของผู้ป่วย และลดการควบคุมและการตัดสินในตัวผู้ป่วย ในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค

4.2.2.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีแบบประเมินการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนต่อการปรับพฤติกรรม ดังนี้

1) แบบประเมิน The Important Other Climate Questionnaire (IOCQ) ของ Williams et al. (2006) เป็นแบบประเมินการรับรู้ความมีอิสระในตนเองจากคู่สมรสต่อพฤติกรรมลดน้ำหนัก ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 14 ข้อ ข้อคำถามทางลบ 1 ข้อ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 15-105 คะแนน มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือ ไม่จริงเลย จริงบ้าง ไปจนถึงจริงมาก แบบสอบถามนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88

2) แบบประเมิน The perceived autonomy support scale for exercise settings (PASSES) ของ Hagger et al. (2007) เป็นแบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนความมีอิสระในตนเองในการออกกำลังกายจากกลุ่มคนที่ออกกำลังกายใน 3 ประเทศ ได้แก่ อังกฤษ เอสโตเนียและฮังการี เพื่อใช้ในการศึกษาแบบข้ามวัฒนธรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 แหล่งของการได้รับการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง คือ ครูพลศึกษา ผู้ปกครอง และเพื่อน ประกอบด้วยข้อคำถาม

12 ข้อ มาตรฐานวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3) แบบประเมิน The Health Care Climate Questionnaire (HCCQ) ของ Schmidt et al. (2012) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ ในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองอย่างเป็นอิสระ ประกอบไปด้วย การให้ทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการรักษา การให้เหตุผลที่ชัดเจนในการรักษา การสนับสนุนความคิดริเริ่มของผู้ป่วย การกระตุ้นและพิจารณามุมมองของผู้ป่วย และลดการควบคุมและการตัดสินใจในตัวผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ถ้าคะแนนการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์สูง ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพสูงตามไปด้วย แบบประเมินนี้มีข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 14 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ใช้มาตรฐานวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.97

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมิน The Health Care Climate Questionnaire (HCCQ) ของ Schmidt et al. (2012) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการดูแลและปฏิบัติกิจกรรมทางสุขภาพของตนเองอย่างอิสระ มีข้อคำถาม 15 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการให้ทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการรักษา การให้เหตุผลที่ชัดเจนในการรักษา การสนับสนุนความคิดริเริ่มของผู้ป่วย การกระตุ้นและพิจารณามุมมองของผู้ป่วย และลดการควบคุมและการตัดสินใจในตัวผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ เหมาะสมในการนำมาวัดการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากบุคลากรทางการแพทย์ในการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค แบบประเมินนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคสูงเท่ากับ 0.97 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

4.2.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การสนับสนุนความมีอิสระในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากบุคคลเหล่านี้เป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยในเรื่องสุขภาพ การได้รับแรงจูงใจจากบุคคลเหล่านี้จะเป็นแรงกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและถาวรต่อไป จากการศึกษาพบว่า ถ้าคะแนนการสนับสนุนความมีอิสระใน

ตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์สูง ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพสูงตามไปด้วย (Schmidt et al., 2012) ดึงการศึกษาของ Park et al. (2017) พบว่าการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถทำนายการกำเริบซ้ำของโรคได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ต่ำ จะเกิดการกำเริบซ้ำของโรคเป็น 3.91 เท่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์สูง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น การศึกษาของ Koponen et al. (2015) พบว่าการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .001$) และการศึกษาของ Miežienė et al. (2015) พบว่าการได้รับการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = .363, p < .001$)

4.3 ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น (Green & Kreuter, 2005; นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ, 2553) เป็นคุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ และสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล รวมทั้งทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ได้แก่ ทักษะความสามารถที่จะปฏิบัติตามกฎหมาย สถานภาพ ความยากง่ายในการเข้าถึง ความเพียงพอ หรือการหาได้ง่าย สิ่งอำนวยความสะดวก และทรัพยากรส่วนบุคคล หรือทรัพยากรในชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และเป็นปัจจัยที่มีการศึกษาค่อนข้างน้อยทั้งในและต่างประเทศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร

4.3.1 การเข้าถึงแหล่งอาหาร การมีทรัพยากรที่เพียงพอ มีความสะดวกในการใช้ทรัพยากร จะช่วยให้บุคคลมีการแสดงพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปได้ง่ายขึ้น

4.3.1.1 ความหมายของการเข้าถึงแหล่งอาหาร จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีผู้ให้ความหมายของการเข้าถึงแหล่งอาหาร ไว้ดังนี้

การเข้าถึงแหล่งอาหาร หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะได้รับอาหาร การมีตลาด หรือร้านค้าในชุมชน รวมถึงความสามารถในการหาอาหาร หรือการได้รับอาหารด้วยตัวเอง (กษมา แสนใจธรรม, 2549)

การเข้าถึงแหล่งอาหาร หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแสดงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (ทวิศิลป์ ศรีอักษร, 2551)

การเข้าถึงแหล่งอาหาร หมายถึง สิทธิของประชาชนทุกคนในการเข้าถึงทรัพยากรอาหารตามความสามารถของบุคคลเพื่อให้ได้มาซึ่งอาหารที่เพียงพอ (จอมขวัญ ชุมชาติ, 2558)

การเข้าถึงแหล่งอาหาร หมายถึง การมีทรัพยากรที่พอเพียงของบุคคลเพื่อให้ได้มาซึ่งอาหารที่เหมาะสมและมีโภชนาการ ทรัพยากรดังกล่าวหมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะกำหนดควบคุมกลุ่มสินค้าหนึ่งๆ ได้ภายใต้บริบททางกฎหมาย การเมือง เศรษฐกิจ และสังคมของชุมชนที่บุคคลอาศัยอยู่ รวมถึงสิทธิตามประเพณี เช่น การเข้าถึงทรัพยากรส่วนรวมของชุมชน (FAO, 1996)

การเข้าถึงแหล่งอาหาร หมายถึง การที่บุคคลมีรายได้หรือมีแหล่งทรัพยากรที่เพียงพอเพื่อซื้อหรือแลกเปลี่ยนเพื่อให้มาซึ่งอาหารหรือสารอาหารที่จำเป็นอย่างเพียงพอเพื่อให้บุคคลมีการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม (Sakyi, 2012)

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น จึงสรุปได้ว่า การเข้าถึงแหล่งอาหาร หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแหล่งอาหารเฉพาะโรค คือ อาหารไขมันต่ำ อาหารกากใยสูง ได้แก่ ผัก ผลไม้ ที่หาได้ง่าย และเพียงพอ ประกอบไปด้วย ความเพียงพอของอาหาร การหาได้ง่ายของอาหาร และแหล่งที่ตั้งของอาหาร

4.3.1.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินการเข้าถึงแหล่งอาหาร จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีแบบประเมินการเข้าถึงแหล่งอาหารในกลุ่มต่างๆ ดังนี้

1) แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหาร ของ กษมา แสนใจธรรม (2549) ซึ่งมีเนื้อหาในข้อคำถามที่ครอบคลุมความสามารถในการเข้าถึงแหล่งอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครื่องมือนี้ได้พัฒนามาจากกรอบแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE PROCEED Model ของ Green & Kreuter และมีความน่าเชื่อถือของเครื่องมือโดยได้ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75

2) แบบวัดปัจจัยเอื้อ ของ ทวิศิลป์ ศรีอักษร (2551) เป็นแบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหารและสื่อโฆษณาที่มีผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะคำตอบ มีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ โดย ใช่ ให้ 1 คะแนน ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.816

3) แบบวัดการรับรู้สภาพแวดล้อมทางโภชนาการ The Perceived Nutrition Environment Measures Survey ของ Green & Glanz (2015) ใช้ประเมินการเข้าถึงแหล่งของอาหารที่ดีต่อสุขภาพและอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งเชื่อว่ามามีอิทธิพลต่อการเลือกบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีข้อคำถาม 58 ข้อ แสดงถึงการรับรู้สภาพแวดล้อมด้านโภชนาการ 3 ประเภท คือ 1) สภาพแวดล้อมทางโภชนาการชุมชน ประกอบด้วย ชนิด แหล่งที่ตั้ง การเข้าถึง ร้านค้าและร้านอาหารทั่วไป มีข้อคำถาม 6 ข้อ 2) สภาพแวดล้อมทางโภชนาการผู้บริโภค ประกอบด้วย ความเพียงพอของอาหารเพื่อสุขภาพ (ได้แก่ อาหารไขมันต่ำ ผัก และผลไม้) ราคา การส่งเสริม และข้อมูลโภชนาการ ภายในร้านค้าหรือร้านอาหาร มีข้อคำถาม 24 ข้อ 3) สภาพแวดล้อมอาหารที่บ้าน ประกอบด้วย ด้านความเพียงพอและด้านการเข้าถึงอาหารที่ดีและไม่ดีต่อสุขภาพที่อยู่ภายในบ้านเท่านั้น มีข้อคำถาม 28 ข้อ ซึ่งในการประเมินการเข้าถึงแหล่งอาหาร อยู่ในประเภทที่ 2) สภาพแวดล้อมทางโภชนาการผู้บริโภค ด้านความเพียงพอของอาหารที่ดีต่อสุขภาพ คืออาหารไขมันต่ำ อาหารกากใยสูง ได้แก่ ผัก ผลไม้ ประกอบด้วย ความเพียงพอ การหาได้ง่าย และแหล่งที่ตั้ง มีข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94

4) แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหาร ของ Dibsall, Lambert, Bobbin, & Frewer (2003) เป็นแบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภค ผัก และผลไม้ ของผู้มีรายได้ต่ำ ประกอบด้วย ด้านระยะทาง สถานที่ ความสะดวก ความเพียงพอของการเข้าถึงผัก ผลไม้สดที่ดีต่อสุขภาพ มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82

5) แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหาร Questionnaire items for assessing perceived food environment in a French-Canadian population ของ Carbonneau, Robitaille, Lamarche, Corneau, & Lemieux (2017) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งอาหารเพื่อสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งอาหารฟาสต์ฟู้ด ประกอบด้วย ด้านสิ่งแวดล้อม สถานที่ ระยะทาง ราคา ลักษณะคำตอบใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คือ ไม่มีคำตอบ (NA) เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหาร The Perceived Nutrition Environment Measures Survey ของ Green & Glanz (2015) โดยผู้วิจัยเลือกมาเพียงบางหัวข้อของแบบสอบถาม คือ หัวข้อที่ 2) สภาพแวดล้อมทางโภชนาการผู้บริโภค ด้านความเพียงพอของอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (คือ อาหารไขมันต่ำ อาหารกากใยสูง ได้แก่ ผัก ผลไม้) ประกอบด้วย ความเพียงพอ การหาได้ง่าย และแหล่งที่ตั้ง ซึ่งเป็นการประเมินการเข้าถึงแหล่งอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเชื่อว่ามามีอิทธิพลต่อการเลือกบริโภคอาหารและพฤติกรรมการ

บริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงเหมาะสมในการนำมาประเมินการเข้าถึงแหล่งอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินการเข้าถึงแหล่งอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งคล้ายคลึงกับอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ และข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยามเชิงปฏิบัติการ แบบสอบถามนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคสูงเท่ากับ 0.94 และอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

4.3.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงแหล่งอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การเข้าถึงแหล่งอาหาร เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากการเข้าถึงหรือความสะดวกในการหาอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้มาก จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ง่ายตามไปด้วย แต่ถ้าผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งอาหารที่เหมาะสมได้น้อย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเป็นไปได้ยากขึ้นด้วย ดังการศึกษาของ Hardin-Fanning (2013) พบว่าข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งอาหาร เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งอาหารจะเป็นอุปสรรคและจะทำให้การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเป็นไปได้ยากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการเข้าถึงแหล่งอาหารในวัยผู้ใหญ่ เช่น การศึกษาของ พัสณี ธีระกุลพทุทธ์, สุขุมภรณ์ ศรีวิศิษฐ์ และนงนารถ สุขลิ้ม (2558) ที่ศึกษาพบว่า ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งอาหารมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของครัวเรือน ในตำบลบางหมาก อำเภอกันตัง จังหวัดตรังได้ ($Beta = .137, p < .05$) และการศึกษาของ Kristal, Bowen, Curry, Shattuck & Henry (1990) พบว่าการหาได้ง่ายของแหล่งอาหารไขมันต่ำมีความสัมพันธ์กับการเลือกบริโภคอาหารไขมันต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .34$)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แต่ปัจจัยเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลเท่านั้น เช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้คัดสรรปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศร่วมกับการศึกษาตามกรอบแนวคิด PRECEDE PROCEED Model โดยเป็นปัจจัยที่ครอบคลุมทั้งด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม สังคม และอื่นๆ ประกอบด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด และเป็นประโยชน์ทางการพยาบาลกับผู้ป่วยมากที่สุด รวมทั้งคัดเลือกปัจจัยที่มีการศึกษาค่อนข้างน้อยแต่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารมาศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งประกอบไปด้วย

ปัจจัยนำ	ได้แก่	ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะติดต่ออาหาร
ปัจจัยเสริม	ได้แก่	การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง
ปัจจัยเอื้อ	ได้แก่	การเข้าถึงแหล่งอาหาร

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศร่วมกับการศึกษาตามกรอบแนวคิด PRECEDE PROCEED Model พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลายปัจจัย โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะติดต่ออาหาร ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว รวมทั้งได้เลือกปัจจัยที่มีการศึกษาค่อนข้างน้อยทั้งในประเทศและต่างประเทศมาศึกษา ได้แก่ ปัจจัยเสริม คือ การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงแหล่งอาหาร โดยปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีบทบาทและมีผลต่อการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำกระบวนการวิเคราะห์ในกรอบแนวคิด PRECEDE PROCEED Model ที่สามารถวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมได้ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ทำให้การกำหนดวิธีการแก้ไขจึงสามารถกำหนดได้ครอบคลุมปัจจัยสาเหตุทั้งหมดซึ่งมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และไม่ใช่เป็นเพียงการเน้นให้ความรู้เพื่อแก้ไขเฉพาะปัจจัยนำที่เคยทำในอดีต แต่ยังให้ความสนใจในการฝึกทักษะ การจัดสภาพแวดล้อม และทรัพยากรที่เอื้อต่อการปฏิบัติ รวมทั้งจัดให้มีปัจจัยเสริมที่ช่วยสนับสนุนและกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปฏิบัติ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรค

5. บทบาทของพยาบาลในการ สนับสนุนและให้ความรู้กับการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจในปัจจุบันมีหลายวิธี ทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพที่เป็น แต่อย่างไรก็ตามในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจ พยาบาลควรเน้นให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิต โดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดการกลับมาเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่สำคัญ และมีบทบาทอย่างมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของโรค มีหน้าที่ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั้งในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ

จัดการพฤติกรรมเสี่ยง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการสนับสนุน และให้ความรู้กับการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลตนเองในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค ตามกรอบแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม ประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมดังต่อไปนี้ (Orem, 1991)

5.1 บทบาทด้านการสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ หมายถึง กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม โดยเน้นเป็นการให้ความรู้เรื่องอาหาร เช่น โปรแกรมด้านการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยกิจกรรมเป็นการสอนรายกลุ่ม การเข้ากลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ เป็นการให้ความรู้ และแจกสมุดคู่มือที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การเลือกรับประทานอาหารของผู้ป่วย การปฏิบัติการดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร เพื่อเป็นการให้ข้อมูลทางสุขภาพกับกลุ่มผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความริเริ่มตั้งใจ เห็นคุณค่าการปฏิบัติการดูแลตนเอง รวมถึงการจัดลำดับความสำคัญในการดูแลตนเอง และประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้ อีกทั้งแจกสมุดบันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละวัน พร้อมการบันทึกปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับปฏิบัติการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารที่บ้านของผู้ป่วย มีการประเมินผลภายหลังการสอน และนัดหมายการพบกลุ่มครั้งต่อไปเพื่อติดตามผล (ปาริชาติ คงเสื่อ และคณะ, 2556)

5.2 บทบาทด้านการชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้ เป็นการให้ข้อมูลเพื่อชี้แนะแนวทางการช่วยเหลือให้ผู้ป่วย โดยการชี้แนะวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย การรู้จักสังเกตอาการผิดปกติ อาการที่แสดงถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ สิ่งสมควรหลีกเลี่ยง บอกแหล่งประโยชน์ในการแสวงหาความรู้การดูแลตนเองในโรคหลอดเลือดหัวใจ การมาตรวจตามนัด และมีการประเมินผลการเรียนรู้เป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและยั่งยืน รวมทั้งมีการเสนอแนะข้อคิดเห็นและวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพพร้อมกัน

5.3 บทบาทด้านการสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายาม และป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว ได้แก่ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ให้ความช่วยเหลือ รับฟังปัญหาต่างๆ โดยการพูดคุยปัญหาที่เกิดขึ้น สนับสนุนให้เล่าประสบการณ์ในการปฏิบัติ

หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร รวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักโภชนาการ นักกำหนดอาหาร เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีกำลังใจ ในการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค

5.4 บทบาทด้านการสร้างสิ่งแวดล้อม พยาบาลควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และเอื้อต่อการเรียนรู้ โดยการจัดให้มีสื่อประกอบการสอน เช่น คู่มือการสอน และภาพพลิกประกอบการสอนทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาได้ง่าย รวมถึงให้คู่มือการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองตลอดเวลา มีการจัดการให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจ และผ่อนคลาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้นอยากที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค

สรุปได้ว่า บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนและให้ความรู้กับการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ 1) การสอนและเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมกับโรค 2) การชี้แนะโดยการใช้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติได้ ภายใต้การแนะนำของพยาบาล 3) การสนับสนุน โดยการให้กำลังใจ แสดงความเข้าใจ และเอาใจใส่ รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย แสดงความชื่นชมอย่างจริงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในความสามารถของตนเอง ชักถามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และ 4) การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กษมา แสนใจธรรม (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r = .466, p < .001$) และความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ($r = .144, p = .029$) และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน อายุ และการเข้าถึงแหล่งอาหาร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารได้ ร้อยละ 28.6

มาลิน มาลาอี (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาด

เลือด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มที่ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

วิภาวี ปั่นนพศรี (2550) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรในอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือทัศนคติด้านสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพ ($r = .315, .355$ และ $.410$ ตามลำดับ)

อรุณลดา นางแย้ม และคณะ (2550) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 198 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค ($r = .288$) ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค ($r = .368$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($r = .372$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r = .271$) การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($r = .399$) และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($r = -.175$) และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค (Beta = .425, $p < .001$) ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค (Beta = .196, $p < .01$) ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Beta = .225, $p < .01$) การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค (Beta = -.139, $p < .05$) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค (Beta = -.218, $p < .05$) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 27.2

พิกุล ตินามาส และคณะ (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นการเตรียมบทบาทสมาชิกในครอบครัว ในการเป็นผู้ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ภูษณิศา ไพโรจน์ (2551) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ผล

การศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ($Beta = .20$) และการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร ($Beta = .58$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานได้ร้อยละ 39.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก (2552) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว แผนกผู้ป่วยนอกศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้อยู่ในระดับดี เพียงร้อยละ 44.3 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.9 ส่วนทัศนคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.3 ผู้ป่วยยังคงมีปัญหาในการควบคุมอาหาร ร้อยละ 27.8 และมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 60.7 ส่วนค่าเส้นรอบเอว และเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพกมากกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 60.7 และ 79.7 ตามลำดับ และเส้นรอบเอวมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เบญจมาศ คำดา (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของครูโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ครูที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ส่วนใหญ่มีส่วนสูง 151-160 เซนติเมตร มีน้ำหนัก 51-60 กิโลกรัม มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในระดับปานกลางมากที่สุด ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพพบว่า ทั้งความรู้ และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .371$ และ $.490$ ตามลำดับ)

ศุทธิจิต ภูมิวัฒน์ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 1) การเพิ่มการรับรู้ประโยชน์โดยการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ อาหารเฉพาะโรค การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค 2) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 3) การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วย คือบุคลากรทางการแพทย์ และญาติผู้ดูแลคือครอบครัวผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการลดลงของระดับคอเลสเตอรอลรวม และแอลดีแอลคอเลสเตอรอลมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ($p = .018$ และ $.021$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$)

อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม

การรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ รายได้ ($r = .158, p < .05$) การรับรู้ประโยชน์ ($r = .221, p < .05$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = .343, p < .01$) การสนับสนุนของครอบครัว ($r = .255, p < .01$) และการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ ($r = .197, p < .01$) สำหรับการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = -.290, p < .01$) ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($Beta = .236, p < .001$) การรับรู้อุปสรรค ($Beta = -.140, p < .01$) และการสนับสนุนของครอบครัว ($Beta = .149, p < .05$) โดยร่วมกันทำนายพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้ร้อยละ 16.9 ($p < .05$)

ปริมประภา ก้อนแก้ว และคณะ (2554) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 73.8 และมีอายุระหว่าง 40-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 24 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ได้แก่ ความรู้สึกที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลจากสถานการณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .527, .526, .434, \text{และ} .393$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .121$) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.314$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ได้แก่ ความรู้สึกที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ($Beta = .472, p < .01$) อิทธิพลระหว่างบุคคล ($Beta = .562, p < .01$) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($Beta = .272, p < .01$) และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้ร้อยละ 41.6 ($p < .001$)

จิตติพร วิชิตธงไชย (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน มีการรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยส่วนบุคคล คือการรับรู้ความรู้ ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$)

จิตติพร วิชิตงไชย (2556) ศึกษาผลของโภชนศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังการให้โภชนศึกษามีความรู้มากกว่าก่อนให้โภชนศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หลังการให้โภชนศึกษาผู้ป่วยมีทัศนคติดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผู้ป่วยหลังได้รับการให้โภชนศึกษามีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ปาริชาติ คงเสื่อ และคณะ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จริญญา คมเฉียบ (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.178$) ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .425, .452, .218$ และ $.541$ ตามลำดับ)

กฤติน ชุมแก้ว และชีพสมน รังสยาร (2557) ศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการเกิน คิดเป็นร้อยละ 50.5 และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .34$) และทัศนคติต่อการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .23$)

ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาอยู่ในระดับสูงเพียงด้านเดียว ส่วนด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรม และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และการ

รับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .167, .700$ และ $.610$ ตามลำดับ) ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.440$) และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ($Beta = .547$) และการสนับสนุนจากครอบครัว ($Beta = .207$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 51 ($R^2 = .51, p < .001$)

มจรุส บุญแสน และคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกำลังพลที่มีภาวะอ้วนลงพุง ค่ายนวมินทราชินี จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า กำลังพลที่มีภาวะอ้วนลงพุงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($Beta = .436, p < .01$) อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($Beta = .178, p < .01$) ได้แก่ เพื่อน ครอบครัว ผู้บังคับบัญชา และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ($Beta = .135, p < .01$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกำลังพลที่มีภาวะอ้วนลงพุง ค่ายนวมินทราชินี จังหวัดชลบุรีได้ร้อยละ 36.1 ($R^2 = .361, p < .01$)

ธาริน สุขอนันต์ ณิชพร มีสุข และอาภิสรา วงศ์สละ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี PRECEDE PROCEED Model ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.87 โดยมีพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 57.89 และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($Beta = .297, p < .001$) ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($Beta = .261, p < .001$) ค่านิยมเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($Beta = .258, p < .001$) และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและชุมชน ($Beta = .290, p < .001$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 47.4

ประภาส ขำมาก และสมรัตน์ ขำมาก (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยได้นำกรอบแนวคิดการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ PRECEDE PROCEED Model มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.2 มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.2 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.6 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

ความรู้และทัศนคติ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .595$ และ $.499$ ตามลำดับ)

พัสนี ธิระกุลพฤทธิ์ และคณะ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของครัวเรือนในตำบลบางหมาก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน อาชีพ ความรู้ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งอาหาร ขาวสารหรือข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียม และการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในการบริโภคเกลือโซเดียมลดลง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของครัวเรือน ได้แก่ อายุ ($Beta = .361$, $p < .05$) ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งอาหาร ($Beta = .137$, $p < .05$) และ ขาวสารหรือข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียม ($Beta = .135$, $p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของครัวเรือนได้ร้อยละ 18 ($R^2 = .18$)

ยุภา โพบา ชฎาภา ประเสริฐทรง และวนิดา ดุรงฤทธิ์ชัย (2558) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .67$ และ $.51$ ตามลำดับ)

สุนทรี สุรัตน์, กิตติ ศศิวิมลลักษณ์, เกวลี เครือจักร และวิโรจน์ มงคลเทพ (2559) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในพื้นที่อำเภอมะจัน จังหวัดเชียงราย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ปัจจัยนำ คือด้านความรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน ($r = .149$) เจตคติของผู้ป่วยเบาหวาน ($r = .200$) ความเชื่อของผู้ป่วยเบาหวาน ($r = .277$) และการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน ($r = .285$) ปัจจัยเสริมคือ การสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลในครอบครัว บุคคลในชุมชน ($r = .578$) ปัจจัยเอื้อ คือด้านการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ($r = .341$) ด้านการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับเบาหวาน ($r = .373$) และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องในการรักษา ($r = .313$)

Kristal et al. (1990) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้คุณค่าทางโภชนาการ กับการเลือกบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง อายุ 38-60 ปี อายุเฉลี่ย 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในรัฐออลิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้คุณค่าทางโภชนาการ ด้านการหาได้ง่ายของแหล่งอาหารไขมันต่ำมีความสัมพันธ์กับการเลือก

บริโภคอาหารไขมันต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .24, .29$ และ $.34$ ตามลำดับ) และสามารถร่วมกันทำนายการเลือกบริโภคอาหารไขมันต่ำได้ร้อยละ 38 ($p < .001$)

Terry et al. (1991) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจเพศชาย ผลการศึกษาพบว่า ทักษะคิดต่ออาหารไขมันต่ำมีความสัมพันธ์กับการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .444, p < .01$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติทางบวกต่ออาหารไขมันต่ำ จะมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น

Sebregts et al. (2003) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของระดับคอเลสเตอรอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมระยะสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ซึ่งเป็นโปรแกรมระยะสั้น 8 สัปดาห์ๆ ละ 2.5 ชั่วโมง ประกอบด้วย การจัดการความเครียด และให้ความรู้ทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคอเลสเตอรอลและระดับไขมัน LDL ลดลง ร้อยละ 20 และ 29 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ระดับคอเลสเตอรอล และระดับไขมัน LDL ลดลง ร้อยละ 12 และ 19 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

Leong et al. (2004) ศึกษาการยึดมั่นในคำแนะนำด้านสุขภาพหลังจากการเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยึดมั่นในคำแนะนำด้านสุขภาพหลังจากการเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยสมาชิกในครอบครัวสามารถโน้มน้าวผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายให้ปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพได้ และการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถอธิบายความแปรปรวนการยึดมั่นต่อการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 37.5

Han et al. (2007) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($Beta = .476$) การสนับสนุนจากครอบครัว ($Beta = .253$) อาการเจ็บหน้าอก ($Beta = .177$) การสูบบุหรี่ ($Beta = -.173$) และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ($Beta = .169$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 46.2

Primanda et al. (2011) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมืองยอกยาคาร์ตา เกาะชวา ประเทศอินโดนีเซีย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องอาหารเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, p < .01$)

Chaturvedi & Singh (2012) ศึกษาวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ (KAP) กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 30-60 ปี ในเมืองชัยปุระ ประเทศอินเดีย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Yehle et al. (2012) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนจากทีมบุคลากรทางสุขภาพจะมีการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ง่ายขึ้นกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ และผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุน กำลังใจ และ คำแนะนำจากครอบครัว คู่สมรส เพื่อน ถึงอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยยับยั้งชั่งใจในการเลือกซื้อหรือเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม

Hardin-Fanning (2013) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยได้นำกรอบแนวคิดการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ PRECEDE PROCEED Model มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความยากลำบากในการเปลี่ยนนิสัยส่วนตัว การมีข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งอาหารเพื่อสุขภาพ ราคาอาหาร ความยากในการเตรียมอาหาร การมีความรู้จำกัดในเรื่องประโยชน์ของอาหารเพื่อสุขภาพ ทัศนคติของครอบครัวต่ออาหาร และความยากลำบากในการหาวิธีการที่จะรวมอาหารเพื่อสุขภาพเข้าไปในมื้ออาหาร

Om et al. (2013) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศภูฏาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($r = .720, p < .001$) การสนับสนุนจากครอบครัว ($r = .54, p < .05$) และการรับรู้อุปสรรค ($r = .24, p < .001$)

Heydari et al. (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักในโรคและการยึดมั่นในแผนการรักษาโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการยึดมั่นในแผนการรักษาโรค (ด้านการรับประทานยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32, p < .001$)

Koponen et al. (2015) ทำการศึกษาการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนความมีอิสระในตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .001$)

Mieziené et al. (2015) ศึกษาการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = .363, p < .001$)

Putra et al. (2015) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในตำบลชิดออาร์โจ จังหวัดชวาตะวันออก ประเทศอินโดนีเซีย โดยนำแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE PROCEED Model มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความรู้เรื่องอาหารเบาหวาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะเครียดทางจิตใจ การสนับสนุนจากครอบครัว และการสื่อสารของบุคลากรทางสุขภาพ ($r = .60, .61, .33, .69, -.33, .68$ และ $.27$ ตามลำดับ) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($Beta = .36, p < .001$) การสนับสนุนจากครอบครัว ($Beta = .31, p < .001$) รายได้ครอบครัวต่อเดือน ($Beta = .24, p < .001$) และภาวะเครียดทางจิตใจ ($Beta = -.18, p < .01$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 66.5

Rakinaung et al. (2015) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ชายและผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ในเมืองโตโมน ประเทศอินโดนีเซีย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเพศชาย ได้แก่ ทศนคติ ($r = .404, p < .05$) การรับรู้อุปสรรคในการหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ($r = -.530, p < .05$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเพศหญิง ได้แก่ ทศนคติ ($r = .245, p < .05$) การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ($r = -.340, p < .05$) และการรับรู้อุปสรรคในการหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ($r = -.286, p < .05$).

Psouni et al. (2016) ศึกษาความตั้งใจและพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในประชากรที่มีน้ำหนักปกติและมีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน ผลการศึกษาพบว่า ทศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r = .26$) และการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ($r = .35$) ในประชากรที่เป็นโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$ และทศนคติสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพได้ ($Beta = .10, p < .01$)

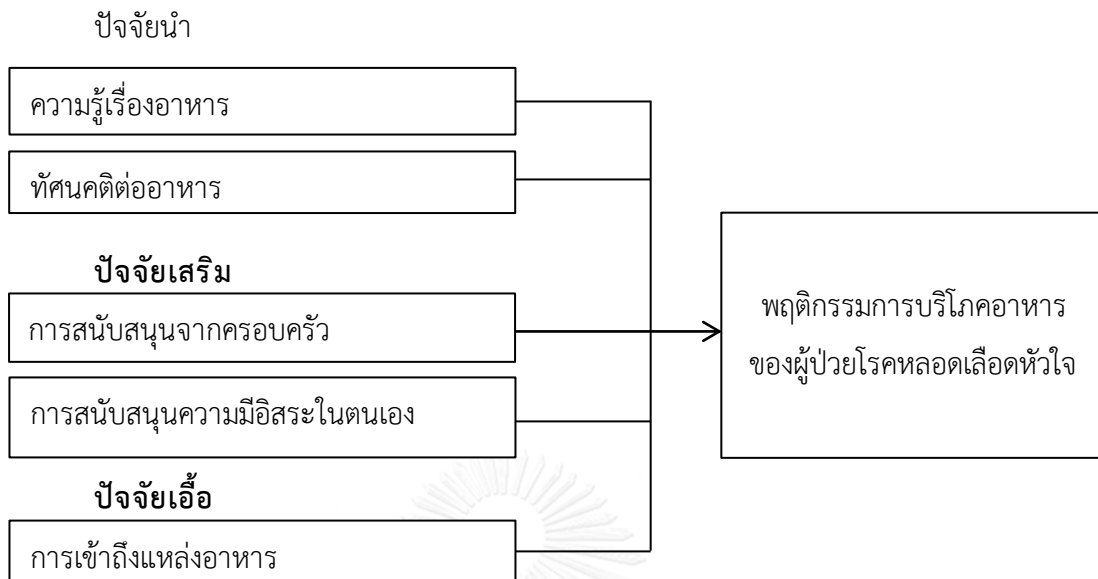
Thuy et al. (2016) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแคนเทอ ประเทศเวียดนาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่ม

ตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับอาหารเบาหวาน ความตระหนักในการควบคุมอาหาร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอย พบว่าคุณพบว่า ความตระหนักในการควบคุมอาหาร ($Beta = .46, p < .001$) ความรู้เกี่ยวกับอาหารเบาหวาน ($Beta = .30, p < .05$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($Beta = .18, p < .05$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 65.1

Park et al. (2017) ศึกษาการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถทำนายการกำเริบซ้ำของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ต่ำ จะเกิดการกำเริบซ้ำของโรคเป็น 3.91 เท่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์สูง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE PROCEED Model เนื่องจากเป็นแนวคิดที่สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแบบสหปัจจัยได้ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล สามารถนำไปสู่การกำหนดการวางแผนแก้ปัญหาได้ ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลจะเกี่ยวข้องและมีอิทธิพลมาจากทั้ง 3 ปัจจัยร่วมกัน และการวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นจะต้องพิจารณาให้ครอบคลุมทั้ง 3 ปัจจัย ดังนี้ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร และสามารถกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพที่ 3

7. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 40-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ อยู่ในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลทั้ง 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

คุณสมบัติการคัดเลือกเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่าง คือ

1. เป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. มีอายุระหว่าง 40-59 ปี
3. ระดับความรู้สึกตัวดี การรับรู้สติสัมปชัญญะสมบูรณ์
4. สามารถติดต่อสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
5. เป็นผู้ป่วยที่แข็งแรง ช่วยเหลือตนเองได้
6. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

คุณสมบัติในการคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. มีอาการของโรคหัวใจที่รุนแรงและเป็นอันตรายถึงชีวิต หรืออยู่ในระยะวิกฤติ เช่น อาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ อัตราการเต้นหัวใจเร็วผิดปกติ หรือผิดจังหวะ

วิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ร้อยละ 90 ซึ่งเป็นระดับมาตรฐานที่ยอมรับได้ กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .15 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) เนื่องจากเป็นการศึกษาทางการพยาบาล และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อศึกษาตัวแปรต้น 5 ตัวแปร แล้วนำมาคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) ซึ่งเป็นการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีความเฉพาะเจาะจง และเหมาะสมกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 116 คน ผู้วิจัยพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ (De Leeuw, Hox, & Dillman, 2008) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 128 คน

2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้

2.1 เลือกโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐบาล ระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่มีศูนย์โรคหัวใจ และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

2.1.1 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร มีจำนวน 9 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก โรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

2.1.2 โรงพยาบาลในเขตปริมณฑล มีจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ สถาบันโรคทรวงอก และโรงพยาบาลศูนย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มศว. องค์กรักษ์

2.1.3 เลือกโรงพยาบาลโดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling without replacement) คัดสรรส่วนตามพื้นที่เท่ากับ 3:1 โดยเป็นโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 3 แห่ง โรงพยาบาลในเขตปริมณฑล จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก โรงพยาบาลในเขตปริมณฑล ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

2.2 ทำการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล โดยการแบ่งสัดส่วน (Proportional to size) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจแต่ละโรงพยาบาลตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากเวชระเบียนแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งจนครบ 128 คน โดยใช้สูตรของยูวดี ภาษา และคณะ (2543)

$$n_i = \frac{N_i n}{N}$$

เมื่อ	n_i	=	จำนวนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง
	N_i	=	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของแต่ละโรงพยาบาล
	n	=	จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
	N	=	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้ง 4 โรงพยาบาล

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ามาใช้บริการในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง แล้วนำมาคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 14 คน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 43 คน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 38 คน และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 33 คน รวมได้กลุ่มตัวอย่าง 128 คน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของแต่ละโรงพยาบาล และสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ ($n = 128$ คน)

โรงพยาบาล	สถิติจำนวนผู้ป่วยกลุ่ม	สัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง
	โรคหลอดเลือดหัวใจ	
	(คน/เดือน)	(คน)
โรงพยาบาลตำรวจ	600	14
โรงพยาบาลราชวิถี	1,800	43
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	1,600	38
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	1,400	33
รวม	5,400	128

2.3 ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.3.1 สำนวกรายชื่อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยก่อนวันแพทย์นัดหรือวันเก็บข้อมูล 1 วัน ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ ของโรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลราชวิถี ส่วนที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระ

เกียรติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยคัดเลือกจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยในช่วงเข้าก่อนแพทย์ออกตรวจ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.3.2 สุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่ทำการคัดเลือกไว้แล้ว โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยในแต่ละวันเป็นจำนวนร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่คัดเลือกไว้ทั้งหมดด้วยการจับฉลาก ในวัน เวลาที่แพทย์นัดตรวจ ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ ของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 128 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อมูล 9 ข้อ และส่วนของผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล 1 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบทำเครื่องหมายและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ภาวะโรคร่วม การวินิจฉัยโรค และชนิดของการรักษาที่ได้รับ

2. แบบวัดความรู้เรื่องอาหาร ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเชิงตัวของ ญัฐกานต์ ช่างเหล็ก (2552) มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบถูกผิด เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย ประเภทอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ประเภทอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง สารอาหาร คุณค่าทางโภชนาการ ประโยชน์ของการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และโทษที่เกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงโดยปรับข้อคำถามเหลือ 15 ข้อ และคัดเลือกข้อคำถามบางข้อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ และให้สอดคล้องกับค่านิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ ลักษณะคำตอบ มีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความที่ถูก	ใช่	1 คะแนน
	ไม่ใช่	0 คะแนน
	ไม่ทราบ	0 คะแนน

ข้อความที่ผิด	ใช่	0 คะแนน
	ไม่ใช่	1 คะแนน
	ไม่ทราบ	0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยการรวมคะแนนแล้วนำมาคำนวณเป็นเปอร์เซ็นต์ และใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (1975) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเป็นเปอร์เซ็นต์ $\geq 80\%$	หมายถึง	มีความรู้อยู่ในระดับสูง (> 11 คะแนน)
คะแนนเป็นเปอร์เซ็นต์ 60-79 %	หมายถึง	มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)
คะแนนเป็นเปอร์เซ็นต์ $< 60\%$	หมายถึง	มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ (< 9 คะแนน)

3. แบบวัดทัศนคติต่ออาหาร ผู้วิจัยใช้แบบวัดทัศนคติในการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของ จิตติพร วิจิตรงไชย (2556) แบบสอบถามประกอบไปด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่ออาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านรสชาติของอาหาร การเลือกซื้ออาหาร ชนิดของอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามเหลือ 10 ข้อ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และให้สอดคล้องกับค่านิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4 , 6, 7, 8, 9 และ 10 เป็นข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อคำตอบมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้เป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้บ้างเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

		ทัศนคติทางบวก	ทัศนคติทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ค่าคะแนน	5	1
เห็นด้วย	ค่าคะแนน	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	ค่าคะแนน	3	3
ไม่เห็นด้วย	ค่าคะแนน	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ค่าคะแนน	1	5

เกณฑ์การแปลงผลคะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของ Best (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนเฉลี่ย} &= \frac{\text{คะแนนเฉลี่ยสูงสุด} - \text{คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} \\ &= \frac{5-1}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

คะแนน 3.68-5.00 คะแนน หมายถึง ทัศนคติดี (37 -50 คะแนน)

คะแนน 2.34-3.67 คะแนน หมายถึง ทัศนคติปานกลาง (24 -36 คะแนน)

คะแนน 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง ทัศนคติไม่ดี (10-23 คะแนน)

4. แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวของ ภูษณิศรา ไพโรจน์ (2551) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบบประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ครอบคลุมแนวคิดของ เฮาส์ ซึ่งแบ่งการสนับสนุนเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ 5 ข้อ (ข้อที่ 1-5) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ (ข้อที่ 6-9) การสนับสนุนด้านสิ่งของ 5 ข้อ (ข้อที่ 10-14) และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า 4 ข้อ (ข้อที่ 15-18) เป็นข้อคำถามทางบวกจำนวน 16 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 และ 17 เป็นข้อคำถามทางลบจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7 และ 18 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อคำตอบมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้เป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้บ้างเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

		ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ค่าคะแนน	5	1
เห็นด้วย	ค่าคะแนน	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	ค่าคะแนน	3	3
ไม่เห็นด้วย	ค่าคะแนน	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ค่าคะแนน	1	5

การแปลผลคะแนน โดยใช้วิธีการคำนวณหาช่วงคะแนน จากคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 90 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 18 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับและแปลความหมาย (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2553) ได้ดังนี้

คะแนน 67-90 หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง

คะแนน 43-66 หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 18-42 หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ

5. แบบวัดการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ The Health Care Climate Questionnaire (HCCQ) ของ Schmidt et al. (2012) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินนี้เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยดูแลและปฏิบัติกิจกรรมทางสุขภาพของตนเองอย่างอิสระ มีข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 14 ข้อ และเป็นข้อคำถามทางลบ 1 ข้อ ประกอบไปด้วย การให้ทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการรักษา การให้เหตุผลที่ชัดเจนในการรักษา การสนับสนุนความคิดริเริ่มของผู้ป่วย การกระตุ้นและพิจารณามุมมองของผู้ป่วย และลดการควบคุมและการตัดสินใจในตัวผู้ป่วย ในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ถ้าคะแนนการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์สูง ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพสูงตามไปด้วย แบบประเมินนี้มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ผู้วิจัยได้ปรับระดับมาตราส่วนประมาณค่าลงเหลือ 5 ระดับ

ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้สะดวกต่อการเลือกตอบยิ่งขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 14 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14 และ 15 เป็นข้อคำถามทางลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อคำตอบมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้เป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้บ้างเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

		ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ค่าคะแนน	5	1
เห็นด้วย	ค่าคะแนน	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	ค่าคะแนน	3	3
ไม่เห็นด้วย	ค่าคะแนน	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ค่าคะแนน	1	5

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยใช้วิธีการคำนวณหาช่วงคะแนน จากคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 75 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 15 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับและแปลความหมาย (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2553) ได้ดังนี้

56-75	คะแนน	หมายถึง การสนับสนุนความมีอิสระในตนเองอยู่ในระดับสูง
36-55	คะแนน	หมายถึง การสนับสนุนความมีอิสระในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
15-35	คะแนน	หมายถึง การสนับสนุนความมีอิสระในตนเองอยู่ในระดับต่ำ

6. แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหาร ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน The Perceived Nutrition Environment Measures Survey ของ Green & Glanz (2015) ซึ่งใช้ประเมินการเข้าถึงแหล่งของอาหารที่ดีต่อสุขภาพและอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งเชื่อว่ามีอิทธิพลต่อการเลือกบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีข้อคำถาม 58 ข้อ แสดงถึงการรับรู้สภาพแวดล้อมด้านโภชนาการ 3 ประเภท คือ 1) สภาพแวดล้อมทางโภชนาการชุมชน ประกอบด้วย ชนิด แหล่งที่ตั้ง การเข้าถึงร้านค้าและร้านอาหารทั่วไป มีข้อคำถาม 6 ข้อ 2) สภาพแวดล้อมทางโภชนาการผู้บริโภค ประกอบด้วย ความเพียงพอของอาหารเพื่อสุขภาพ (ได้แก่ อาหารไขมันต่ำ ผัก และผลไม้) ราคา การส่งเสริม และข้อมูลโภชนาการ ภายในร้านค้าหรือร้านอาหาร มีข้อคำถาม 24 ข้อ 3) สภาพแวดล้อมอาหารที่บ้าน ประกอบด้วย ด้านความเพียงพอและด้านการเข้าถึงอาหารที่ดีและไม่ดีต่อสุขภาพที่อยู่ภายในบ้านเท่านั้น มีข้อคำถาม 28 ข้อ ซึ่งในการประเมินการเข้าถึงแหล่งอาหาร อยู่ในประเภทที่ 2) สภาพแวดล้อมทางโภชนาการผู้บริโภค ด้านความเพียงพอของอาหารที่ดีต่อสุขภาพ คืออาหารไขมันต่ำ อาหารกากใยสูง ได้แก่ ผัก ผลไม้ ประกอบด้วย ความเพียงพอ การหาได้ง่าย และแหล่งที่ตั้ง มีข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อคำตอบมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้เป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้บ้างเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	5 คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยใช้วิธีการคำนวณหาช่วงคะแนน จากคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 30 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 6 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับและแปลความหมาย (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2553) ได้ดังนี้

- | | |
|-------|--|
| 23-30 | คะแนน หมายถึง การเข้าถึงแหล่งอาหารอยู่ในระดับมาก |
| 15-22 | คะแนน หมายถึง การเข้าถึงแหล่งอาหารอยู่ในระดับปานกลาง |
| 6-14 | คะแนน หมายถึง การเข้าถึงแหล่งอาหารอยู่ในระดับน้อย |

เนื่องจากแบบประเมิน The Health Care Climate Questionnaire (HCCQ) และแบบประเมิน The Perceived Nutrition Environment Measures Survey ยังไม่มีการแปลเอกสารเป็นฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยจึงทำการแปลแบบสอบถามตามกระบวนการแปลย้อนกลับและดัดแปลงข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา โดยกระบวนการแปลประกอบด้วยการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย รวมทั้งแปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ โดยมีขั้นตอนการแปลดังนี้ (Brislin, 1986)

1. แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (Forward translation) หลังจากได้รับอนุญาตจากเจ้าของผู้สร้างแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามต้นฉบับ (ภาษาอังกฤษ) แปลเป็นภาษาไทยโดยใช้ผู้แปลคนไทยที่ชำนาญการใช้ภาษา 2 คน โดยคนแรกเป็นผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับสาขาวิชาชีพด้านการแพทย์ และคนที่ 2 เป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับสาขาวิชาชีพด้านการแพทย์ หลังจากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษานำแบบสอบถามที่แปลทั้งสองฉบับมาเปรียบเทียบและปรับข้อความ โดยมีหลักการคือ ทำให้ความหมายตรงกับความหมายต้นฉบับ และเป็นภาษาที่เข้าใจ แล้วส่งกลับไปให้ผู้แปลอีกครั้งโดยผู้แปลยอมรับได้มากกว่า 80%

2. แปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ (Back translation) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม The Health Care Climate Questionnaire (HCCQ) และ The Perceived Nutrition Environment Measures Survey ฉบับภาษาไทย มาแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยใช้ทีมผู้แปล 2 คน ประกอบด้วย ผู้แปลคนไทยที่ชำนาญการใช้ 2 ภาษา 1 คน และอาจารย์ชาวต่างประเทศ 1 คน โดยผู้แปลทั้ง 2 คน ไม่มีความเกี่ยวข้องกับสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ และไม่เคยรับทราบข้อมูลแบบสอบถามต้นฉบับเดิม หลังจากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษานำแบบสอบถามฉบับแปลกลับมาเปรียบเทียบ และปรับข้อความจนได้แบบสอบถามฉบับแปลกลับอย่างละฉบับส่งกลับไปให้ผู้แปลอีกครั้ง โดยผู้แปลยอมรับได้มากกว่า 80%

3. การเปรียบเทียบแบบสอบถามชุดต้นฉบับกับชุดที่แปลย้อนกลับ (Comparison of the original version and back-translated version) เป็นการเปรียบเทียบเครื่องมือชุดต้นฉบับและชุดแปลย้อนกลับ มีความเหมือนกันหรือเทียบเท่ากัน (Equivalence) โดยดำเนินการตรวจสอบความเทียบเท่า โดยการเปรียบเทียบแบบสอบถามฉบับภาษาอังกฤษที่แปลย้อนกลับกับแบบสอบถาม

ต้นฉบับ เพื่อปรับแก้แบบสอบถามให้มีความเท่าเทียมกันของแบบสอบถามที่จะนำไปทดลองใช้ (Pre-final version) ได้แก่ ความเทียบเท่าด้านความหมาย ความเทียบเท่าด้านแนวคิด และความเทียบเท่าด้านเนื้อหา (Nantaga, 2011)

7. แบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Heart Healthy Eating Efficacy (HHESE) ของ Margaret (2003) ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมาจาก The National cholesterol education program (NCEP, 2001) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการจำกัดการรับประทานอาหารไขมัน คอเลสเตอรอล และเกลือ และเพิ่มอาหารพวกกากใย มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด แบบประเมินนี้ถูกนำมาแปลและดัดแปลงเป็นฉบับภาษาไทยโดย ปชานัญญ์ ตันติโกสม (2553) คือแบบประเมิน Thai version of Heart Healthy Eating Efficacy (HHESE) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ซึ่งปาริชาติ คงเสื่อ และคณะ (2556) ได้นำมาดัดแปลงใช้ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยปรับข้อคำถามเหลือข้อจำนวนคำถาม 12 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วย การเลือกบริโภคอาหาร การจัดเตรียมอาหาร และการปรุงรสอาหาร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อมีความหมายดังนี้

5	หมายถึง	ท่านปฏิบัติทุกวัน
4	หมายถึง	ท่านปฏิบัติสัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง
3	หมายถึง	ท่านปฏิบัติสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง
2	หมายถึง	ท่านปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
1	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ท่านปฏิบัติทุกวัน	เท่ากับ	5	คะแนน
ท่านปฏิบัติสัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง	เท่ากับ	4	คะแนน
ท่านปฏิบัติสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง	เท่ากับ	3	คะแนน
ท่านท่านปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	เท่ากับ	2	คะแนน
ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย	เท่ากับ	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกัน อยู่ในช่วง 12-60 คะแนน และนำมาคำนวณเป็นเปอร์เซ็นต์ และใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (1975) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเป็นเปอร์เซ็นต์ $\geq 80\%$	หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับดี (48-60 คะแนน)
คะแนนเป็นเปอร์เซ็นต์ 60-79 %	หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง (36-47 คะแนน)
คะแนนเป็นเปอร์เซ็นต์ $< 60\%$	หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับไม่ดี (< 36 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เรื่องอาหาร แบบวัดทัศนคติต่ออาหาร แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว แบบวัดการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหาร และแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ และการใช้ภาษา จากนั้นนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ความครอบคลุม ความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ ความชัดเจนของข้อความ ความถูกต้องของการวัด เกณฑ์พิจารณาคะแนน และความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ภาษาตามแนวคิดที่ผู้วิจัยเลือกใช้ รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย

1.1 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจวัยผู้ใหญ่ จำนวน 2 คน

1.2 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารและโภชนาการ จำนวน 1 คน

1.3 พยาบาลผู้มีความชำนาญการในด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจวัยผู้ใหญ่ จำนวน 2 คน

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ รวบรวมความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Polit & Beck, 2008) ในการตัดสินใจ แล้วนำแบบวัดมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะที่ได้รับร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยกำหนดผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ระดับ (Polit & Beck, 2008) ดังนี้

- | | |
|-----------|---|
| 1 หมายถึง | ข้อความไม่สอดคล้องกับคำนิยาม |
| 2 หมายถึง | ข้อความจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุง
อย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม |
| 3 หมายถึง | ข้อความจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุง
เล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม |
| 4 หมายถึง | ข้อความมีความสอดคล้องกับคำนิยาม |

สูตรการคำนวณ CVI = $\frac{\text{จำนวนข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$

แบบสอบถามทั้งหมดได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ในการปรับใช้ภาษาของข้อความเพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากยิ่งขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แบบวัดความรู้เรื่องอาหาร ผู้วิจัยได้ปรับแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง จัดเรียงลำดับของข้อความใหม่เพื่อให้มีความสอดคล้องกับคำจำกัดความในการประเมินข้อความแต่ละด้าน มีจำนวนข้อความคงเดิม 15 ข้อ รวมทั้งได้ปรับปรุงภาษาของข้อความโดยแก้ไขบางข้อความให้สามารถอ่านเข้าใจได้ง่าย และสอดคล้องกับคำจำกัดความ ดังนี้

1.1 ข้อความข้อที่ 1 ข้อความเดิมคือ ผู้ป่วยที่อ่อนควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ให้พลังงานสูง ได้แก่ ขนมหวาน กะทิ ปรับแก้เป็น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ให้พลังงานสูง ได้แก่ ขนมหวาน กะทิ เป็นต้น

1.2 ข้อความข้อที่ 2 ข้อความเดิมคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรเลือกใช้น้ำมันพืชเท่านั้นในการปรุงอาหาร ปรับแก้เป็น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรเลือกใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหารเท่านั้น

1.3 ข้อความข้อที่ 8 ข้อความเดิมคือ การรับประทานอาหารประเภท ต้ม นึ่ง แกง แทนการทอด ช่วยให้ระดับไขมันในเลือดลดลงได้ ปรับแก้เป็น การรับประทานอาหารประเภท ต้ม นึ่ง แกงจืด แทนการทอด ช่วยลดระดับไขมันในเลือดได้

1.4 ข้อความข้อที่ 9 ข้อความเดิมคือ การดื่มชา (ขง) ที่ไม่เติมครีมเทียมหรือน้ำตาล จะช่วยลดคอเลสเตอรอลและไขมันในเลือดได้ ปรับแก้โดยตัดคำว่า จะ ออก

1.5 ข้อความข้อที่ 10 ข้อความเดิมคือ การรับประทานกระเทียมลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ปรับแก้เป็น การรับประทานกระเทียมช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

1.6 ข้อคำถามข้อที่ 11 ข้อคำถามเดิมคือ การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีสาเหตุมาจากการกินอาหารที่มีปริมาณไขมันสูง ปรับแก้ จาก กิน เป็น บริโภค หรือ รับประทาน

1.7 ข้อคำถามข้อใดที่มีคำว่า ได้แก่ ต้องลงท้ายด้วยคำว่า เป็นต้น เช่น ข้อคำถามข้อที่ 13 ข้อคำถามเดิมคือ ประเภทอาหารที่มีไขมันสูง คอเลสเตอรอลสูง ได้แก่ เนย มาการีน มันฝรั่งทอด แงงที่มีส่วนประกอบของกะทิ ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก ปรับแก้เป็น ประเภทอาหารที่มีไขมันสูง คอเลสเตอรอลสูง ได้แก่ เนย มาการีน มันฝรั่งทอด แงงที่มีส่วนประกอบของกะทิ ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก เป็นต้น

1.8 ข้อคำถามข้อที่ 14 ข้อคำถามเดิมคือ การรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด/จานด่วน เป็นประจำทำให้ได้รับปริมาณไขมันสัตว์ และเกลือสูง ทำให้เกิดผลเสียต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ เปลี่ยนคำว่า ผลเสีย เป็น ส่งผลกระทบต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. แบบวัดทัศนคติต่ออาหาร ผู้วิจัยได้ปรับภาษาบางข้อคำถามให้กระชับและมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จัดเรียงลำดับของข้อคำถามใหม่เพื่อให้ความสอดคล้องกับคำจำกัดความในการประเมินข้อคำถามแต่ละด้าน ผู้วิจัยได้คัดเลือกข้อคำถามบางข้อเพื่อให้เฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ คงเหลือข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ดังนี้

2.1 ข้อคำถามเดิมคือ การบริโภคผลไม้สด ทำให้ร่างกายสดชื่น ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะว่าให้ตัดข้อคำถามนี้ออก เพราะข้อคำถามไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.2 ข้อคำถามเดิมคือ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเป็นแผลหรือผ่าตัดควรจะงดไข่ ถั่ว หน่อไม้ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะว่าให้ตัดข้อคำถามนี้ออก เพราะข้อคำถามไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.3 ข้อคำถามข้อที่ 2 ข้อคำถามเดิมคือ การบริโภคผักและผลไม้เป็นประจำ ทำให้ได้ใยอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ปรับแก้เป็น การบริโภคผักและผลไม้ที่มีเส้นใยอาหารสูงเป็นประจำ เป็นประโยชน์ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.4 ข้อคำถามข้อที่ 8 ข้อคำถามเดิมคือ การบริโภคอาหารที่ประกอบขึ้นเองทำให้สามารถเลือกบริโภคอาหารที่มีสารอาหารต่างๆ อย่างครบถ้วนได้ ปรับแก้เป็น การรับประทานอาหารที่ประกอบขึ้นเองทำให้สามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจได้

2.5 ข้อคำถามข้อใดที่ไม่เฉพาะเจาะจง ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะว่าให้ปรับใหม่ให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ข้อคำถามข้อที่ 9 ข้อคำถามเดิมคือ การบริโภคอาหารที่ปรุงด้วยการนึ่ง ต้ม และยำ ทำให้ระบบย่อยอาหารทำงานได้ดี ปรับแก้เป็น การรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยการนึ่ง ต้ม และยำ แทนการผัดหรือทอด เป็นประโยชน์ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้วิจัยได้ปรับภาษาให้เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเพิ่มคำว่าโรคหลอดเลือดหัวใจของทุกข้อคำถาม และปรับข้อความใหม่ให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง และให้สอดคล้องกับคำจำกัดความ จำนวนข้อคำถามคงเดิม 18 ข้อ ดังนี้

3.1 ข้อคำถามใดที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะว่าให้ปรับใหม่ให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างและให้สอดคล้องกับคำจำกัดความ เช่น ข้อคำถามเดิมคือ คนในครอบครัวคอยห่วงใย ดูแลเอาใจใส่ในการเลือกชนิดอาหาร การเตรียม หรือปรุงอาหาร และการบริโภคอาหารของท่าน ปรับแก้เป็น คนในครอบครัวคอยห่วงใย และช่วยเหลือในการเลือกชนิดอาหาร การเตรียม หรือปรุงอาหาร และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจของท่าน

3.2 ผู้วิจัยได้ปรับมาตรวัดลักษณะคำตอบใหม่ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่จริง จริงน้อย จริงปานกลาง จริงมาก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4. แบบวัดการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อความให้เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่าง และเรื่องที่ศึกษาในข้อคำถามทุกข้อตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งได้ปรับปรุงข้อคำถามโดยแก้ไขบางข้อความให้สามารถอ่านเข้าใจได้ง่าย ทำการเปลี่ยนสรรพนามในแบบสอบถามจากคำว่า “ฉัน” เป็น “ท่าน” ทั้งหมด และจัดเรียงลำดับของข้อคำถามใหม่เพื่อให้มีความสอดคล้องกับคำจำกัดความในการประเมินข้อคำถามแต่ละด้าน มีจำนวนข้อคำถามคงเดิม 15 ข้อ ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยทำการเปลี่ยนสรรพนามในแบบสอบถามจากคำว่า “ฉัน” เป็น “ท่าน” ทั้งหมด และปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เช่น ข้อคำถามเดิมคือ แพทย์ผู้รักษามั่นใจในความสามารถของฉันที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ปรับแก้เป็น แพทย์ผู้รักษามั่นใจในความสามารถของท่านที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจได้

4.2 ข้อคำถามข้อที่ 11 ข้อคำถามเดิมคือ ฉันรู้สึกว่าคุณดูแลฉันเหมือนคนอื่นๆ หนึ่ง ปรับแก้เป็น ท่านรู้สึกว่าคุณดูแลท่านและเคารพในสิทธิผู้ป่วยของท่าน

4.3 ผู้วิจัยปรับมาตรวัดลักษณะคำตอบใหม่ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

5. แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหาร ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามให้สามารถอ่านเข้าใจได้ง่าย โดยปรับภาษาให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งอาจมีความแตกต่างทางบริบทวัฒนธรรมและ

สิ่งแวดล้อม และจัดเรียงลำดับของข้อคำถามใหม่เพื่อให้มีความสอดคล้องกับคำจำกัดความในการประเมินข้อคำถามแต่ละด้านตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ มีจำนวนข้อคำถามคงเดิม 6 ข้อ ดังนี้

5.1 ข้อคำถามข้อที่ 5 ข้อคำถามเดิมคือ มีการคัดเลือกผลไม้และผักสดขนาดใหญ่ในละแวกบ้านของฉัน ปรับแก้เป็น มีแหล่งจำหน่ายผลไม้และผักสดขนาดใหญ่ในละแวกบ้านของท่าน

5.2 ข้อคำถามข้อที่ 6 ข้อคำถามเดิมคือ มีการคัดเลือกผลิตภัณฑ์ไขมันต่ำขนาดใหญ่ที่สามารถหาซื้อได้ในละแวกบ้านของฉัน ปรับแก้เป็น มีแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์ไขมันต่ำขนาดใหญ่ที่สามารถหาซื้อได้สะดวกในละแวกบ้านของท่าน

6. แบบวัดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยได้ปรับภาษาบางข้อคำถามให้เข้าใจง่าย และจัดเรียงลำดับของข้อคำถามใหม่เพื่อให้มีความสอดคล้องกับคำจำกัดความในการประเมินข้อคำถามแต่ละด้านตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ มีจำนวนข้อคำถามคงเดิม 12 ข้อ ดังนี้

6.1 ข้อคำถามข้อใดที่มีคำว่า เช่น ตอนท้ายของข้อคำถามให้ใส่คำว่า เป็นต้น เช่น ข้อคำถามข้อที่ 3 ข้อคำถามเดิมคือ ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวาน เช่น เม็ดขนุน ขนมหม้อแกง ข้าวเหนียวหน้าสังขยา ทองหยอด ทองหยิบ ลอดช่อง ขนมจาก ปรับแก้เป็น ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวาน เช่น เม็ดขนุน ขนมหม้อแกง ข้าวเหนียวหน้าสังขยา ทองหยอด ทองหยิบ ลอดช่อง ขนมจาก เป็นต้น โดยผลการพิจารณาการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความตรงตามเนื้อหาในการตรวจสอบเครื่องมือของผู้ทรงคุณวุฒิ

แบบสอบถาม	ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา
1. แบบวัดความรู้เรื่องอาหาร	0.93
2. แบบวัดทัศนคติต่ออาหาร	0.90
3. แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว	1.00
4. แบบวัดการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง	0.95
5. แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหาร	0.93
6. แบบวัดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	0.98

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว ได้แก่ แบบวัดทัศนคติต่ออาหาร แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว แบบวัดการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหาร และแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน (โดยไม่ได้นำผู้ป่วยกลุ่มนี้มาประมวลผลจริง) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในช่วงที่เก็บข้อมูลนี้เพียงพอ แล้วนำข้อมูลที่ได้อมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือค่าที่อยู่ระหว่าง 0.70-0.80 (DeVellis, 2012) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.74, 0.95, 0.94, 0.87 และ 0.82 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้านของแบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าความเที่ยงรายด้านเท่ากับ 0.92, 0.87, 0.88 และ 0.87 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดความรู้เรื่องอาหาร นำไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Kuder – Richardson ด้วยวิธี KR – 20 และใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือค่าที่อยู่ระหว่าง 0.70-0.80 (DeVellis, 2012) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.77 จากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 128 คน โดยค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้แสดงไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (n = 30)

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
1. แบบวัดความรู้เรื่องอาหาร	0.77
2. แบบวัดทัศนคติต่ออาหาร	0.74
3. แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว	0.95
แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้	
3.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์	0.92
3.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	0.87
3.3 การสนับสนุนด้านสิ่งของ	0.88
3.4 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า	0.87
4. แบบวัดการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง	0.94
5. แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหาร	0.87
6. แบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ. 2560 ตามวันและเวลาที่มีคลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย

1.2 เมื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

1.3 เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกตรวจผู้ป่วยนอก หัวหน้าคลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อแนะนำตัว ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อ และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ ของโรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลราชวิถี ก่อนวันเก็บข้อมูล 1 วัน ส่วนที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยคัดเลือกจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยในช่วงเช้าก่อนแพทย์ออกตรวจ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างไว้แล้วจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในขณะที่กลุ่มตัวอย่างรอการตรวจจากแพทย์ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาลตำรวจ ในวันพุธ เวลา 13.00-16.00 น. โรงพยาบาลราชวิถี เก็บรวบรวมข้อมูลในวันจันทร์ เวลา 13.00-16.00 น. และวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เก็บรวบรวมข้อมูลในวันจันทร์, วันอังคาร, วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.00-12.00 น. วันพุธ เวลา 08.00-12.00 น. และ เวลา 13.00-16.00 น. และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เก็บ

รวบรวมข้อมูลในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเองและพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย ขอความยินยอมในการเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายความสำคัญของปัญหาการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และแจ้งสิทธิการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจนเข้าใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

2.4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทีละ 1 คน โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในห้องว่างที่ได้เตรียมไว้และมีความเป็นส่วนตัว โดยใช้ช่วงเวลาก่อนพบแพทย์เพื่อไม่เป็นการรบกวนเวลาของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถามทั้งหมด 7 ส่วน พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยเก็บรักษาไว้เป็นความลับ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเริ่มตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและทำโดยอิสระ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมองเห็นไม่ชัดเจน ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด โดยผู้วิจัยเป็นคนบันทึกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างเลือก

2.5 เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อคำถาม หากกลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบและขอความร่วมมือในการตอบให้เสร็จสมบูรณ์ แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างปฏิเสธในการตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนหรือไม่สามารถดำเนินการต่อไปเพื่อให้แบบสอบถามมีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ได้ ผู้วิจัยนำข้อมูลชุดนั้นออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล และทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนครบตามจำนวน 128 คน เมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2.6 เมื่อได้แบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วน และครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 128 ชุด ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เอกสารรับรองเลขที่ 091/2559 (วันที่รับรอง 6 ธันวาคม 2559 วันหมดอายุ 6 ธันวาคม 2560) โรงพยาบาลราชวิถี เอกสารรับรองเลขที่ 023/2560 (วันที่รับรอง 23 มกราคม 2560 วันหมดอายุ 22 มกราคม 2562) โรงพยาบาลตำรวจ เอกสารรับรองเลขที่ จว. 05/2560 (วันที่รับรอง 24 มกราคม 2560 วันหมดอายุ 23 มกราคม 2561) และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เอกสารรับรองเลขที่ 204/2560 (วันที่รับรอง 10 กุมภาพันธ์ 2560 วันหมดอายุ 9 กุมภาพันธ์ 2561)

2. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับซึ่งนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ หรือสามารถแจ้งขอออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการกระทำดังกล่าวไม่มีผลกระทบต่อกรบริการและการรักษาตามมาตรฐานแต่อย่างใด กลุ่มตัวอย่างยังคงได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์และพยาบาลตามปกติที่พึงได้รับ

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติขณะตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยดำเนินการยุติการตอบแบบสอบถามทันที และนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งไปพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ภาวะโรคร่วม การวินิจฉัยโรค และชนิดของการรักษาที่ได้รับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง การเข้าถึงแหล่งอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) (Burn & Grove, 2005) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
$r = .1 - .29$	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
$r = .3 - .5$	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
$r = .5$ -ขึ้นไป	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ส่วนเครื่องหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ ถ้าเป็น + แสดงว่ามีความสัมพันธ์แบบตามกัน ถ้าเป็น - แสดงว่ามีความสัมพันธ์แบบผกผันกัน

4. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่าง ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 40-59 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อยู่ในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ ของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า รวมทั้งสิ้นจำนวน 128 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบายเป็นลำดับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 6

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง การเข้าถึงแหล่งอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 7-9

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 10

ตอนที่ 4 การศึกษาความสามารถในการทำนายของความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 11-12

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ต่อเดือน ภาวะโรคร่วม การวินิจฉัยโรค และชนิดของการรักษาที่ได้รับ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=128)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	99	77.3
หญิง	29	22.7
อายุ (ปี) Mean = 52.93, SD = 5.18		
40-49 ปี	32	25.0
50-59 ปี	96	75.0
น้ำหนัก (กิโลกรัม) Mean = 73.44, SD = 11.71		
< 50 กิโลกรัม	1	0.8
51-60 กิโลกรัม	18	14.1
61-70 กิโลกรัม	37	28.9
71-80 กิโลกรัม	36	28.1
81-90 กิโลกรัม	26	20.3
91-100 กิโลกรัม	10	7.8
ส่วนสูง (เซ็นติเมตร) Mean = 166.38, SD = 7.24		
<150 เซ็นติเมตร	2	1.6
151-160 เซ็นติเมตร	33	25.8
161-170 เซ็นติเมตร	57	44.5
171-180 เซ็นติเมตร	34	26.5
> 180 เซ็นติเมตร	2	1.6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=128) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร²) Mean = 26.62, SD = 3.93		
(เกณฑ์สำหรับประชากรเอเชีย)		
น้ำหนักน้อย		
< 18.5 กิโลกรัม/เมตร ²	2	1.6
น้ำหนักปกติ		
18.50–22.9 กิโลกรัม/เมตร ²	20	15.6
น้ำหนักเกิน		
23.0–24.9 กิโลกรัม/เมตร ²	31	24.2
อ้วนระดับ 1		
25.0-29.9 กิโลกรัม/เมตร ²	46	35.9
อ้วนระดับ 2		
≥ 30 กิโลกรัม/เมตร ²	29	22.7
สถานภาพสมรส		
โสด	18	14.1
คู่	93	72.7
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	17	13.2
ศาสนา		
พุทธ	118	92.2
คริสต์	3	2.3
อิสลาม	7	5.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2	1.6
ประถมศึกษา	31	24.2
มัธยมศึกษา	36	28.1
อนุปริญญา	16	12.5
ปริญญาตรีขึ้นไป	43	33.6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=128) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	29	22.6
กิจการส่วนตัว	7	5.5
ค้าขาย	18	14.1
รับจ้างทั่วไป	24	18.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	46	35.9
เกษตรกรกรรม	4	3.1
รายได้ครอบครัวต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	12	9.4
น้อยกว่า 2,000 บาท	10	7.8
2,001-5,000 บาท	11	8.6
5,001-10,000 บาท	16	12.5
10,001 บาทขึ้นไป	79	61.7
ภาวะโรคร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มีภาวะโรคร่วม	18	14.1
มีภาวะโรคร่วม	110	85.9
มีโรคร่วม 1 โรค ได้แก่		
ความดันโลหิตสูง	19	35.8
ไขมันในเลือดสูง	15	28.3
เบาหวาน	8	15.1
ไต	4	7.5
หลอดเลือดสมอง	2	3.8
เก๊าท์	2	3.8
ไทรอยด์	1	1.9
ภูมิแพ้	1	1.9
หอบหืด	1	1.9

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=128) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
มีโรคร่วม 2 โรค ได้แก่		
ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง	11	10.0
ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน	7	6.4
เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง	6	5.5
ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง	1	0.9
ไขมันในเลือดสูง และหลอดเลือดสมอง	1	0.9
ไขมันในเลือดสูง และเก๊าท์	1	0.9
เบาหวาน และภูมิแพ้	1	0.9
หลอดเลือดสมอง และไต	1	0.9
มีโรคร่วม 3 โรค ได้แก่		
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน	13	11.8
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และหลอดเลือดสมอง	2	1.8
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และไต	2	1.8
ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และหลอดเลือดสมอง	2	1.8
ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และไต	1	0.9
ไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดสมอง และไต	1	0.9
เบาหวาน ไต และเก๊าท์	1	0.9
มีโรคร่วม ≥ 4 โรค ได้แก่		
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และไต	4	3.7
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และหลอดเลือดสมอง	1	0.9
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และไต	1	0.9

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=128) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
โรคหลอดเลือดหัวใจ	82	64.1
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	38	29.7
โรคหัวใจขาดเลือด	8	6.2
ชนิดของการรักษาที่ได้รับ		
การถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใช้บอลูน ขดลวด และ อื่นๆ (PCI)	91	77.1
การรักษาด้วยยา	28	21.9
การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG)	9	7.0

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 77.3 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 22.7 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 และมีอายุเฉลี่ย 52.93 ปี (SD = 5.18) มีน้ำหนักอยู่ในช่วงระหว่าง 61-70 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 28.9 รองลงมาคือมี น้ำหนักอยู่ในช่วง 71-80 กิโลกรัม และ 81-90 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 28.1 และ 20.3 ตามลำดับ โดยมีน้ำหนักเฉลี่ย 73.44 กิโลกรัม (SD = 11.71) มีส่วนสูงอยู่ในช่วงระหว่าง 161-170 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 44.5 มีส่วนสูงเฉลี่ย 166.38 เซนติเมตร (SD = 7.24) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.0-29.9 กิโลกรัม/เมตร² (อ้วนระดับ 1) คิดเป็นร้อยละ 35.9 รองลงมาคือ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23.0-24.9 กิโลกรัม/เมตร² (น้ำหนักเกิน) และมีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 30 กิโลกรัม/เมตร² (อ้วนระดับ 2) คิดเป็นร้อยละ 24.2 และ 22.7 ตามลำดับ มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 26.62 กิโลกรัม/เมตร² (อ้วนระดับ 1) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.7 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92.2 มีระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.6 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา และระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 28.2 และ 24.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 35.9 ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 10001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 61.7 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 85.9 โดยโรคร่วมที่พบเป็นส่วนใหญ่ คือ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 17.3 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง และ เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ

13.6 และ 7.3 ตามลำดับ ชนิดของการรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่ คือ การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใช้บอลลูน ขดลวด และอื่นๆ (PCI) คิดเป็นร้อยละ 71.1 รองลงมาคือ การรักษาด้วยยา และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) คิดเป็นร้อยละ 21.9 และ 7.0 ตามลำดับ การวินิจฉัยโรคจากแพทย์ส่วนใหญ่ คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 64.1 รองลงมาคือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นร้อยละ 29.7 และ 6.2 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง การเข้าถึงแหล่งอาหาร และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 7-9 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุดและการแปลผลระดับคะแนนของความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง การเข้าถึงแหล่งอาหาร และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (n= 128)

ตัวแปร	Mean	SD	Min	Max	ระดับ
ความรู้เรื่องอาหาร	11.21	2.42	5	15	สูง
ทักษะคิดต่ออาหาร	40.38	4.31	31	50	ดี
การสนับสนุนจากครอบครัว	73.19	9.52	41	90	สูง
การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง	63.33	6.93	47	75	สูง
การเข้าถึงแหล่งอาหาร	24.34	3.78	8	30	มาก
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	49.28	4.68	39	60	ดี

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนความรู้เรื่องอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 11.21$, $SD = 2.42$) คะแนนทักษะคิดต่ออาหารโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 40.38$, $SD = 4.31$) คะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 73.19$, $SD = 9.52$) คะแนนการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 63.33$, $SD = 6.93$) คะแนนการเข้าถึงแหล่งอาหารโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 24.34$, $SD = 3.78$) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 49.28$, $SD = 4.68$)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และระดับของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามรายข้อ (n=128)

ข้อ	ทุกครั้งที่จะรับประทานอาหารที่ระบุท่านปฏิบัติตามข้อความดังกล่าวได้อย่างไร	คะแนน (ร้อยละ)	ระดับ
1.	ท่านรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อไก่ ปลา เนื้อวัวไร้ไขมัน เป็นต้น แทนเนื้อติดมัน	78.8	ปานกลาง
2.	ท่านรับประทานอาหารไขมันไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ (นับรวมกับที่ใช้เป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหาร)	79.2	ปานกลาง
3.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารขนมหวาน เช่น เม็ดขนุน ขนมหม้อแกง ข้าวเหนียวหน้าสังขยาทองหยอด ทองหยิบ ลอดช่อง ขนมจาก เป็นต้น	83	ดี
4.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารขนมทอดกรอบ มันทอด ผีอกทอด กลัวยทอด ปาท่องโก๋ กลัวยฉาบ/เผือกฉาบ เป็นต้น	85.2	ดี
5.	ท่านเลือกรับประทานขนมที่ไม่มีส่วนประกอบของเกลือ เช่น ขนมปังกรอบไม่ใส่เกลือ ข้าวเกรียบกุ้ง เป็นต้น	84.2	ดี
6.	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่ใช้เกลือเป็นส่วนประกอบ เช่น ปลาตากแห้ง ปลาเค็ม ผักกาดดอง อาหารกระป๋องต่างๆ เป็นต้น	80	ดี
7.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภททอด เช่น ไก่ทอด ผัดไทย หอยทอด เป็นต้น	83.2	ดี
8.	ท่านลดปริมาณเครื่องดื่มที่ใส่น้ำตาล หวาน ครีมเทียม หรือน้ำตาล น้ำอัดลม หรือน้ำหวาน เป็นต้น	84.2	ดี
9.	ท่านลดการรับประทานอาหารคาว หวาน ที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ เช่น แกงเขียวหวาน แกงโสม กลัวยบวชซี เป็นต้น	81.2	ดี
10.	ท่านรับประทานอาหารผลไม้รสไม่หวานจัด เช่น ชมพู่ มะละกอ ฝรั่ง เป็นต้น อย่างน้อยวันละ 2 มื้อ	81	ดี
11.	ท่านตัดและเลาะหนังหรือส่วนที่มีไขมันของอาหารประเภทเนื้อสัตว์ก่อนที่จะนำไปปรุงอาหาร	84	ดี
12.	ท่านหลีกเลี่ยงหรือลดการใส่เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำตาล ปลาร้า ในการปรุงและระหว่างการรับประทานอาหาร	81.8	ดี
รวม		82.1	ดี

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนรวมเท่ากับร้อยละ 82.1 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 49.28 (SD = 4.68) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี และข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือ ข้อคำถามที่ 4 ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมทอดกรอบ มันทอด ผีอกทอด ก๋วยเตี๋ยวทอด ปาท่องโก๋ ก๋วยเตี๋ยว/เผือกฉาบ เป็นต้น มีคะแนนเท่ากับร้อยละ 85.2 รองลงมาคือ ข้อคำถามที่ 5 ท่านเลือกรับประทานขนมที่ไม่มีส่วนประกอบของเกลือ เช่น ขนมปังกรอบไม่ใส่เกลือ ข้าวเกรียบกุ้ง เป็นต้น และข้อคำถามที่ 8 ท่านลดปริมาณเครื่องดื่มที่ใส่นมข้นหวาน ครีมเทียม หรือน้ำตาล น้ำอัดลม หรือน้ำหวาน เป็นต้น ซึ่งมีคะแนนเท่ากันคือ มีคะแนนเท่ากับร้อยละ 84.2 ส่วนข้อที่มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง คือข้อคำถามที่ 1 ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อไก่ ปลา เนื้อวัวไร้มัน เป็นต้น แทนเนื้อติดมัน และข้อคำถามที่ 2 ท่านรับประทานไข่แดงไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ (นับรวมกับที่ใช้เป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหาร) และข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ ข้อคำถามที่ 1 ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อไก่ ปลา เนื้อวัวไร้มัน เป็นต้น แทนเนื้อติดมัน มีคะแนนเท่ากับร้อยละ 78.8

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (n=128)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
ระดับดี	82	64.1	52.05	3.13
ระดับปานกลาง	46	35.9	44.35	2.33
ระดับไม่ดี	0	0	0	0
รวม	128	100	49.28	4.68

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 64.1 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.9

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 128 คน (n= 128)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรู้เรื่องอาหาร	.224	.011*
ทักษะคิดต่ออาหาร	.204	.021*
การสนับสนุนจากครอบครัว	.320	.000*
การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง	.319	.000*
การเข้าถึงแหล่งอาหาร	.343	.000*

* p < .05

จากตารางที่ 10 พบว่า

1) การเข้าถึงแหล่งอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .343$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากที่สุดร้อยละ 11.8

2) การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .320$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 10.24

3) การสนับสนุนความมีอิสระในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .319$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 10.18

4) ความรู้เรื่องอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .224$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 5.02

5) ทักษะคิดต่ออาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .204$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 4.16



ตอนที่ 4 การศึกษาความสามารถในการทำนายของความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 11-12

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ของตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจการทำนาย (R^2) ค่าอำนาจการทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้วิธีแบบขั้นตอน (stepwise) (n=128)

ลำดับขั้นการทำนาย	R	R^2	R^2 change	F	p-value
1. การเข้าถึงแหล่งอาหาร	.343	.118	.118	16.850	<.001
2. การเข้าถึงแหล่งอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัว	.402	.162	.044	12.072	<.001

จากตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) พบว่า

ขั้นตอนที่ 1 ตัวแปรการเข้าถึงแหล่งอาหารถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอำนาจในการทำนายเท่ากับ .118 ($R^2 = .118$) ซึ่งหมายถึงการเข้าถึงแหล่งอาหารสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 11.8

ขั้นตอนที่ 2 ตัวแปรการสนับสนุนจากครอบครัวถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวที่สอง และเพิ่มความสามารถของความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 4.4 (R^2 change = .044) โดยทำให้ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .162 ($R^2 = .162$) ซึ่งหมายถึง ตัวแปรการเข้าถึงแหล่งอาหารและการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 16.2

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการเข้าถึงแหล่งอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว ในการทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้วิธีแบบขั้นตอน (n=128)

ตัวแปรทำนาย	B	Beta	t	p-value	Tolerance	VIF
การเข้าถึงแหล่งอาหาร	.325	.262	2.983	.003	.869	1.151
การสนับสนุนจากครอบครัว	.111	.225	2.560	.012	.869	1.151
(Constant)	33.29		9.998	<.001		
Overall F = 12.072 (p < .001), R = .402, R ² = .162						

จากตารางที่ 12 พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัว โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบเท่ากับ .325 และ .111 ตามลำดับ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานเท่ากับ .262 และ .225 ตามลำดับ และมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 16.2 ซึ่งสามารถเขียนสมการทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดังนี้

1. สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$\text{พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร} = 33.29 + .325 \text{ การเข้าถึงแหล่งอาหาร} \\ + .111 \text{ การสนับสนุนจากครอบครัว}$$

2. สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร}} = .262 Z_{\text{การเข้าถึงแหล่งอาหาร}} \\ + .225 Z_{\text{การสนับสนุนจากครอบครัว}}$$

สัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน ใช้สำหรับการคัดเลือกหรือเปรียบเทียบตัวแปรอิสระในกรณีที่มีตัวแปรอิสระหลายตัวอยู่ในสมการ เพื่อให้ทราบว่าตัวแปรอิสระตัวใดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงตัวแปรตามมากกว่ากัน ตัวแปรอิสระที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในสมการถดถอยมีหน่วยในการวัดต่างกัน จึงจำเป็นต้องปรับหน่วยของตัวแปรอิสระทุกตัวให้เหมือนกัน คือทำหน่วยให้เป็นหน่วยมาตรฐาน จึงเรียกว่า สัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน

จากสมการทำนายในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน พบว่า น้ำหนัก Beta ต่างจาก น้ำหนักของคะแนนดิบ B ตรงที่หน่วยของ Beta เป็นคะแนนมาตรฐาน ดังนั้น Beta เป็นค่าที่ชี้ถึงว่า เมื่อตัวแปรอิสระ ตัวนั้นเปลี่ยนไป 1 หน่วยคะแนนมาตรฐานจะทำให้ตัวแปรตามเปลี่ยนแปลงไป Beta หน่วยคะแนนมาตรฐาน และจากสมการคะแนนมาตรฐานจะพบว่า คะแนนมาตรฐานของการ เข้าถึงแหล่งอาหารที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น .262 หน่วย และคะแนนมาตรฐานของการสนับสนุนจากครอบครัว ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น .225 หน่วย



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่าง ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 40-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ อยู่ในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ร้อยละ 90 กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .15 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นำมาคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) ได้กลุ่มตัวอย่าง 116 คน เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 128 คน ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling without replacement) ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่มีคลินิกโรคหัวใจ 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเข้า การศึกษา สุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลแต่ละแห่งโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลาก จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 128 คน ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องอาหาร ส่วนที่ 3 แบบวัด ทักษะคิดต่ออาหาร ส่วนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว ส่วนที่ 5 แบบวัดการสนับสนุนความ มีอิสระในตนเอง ส่วนที่ 6 แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหาร และส่วนที่ 7 แบบวัดพฤติกรรมการบริโภค อาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน แล้วนำแบบประเมินที่ได้รับการแก้ไขแล้วไปหาค่าความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคของแบบวัดความรู้เรื่องอาหาร แบบวัดทักษะคิดต่ออาหาร แบบวัด การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหาร และแบบวัดพฤติกรรมการบริโภค อาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 0.77, 0.74, 0.94, 0.87 และ 0.82 ตามลำดับ ส่วน แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค เท่ากับ 0.92, 0.87, 0.88 และ 0.87 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง การเข้าถึงแหล่งอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient)
4. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของ ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับ

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 77.3 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 22.7 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 และมีอายุเฉลี่ย 52.93 ปี (SD = 5.18) มีน้ำหนักอยู่ในช่วงระหว่าง 61-70 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 28.9 รองลงมาคือ มีน้ำหนักอยู่ในช่วง 71-80 กิโลกรัม และ 81-90 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 28.1 และ 20.3 ตามลำดับ โดยมีน้ำหนักเฉลี่ย 73.44 กิโลกรัม (SD = 11.71) มีส่วนสูงอยู่ในช่วงระหว่าง 161-170 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 44.5 มีส่วนสูงเฉลี่ย 166.38 เซนติเมตร (SD = 7.24) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.0-29.9 กิโลกรัม/เมตร² (อ้วนระดับ 1) คิดเป็นร้อยละ 35.9 รองลงมาคือ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23.0-24.9 กิโลกรัม/เมตร² (น้ำหนักเกิน) และมีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 30 กิโลกรัม/เมตร² (อ้วนระดับ 2) คิดเป็นร้อยละ 24.2 และ 22.7 ตามลำดับ มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 26.62 กิโลกรัม/เมตร² (อ้วนระดับ 1) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.7 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92.2 มีระดับการศึกษาคือ ระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.6 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา และระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 28.2 และ 24.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 35.9 ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 10,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 61.7 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 85.9 โดยโรคร่วมที่พบเป็นส่วนใหญ่ คือ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 17.3 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง และ เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 13.6 และ 7.3 ตามลำดับ ชนิดของการรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่ คือ การถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใช้บอลลูน ขดลวด และอื่นๆ (PCI) คิดเป็นร้อยละ 71.1 รองลงมาคือ การรักษาด้วยยา และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) คิดเป็นร้อยละ 21.9 และ 7.0 ตามลำดับ การวินิจฉัยโรคจากแพทย์ส่วนใหญ่ คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 64.1 รองลงมาคือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นร้อยละ 29.7 และ 6.2 ตามลำดับ

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 64.1 โดยมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมเท่ากับร้อยละ 82.1 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 49.28 (SD = 4.68) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี และข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือ ข้อคำถามที่ 4 ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมทอดกรอบ มันทอด เผือกทอด กล้วยทอด ปาท่องโก๋ กล้วยฉาบ/เผือกฉาบ เป็นต้น มีคะแนนเท่ากับร้อยละ 85.2 รองลงมาคือ ข้อคำถามที่ 5 ท่านเลือกรับประทานขนมที่ไม่มีส่วนประกอบของเกลือ

เช่น ขนมปังกรอบไม่ใส่เกลือ ข้าวเกรียบกุ้ง เป็นต้น และข้อคำถามที่ 8 ท่านลดปริมาณเครื่องดื่มที่ใส่นมชั้นหวาน ครีมเทียม หรือน้ำตาล น้ำอัดลม หรือน้ำหวาน เป็นต้น ซึ่งมีคะแนนเท่ากับคือ มีคะแนนเท่ากับร้อยละ 84.2 ส่วนข้อที่มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางคือ ข้อคำถามที่ 1 ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อไก่ ปลา เนื้อวัวไร้ไขมัน เป็นต้น แทนเนื้อติดมัน และ ข้อคำถามที่ 2 ท่านรับประทานไข่แดงไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ (นับรวมกับที่ใช้เป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหาร) และข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ ข้อคำถามที่ 1 ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อไก่ ปลา เนื้อวัวไร้ไขมัน เป็นต้น แทนเนื้อติดมัน มีคะแนนเท่ากับร้อยละ 78.8

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนความรู้เรื่องอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 11.21$, $SD = 2.42$) คะแนนทัศนคติต่ออาหารโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 40.38$, $SD = 4.31$) คะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 73.19$, $SD = 9.52$) คะแนนการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 63.33$, $SD = 6.93$) คะแนนการเข้าถึงแหล่งอาหารโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 24.34$, $SD = 3.78$) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 49.28$, $SD = 4.68$)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่

1) การเข้าถึงแหล่งอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .343$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากที่สุดร้อยละ 11.8

2) การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .320$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 10.24

3) การสนับสนุนความมีอิสระในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .319$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 10.18

4) ความรู้เรื่องอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .224$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 5.02

5) ทศนคติต่ออาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .204$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 4.16

5. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การเข้าถึงแหล่งอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 16.2 ($R^2 = .162$) ซึ่งสามารถสร้างสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z_{\text{พฤติกรรมการบริโภคอาหาร}} = .262 Z_{\text{การเข้าถึงแหล่งอาหาร}} + .225 Z_{\text{การสนับสนุนจากครอบครัว}}$$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมที่ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 64.1 โดยมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมเท่ากับร้อยละ 82.1 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 49.28 ($SD = 4.68$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ระดับดี และข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือ ข้อคำถามที่ 4 ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมทอดกรอบ มันทอด ผีอกทอด กลัวยทอด ปาท่องโก๋ กลัวยฉาบ/เผือกฉาบ เป็นต้น มีคะแนนเท่ากับร้อยละ 85.2 รองลงมาคือ ข้อคำถามที่ 5 ท่านเลือกรับประทานขนมที่ไม่มีส่วนผสมของเกลือ เช่นขนมปังกรอบไม่ใส่เกลือ ข้าวเกรียบกุ้ง เป็นต้น และข้อคำถามที่ 8 ท่านลดปริมาณเครื่องดื่มที่ใส่น้ำหวาน ครีมเทียม หรือน้ำตาล น้ำอัดลม หรือน้ำหวาน เป็นต้น ซึ่งมีคะแนนเท่ากันคือ มีคะแนนเท่ากับร้อยละ 84.2 ส่วนข้อที่มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ระดับปานกลางคือ ข้อคำถามที่ 1 ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อไก่ ปลา เนื้อวัวไร้ไขมัน เป็นต้น แทนเนื้อติดมัน และข้อคำถามที่ 2 ท่านรับประทานไข่แดงไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ (นับรวมกับที่ใช้เป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหาร) และข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ ข้อคำถามที่ 1 ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อไก่ ปลา เนื้อวัวไร้ไขมัน เป็นต้น แทนเนื้อติดมัน มีคะแนนเท่ากับร้อยละ 78.8

จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีความคุ้นเคยกับการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค ซึ่งความคุ้นเคยนั้นอาจเกิดจากการเรียนรู้จาก

ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้ผู้ป่วยจดจำคำแนะนำเรื่องอาหารเฉพาะโรคได้ดี จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 85.9 โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 17.3 รองลงมาได้แก่ ไขมันในเลือดสูง และ เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 13.6 และ 7.3 ตามลำดับ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงของโรคที่อาจจะเกิดขึ้น หากยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค และเห็นถึงความสำคัญของการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่จะสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง

นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในบริบทชุมชนเมือง คือในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการเข้าถึงหรือได้รับข้อมูล ข่าวสาร การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคจากสื่อต่างๆ ได้มาก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี จากผลการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.7 ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุน และให้กำลังใจจากคนในครอบครัวหรือคู่สมรส ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.0-29.9 กิโลกรัม/เมตร² คิดเป็นร้อยละ 35.9 และมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 26.62 กิโลกรัม/เมตร² ซึ่งถือว่าเป็นโรคอ้วนระดับ 1 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2555) ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากโรคอ้วน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงทำให้ผู้ป่วยหันมาสนใจดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างจริงจังเพื่อควบคุมหรือลดน้ำหนัก และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมันสูง เกลือสูง และแคลอรีสูง เช่น อาหารประเภททอด อาหารหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน อาหารรสเค็ม จึงทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม และรายชื่อส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ณีฐกานต์ ช่างเหล็ก (2552) ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเชิงตัว แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้นภายหลังการเกิดโรค เช่นเดียวกับการศึกษาของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคโดยรวมอยู่ในระดับสูง

วัตถุประสงค์ ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยหาค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่า ตัวแปรทั้งหมด ได้แก่ ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 โดยพบว่า การเข้าถึงแหล่งอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .343, .320$ และ $.319$ ตามลำดับ) ส่วนความรู้เรื่องอาหาร และทักษะคิดต่ออาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .224$, และ $.204$ ตามลำดับ) ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. การเข้าถึงแหล่งอาหาร จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนการเข้าถึงแหล่งอาหารโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 24.34$, $SD = 3.78$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อคำถามที่ 1 ผลไม้และผักสดหาซื้อได้สะดวกในละแวกบ้าน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.52 ($SD = 0.61$) รองลงมาคือ ข้อคำถามที่ 2 ผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันต่ำ เช่น นมไขมันต่ำ หรือเนื้อไม่ติดมัน หาซื้อง่ายในละแวกบ้าน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.41 ($SD = 0.70$) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแหล่งอาหารที่เพียงพอ หาได้ง่าย สะดวกและอยู่ใกล้บ้าน ซึ่งหมายถึงมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย ความสะดวกของแหล่งที่ตั้ง การหาได้ง่ายของอาหาร ความเพียงพอของอาหาร จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับโรคอย่างเพียงพอ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งสถานที่พักหรือที่ทำงานมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือ มีแหล่งอาหารที่เพียงพอและมีขนาดใหญ่ รวมทั้งยังมีให้เลือกอย่างมากมาย เช่น ห้างสรรพสินค้า หรือตลาดสดขนาดใหญ่ที่มีอาหารเฉพาะโรค เช่น ผัก ผลไม้ ปลา เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ อย่างเพียงพอ การเดินทางสะดวก หาซื้อได้ง่าย และอยู่ในละแวกบ้านหรือที่ทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 30.5 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่อเดือนสูง คือ 10,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 61.7 จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับโรคได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การเข้าถึงแหล่งอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .343$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแหล่งอาหารอย่างเพียงพอ คือ มีสิ่งแวดล้อมอยู่ใกล้แหล่งอาหาร มีความสะดวกสามารถเข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ดี ซึ่งการเข้าถึงแหล่งอาหารเป็นปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคได้ง่ายขึ้น และมีส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Hardin-Fanning (2013) ศึกษาพบว่า การเข้าถึงแหล่งอาหาร เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การสนับสนุนจากครอบครัว จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 73.19$, $SD = 9.52$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านอยู่ในระดับสูงทั้งหมด และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.13 ($SD = 0.65$) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการสนับสนุนที่ดีจากบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตรหลาน ญาติ ผู้ป่วยมีคนในครอบครัวที่ไว้วางใจ และสามารถพูดคุยปัญหาในเรื่องอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค คนในครอบครัวของผู้ป่วย คอยห่วงใย ช่วยเหลือ และให้กำลังใจ ในการเลือกซื้ออาหาร การเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน การจัดเตรียมอาหาร การประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้อง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน รวมทั้งยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ และด้านการประเมินค่า เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .320$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการดูแล ช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด และมีอิทธิพลต่อตนเอง ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่ช่วยสนับสนุน และเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับโรค ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวที่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการ

บริโภคอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจชรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .255$) และการศึกษาของ Han et al. (2007) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีคะแนนการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 63.33$, $SD = 6.93$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้ออยู่ในระดับสูงทั้งหมด และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อคำถามที่ 7 ผู้ป่วยเชื่อใจในแพทย์ผู้รักษา มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.58 ($SD = 0.54$) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการช่วยเหลือที่ดีจากบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ที่มีความรู้ความสามารถ เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยเชื่อถือ ศรัทธา รวมทั้งมีอิทธิพลต่อตนเอง โดยเป็นการรับรู้การสนับสนุนความเป็นอิสระในตนเองของผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบไปด้วย การให้ทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการรักษา การให้เหตุผลที่ชัดเจนในการรักษา การสนับสนุนความคิดริเริ่มของผู้ป่วย การกระตุ้นและพิจารณามุมมองของผู้ป่วย และลดการควบคุมและการตัดสินใจในตัวผู้ป่วย ในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และมีอิสระในการตัดสินใจในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้มีความเหมาะสมกับโรคภายใต้การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเป็นอันตราย ผู้ป่วยจึงเกิดความกลัว ความเครียด วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย ขาดความมั่นใจในการตัดสินใจ และขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง จึงต้องการแรงจูงใจจากบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และอิทธิพลต่อตนเอง เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยเชื่อถือ ศรัทธา ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความเป็นอิสระในตนเองในการรับผิดชอบต่อการปฏิบัติสุขภาพของตนเอง เกิดแรงจูงใจที่จะปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค เพื่อให้ดำเนินชีวิตต่อไปได้โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การสนับสนุนความมีอิสระในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .319$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการรับรู้การสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคได้ดี ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์สูง จะมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Schmidt et al. (2012) พบว่าถ้าคะแนน

การสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์สูง ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพสูงตามไปด้วย และการศึกษาของ Park et al. (2017) พบว่า การสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ต่ำ จะเกิดการกำเริบซ้ำของโรคเป็น 3.91 เท่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์สูง

4. ความรู้เรื่องอาหาร จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 11.21$, $SD. = 2.42$) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับสูง คือระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.6 จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องอาหารอยู่ในระดับสูง และจากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดจากการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งได้รับความรู้ หรือการได้รับเอกสารคู่มือการปฏิบัติตัว และคำแนะนำเรื่องอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคจากบุคลากรทางการแพทย์ จากการทำผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การศึกษาคั้งนี้ศึกษาในบริบทชุมชนเมือง ซึ่งมีแหล่งข้อมูลข่าวสารอยู่เป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยได้รับ ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคจากสื่อต่างๆ ได้มาก จึงทำให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรค

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ความรู้เรื่องอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .224$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า ความรู้เรื่องอาหาร คือข้อมูล และประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่แสดงออกถึงการจำและเข้าใจในเรื่องอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค หากผู้ป่วยมีความรู้เรื่องอาหารอย่างถูกต้องเพิ่มขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการผลการศึกษาของ จิตติพร วิจิตตรงไชย (2555) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hardin-Fanning (2013) พบว่า ความรู้มีผลต่อการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq .05$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Chaturvedi & Singh (2012) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Heydari et al. (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักในโรคและการยึดมั่นในแผนการรักษาโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์

กับการยึดมั่นในแผนการรักษาโรคด้านการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32, p < .001$)

5. ทักษะคิดต่ออาหาร จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนทัศนคติต่ออาหารโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 40.38, SD = 4.31$) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความรู้สึกนึกคิด มีความเชื่อ และมีความคิดเห็นต่ออาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคเป็นไปในทางบวก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความเข้าใจและมีความเชื่อว่าการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งมีความรู้สึกชอบในรสชาติอาหาร จึงทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ทักษะคิดต่ออาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ ($r = .204$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความรู้สึกชอบหรือมีความรู้สึกทางบวกต่ออาหาร จะส่งผลให้มีแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคในระดับดีตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติพร วิชิตธงไชย (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ทักษะคิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Terry et al. (1991) ทักษะคิดต่ออาหารไขมันต่ำมีความสัมพันธ์กับการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .444, p < .01$) และการศึกษาของ Chaturvedi & Singh (2012) พบว่า ทักษะคิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของความรู้เรื่องอาหารทัศนคติต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัว ตามลำดับ โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 16.2 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนมาตรฐานพบว่า การเข้าถึงแหล่งอาหารมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากที่สุด รองลงมาคือการ

สนับสนุนจากครอบครัว โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .262 และ .225 ตามลำดับ โดยคะแนนมาตรฐานของการเข้าถึงแหล่งอาหารที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น .262 หน่วย และคะแนนมาตรฐานของการสนับสนุนจากครอบครัวที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น .225 หน่วย

ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ คือ ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร และการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. การเข้าถึงแหล่งอาหาร เมื่อพิจารณาอำนาจทำนายกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า การเข้าถึงแหล่งอาหารถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอำนาจในการทำนายเท่ากับ .118 ($R^2 = .118$) ซึ่งหมายถึง การเข้าถึงแหล่งอาหารสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 11.8 อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการเข้าถึงแหล่งอาหารได้มาก คือมีแหล่งอาหารไขมันต่ำ คอเลสเตอรอลต่ำ อาหารกากใยสูงที่มีคุณภาพสูงอย่างเพียงพอและหาได้ง่าย เช่น ผักผลไม้สด มีความสะดวกในการเดินทางไปซื้อ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคได้ดีและเป็นไปได้ง่ายขึ้น

2. การสนับสนุนจากครอบครัว เมื่อพิจารณาอำนาจทำนายกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวที่สอง และเพิ่มความสามารถของความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 4.4 ($R^2 \text{ change} = .044$) โดยทำให้ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .162 ($R^2 = .162$) ซึ่งหมายถึง ตัวแปรการเข้าถึงแหล่งอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 16.2 อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการเข้าถึงแหล่งอาหารได้มาก และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจชรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = .149, $p < .05$) และการศึกษาของ Han et al. (2007) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = .253)

3. การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง เมื่อพิจารณาอำนาจทำนายกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า การสนับสนุนความมีอิสระในตนเองไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ วัยทำงาน ยังคงสามารถพึ่งพาตนเองได้ และส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ เป็นบุคคลที่มีความรู้และมีช่องทางในการรับข้อมูลข่าวสารได้หลายทาง มีความคิดวิเคราะห์ แยกแยะ และสามารถตัดสินใจด้วยตนเองในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคได้ ดังนั้นความต้องการการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์จึงน้อย ผลการศึกษาครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Park et al. (2017) พบว่า การสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถทำนายการกำเริบซ้ำของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ความรู้เรื่องอาหาร เมื่อพิจารณาอำนาจทำนายกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ความรู้เรื่องอาหารไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ อธิบายได้ว่า ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และเป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม ทั้งยังเป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพเสมอไป เนื่องจากการมีความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ หากไม่มีแรงจูงใจอย่างพอเพียง บุคคลนั้นก็จะไม่แสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ ถึงแม้ว่าบุคคลนั้นจะมีความรู้ถูกต้องก็ตาม (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล, 2550) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้เรื่องอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง (> 11คะแนน) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.21 ซึ่งคะแนนไม่สูงมาก เมื่อพิจารณาระดับความรู้เรื่องอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความรู้เรื่องอาหารทั้งในระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยมีความรู้เรื่องอาหารอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 53.1 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 31.3 และ 15.6 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำมากและมีผู้ป่วยตอบถูกน้อยที่สุดคือ ข้อคำถามที่ 5 ถั่วเหลืองจะมีสารที่ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และการแข็งตัวของหลอดเลือดหัวใจ รองลงมาคือข้อคำถามที่ 3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรรับประทานไข่แดงไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 46.9 และ 50.8 ตามลำดับ แสดงว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้เรื่องในเรื่องดังกล่าว จึงทำให้ความรู้เรื่องอาหารมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมไม่สูงมาก อธิบายได้ว่า ถึงแม้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง และความรู้เรื่องอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดหัวใจ แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังมีความรู้เรื่องอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคไม่สูงพอ จึงทำให้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้

5. ทศนคติต่ออาหาร เมื่อพิจารณาอำนาจทำนายกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ทศนคติต่ออาหารไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ อธิบายได้ว่า ถึงแม้ในการศึกษาคั้งนี้จะพบว่า ทศนคติต่ออาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่อย่างไรก็ตาม ทศนคติเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นแบบสหปัจจัย มีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ดังนั้นการดำเนินงานหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะต้องมีการดำเนินการหลายด้านประกอบกัน (Green & Kreuter, 2005) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การศึกษาคั้งนี้ศึกษาในบริบทชุมชนเมือง ซึ่งการได้รับข้อมูล ข่าวสารเรื่องอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค จะได้รับจากหลายช่องทาง เช่น จากบุคลากรทางการแพทย์ จากสมาชิกในครอบครัว หรือจากสื่อ โฆษณา ประชาสัมพันธ์ ซึ่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมานั้นอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทศนคติต่ออาหาร จึงส่งผลต่อพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ดังนั้นการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีทศนคติที่ดีต่ออาหาร แต่ทศนคติที่ดีนั้นอาจเปลี่ยนแปลงได้ และอาจดีไม่มากพอที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคได้ จึงทำให้ทศนคติต่ออาหารไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้

ซึ่งสอดคล้องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาที่ทำการศึกษาคั้งที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Han et al., 2007; จิตติพร วิจิตรงษ์, 2555; อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ, 2552) แต่การศึกษาเหล่านี้เป็นการศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านบุคคลเท่านั้น สำหรับงานวิจัยนี้ได้ศึกษาให้ครอบคลุมปัจจัยทั้ง 3 ด้าน คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล และผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่ผู้วิจัยทำการศึกษาคั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE PROCEED Model ของ Green & Kreuter (2005) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยทั้งภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ดังนั้นการวิเคราะห์สาเหตุจะต้องมีการดำเนินงานหลายด้านร่วมกัน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถอธิบายโดยสรุปได้ดังนี้

ความรู้ และทัศนคติ เป็นปัจจัยนำภายในที่สำคัญของบุคคลที่มีอิทธิพลก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมสุขภาพออกมา (Green & Kreuter, 2005; นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) กล่าวคือ บุคคลที่มีความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างถูกต้อง จะนำมาซึ่งการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม ทัศนคติเป็นปัจจัยนำ ภายในของบุคคลที่เป็นพื้นฐานที่ช่วยสร้างแรงจูงใจให้บุคคลกระทำพฤติกรรมทางด้านสุขภาพและกำหนดการกระทำของบุคคล ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความรู้เรื่องอาหารสูง มีทัศนคติที่ดีต่ออาหาร จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมโภชนาการอย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคได้ดี

การสนับสนุนทางครอบครัว และการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง เป็นปัจจัยเสริมที่เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น โดยแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมที่บุคคลแสดงได้รับการสนับสนุน ยอมรับหรือไม่ยอมรับ (Green & Kreuter, 2005; นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นอันเป็นผลจากการกระทำของตนเอง อาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติตาม ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง อาจช่วยสนับสนุนหรือหยุดยั้งการทำพฤติกรรมนั้นๆ กล่าวคือ บุคคลเมื่อได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว หรือการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์สูง จะทำให้มีการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวสูง มีการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์สูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมโภชนาการอย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคได้ดี

การเข้าถึงแหล่งอาหาร เป็นปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ เป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น (Green & Kreuter, 2005; นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553) ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการเข้าถึงแหล่งได้มาก จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมโภชนาการอย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคได้ดีและเป็นไปได้ง่ายขึ้น

สรุปผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ปัจจัยนำ คือ ความรู้เรื่องอาหาร และทัศนคติต่ออาหาร ปัจจัยเสริม คือ การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงแหล่งอาหาร โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัว ตามลำดับ โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 16.2 แสดงว่า ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 83.8 มาจากปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งนำไปสู่การศึกษาต่อไป การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การเข้าถึงแหล่งอาหารได้มากขึ้น การสนับสนุนจากครอบครัวที่สูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเน้นการให้ความรู้เรื่องแหล่งอาหาร ส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคและยั่งยืน
2. เป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการประเมินการเข้าถึงแหล่งอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อช่วยในการวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. นำเอาองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคและยั่งยืน
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น ปัจจัยนำที่เป็นปัจจัยด้านอุปสรรคต่อการแสดงพฤติกรรม หรือ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อด้านอื่นๆ เช่น ความวิตกกังวล การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ อิทธิพลจากผู้นำชุมชน และ อิทธิพลจากสื่อ โฆษณา ต่างๆ เป็นต้น
3. ควรทำการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในพื้นที่อื่นๆ ที่มีความแตกต่างกันด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม เช่น บริบทชุมชน เป็นต้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกอร แก้วช่วย. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำกิจกรรมที่บ้านในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กรวิมล ทรัพย์ประเสริฐวิทย์. (2557). ทักษะคิดความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรม และคุณลักษณะการใช้งานของเทคโนโลยีที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการใช้เครื่องชำระค่าโทรศัพท์อัตโนมัติของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ปี 2558. สารนิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานประจำปี 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรมมิ่ง องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กษมา แสนใจธรรม. (2549). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). คู่มือธงโภชนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กฤติน ชุมแก้ว และชีพสมน รังสยาร. (2557). ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสงขลา วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม), 35(1), 16-29.
- กันยารัตน์ อู่สกุล และชนกพร จิตปัญญา. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ ประเทศไทย. วารสารพยาบาลตำรวจ, 4(1), 15-26.
- จริญญา คมเฉียบ. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอมขวัญ ชุมชาติ. (2558). ความมั่นคงทางอาหารของชุมชนโคกพยอม ตำบลละงู จังหวัดสตูล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- จิตติพร วิชิตธงไชย. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจ ในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร, 27(24), 340-346.
- จิตติพร วิชิตธงไชย. (2556). ผลของโภชนศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร, 28(2), 220-228.
- จิราภรณ์ นาสูงชน. (2553). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและขดลวดโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2550). พฤติกรรมสุขภาพ *Health Behavior*. พิมพ์ครั้งที่ 5. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชนิดา สุริอาจ, ปรียกมล รัชกุล และวนลดา ทองใบ. (2557). การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพของผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิก. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 2(3), 372-387.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2553). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 12. นนทบุรี: ไทเนรมิตกิจอินเตอร์โปรเกรสซิฟ.
- ณรงค์กร ชัยวงศ์, สุภาภรณ์ ดั่งแพง และเขมมาดี มาสิงบุญ. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 9(3), 112-119.
- ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก. (2552). พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว แผนกผู้ป่วยนอกศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ศรีนครินทร์เวชสาร, 24(4), 286-291.
- ณัฐศิษฐ์ สุวรรณวัฒน์. (2557). อิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนความเป็นอิสระในตนเอง ต่อความต้องการพื้นฐานทางจิตวิทยา แรงจูงใจ และความตั้งใจในการออกกำลังกาย. ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ดวงตา สุวรรณรัตน์, เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท์ และไหมไทย ศรีแก้ว. (2552). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 21(2), 122-136.

- ทวีศิลป์ ศรีอักษร. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การ กิฬา. สำนักวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนพร สุดเสนาหา. (2556). ตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง กรณีศึกษา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอดอกสูง จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ คณะเทคโนโลยี คหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร.
- ธาริน สุขอนันต์, ญัฐพร มีสุข และอาภิสรา วงศ์สละ. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านสวน อำเภอ เมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 27(1), 93-102.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). สถิติชวนใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ไอคอน พรินติ้ง.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2553). เอกสารคำสอนการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เนติมา คูณีย์. (2557). การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- นิตญา ฤทธิ์เพชร, ชนกพร จิตปัญญา และจรรยา ฉิมหลวง. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่ม อาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วารสาร มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 5(1), 16-34.
- เบญจมาศ คำดา. (2552). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ของครู โรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร.
- ปชาณัฐ์ ตันติโกสม. (2553). ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมต่อไขมันในเลือดของผู้ป่วยที่ ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวนหรือการผ่าตัดทางเป็ียง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปฐญาภรณ์ ลาลุน, นภาพร มัยมายงูร และอนันต์ มลารัตน์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์

- การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 18(3), 160-169.
- ประภาส ขำมาก และสมรัตน์ ขำมาก. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 2(3), 74-92.
- ปริมประภา ก้อนแก้ว, จรรยา สันตยากร, ปกรณ์ ประจัญบาน และวิโรจน์ วรรณภีระ. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 5(3), 17-28.
- ปาริชาติ คงเสื่อ, ปชาณัฐ์ ตันติโกสมุ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2556). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วารสารเกื้อการุณย์, 21(ฉบับพิเศษ), 168-185.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 10. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- พัชรวิพรรณ ศรีคง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนล่าง วารสารเกื้อการุณย์, 18(52-66).
- พัสนี ธีระกุลพฤทธิ, สุขุมภรณ์ ศรีวิศิษฐ์ และนงนารถ สุขลิ้ม. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของครัวเรือนในตำบลบางหมาก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านพระเจดีย์สามองค์ อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง.
- พิกุล ดินามาส, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ และศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. พยาบาลสาร, 35(3), 72-83.
- ภัทรพร มูลแจ่ม. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ : การวิเคราะห์อภิमान. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภูษณิศา ไพโรจน์. (2551). การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- มงคล การรุ่มงามพรรณ, สุดารัตน์ สุวารีย์ และนันทนา น้ำฝน. (2555). พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของคนทำงานในสถานประกอบการเขตเมืองใหญ่: กรณีศึกษาพื้นที่เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 32(3), 51-66.
- มธุรส บุญแสน, ทวีศักดิ์ กสิผล และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2557). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกำลังพลที่มีภาวะอ้วนลงพุง ค่ายนวมินทราชินี จังหวัดชลบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(2), 312-319.
- มาลิน มาลาอี. (2549). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ยุภา โฟผา, ชฎาภา ประเสริฐทรง และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้. วารสารพยาบาลทหารบก, 16(1), 123-130.
- ยุวดี ภาษา และคณะ. (2543). วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สยามศิลปะการพิมพ์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์.
- วิจิตรา กุสมภ์. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล.
- วิภาวี ปั่นนพศรี. (2550). พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรใน อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการตลาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
- ศุทธิจิต ภูมิวัฒน์. (2552). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สว่างจิต คงภิบาล. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2555). ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน. [ออนไลน์]. Retrieved 18 มิถุนายน 2560, from <http://thaihealth.or.th/Content/20399-ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน.html>

- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2557). โรคหัวใจคร่าชีวิตคนไทยชม.ละ 6 คน [ออนไลน์]. Retrieved 9 พฤศจิกายน 2557, from <http://www.thaihealth.or.th/Content/25927-โรคหัวใจคร่าชีวิตคนไทยชม.ละ 6 คน.html>
- สุดใจ บุรณพุกษา. (2549). พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ.โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุนทรีย์ สุรัตน์, กิตติ ศศิวิมลลักษณ์, เกวลี เครือจักร และวิโรจน์ มงคลเทพ. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในพื้นที่อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วารสารการพัฒนารวมชนและคุณภาพชีวิต, 4(2), 297-307
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- อรนุช คงเหลี่ยม. (2552). ปัจจัยทางชีวสังคมและความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชัยนาท จังหวัดชัยนาท. สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อรุณลดดา นางแย้ม, อารมณ์ ดীনาน และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2550). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 19(3), 84-96.
- อัครสรรา สถาพรวงษา และกัญญาดา ประจุกสิลา. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว บรรยากาศจริยธรรมในงานกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก, 11(1), 37-42.
- อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์, อารมณ์ ดীনาน และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2552). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 17(3), 41-53.
- อัญฉวีริมา พิสัยพันธ์, จรรยา ภัทรอาษาชัย และกัณฑ์วีร์ วิวัฒน์พาณิชย์. (2556). ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่. ธรรมศาสตร์เวชสาร, 13(3), 352-360.

ภาษาอังกฤษ

- Aggarwal, B., Liao, M., Allegrante, J. P., & Mosca, L. (2010). Low Social Support Level is Associated with Non-Adherence to Diet at 1 Year in the Family Intervention Trial for Heart Health (FIT Heart). *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 42(6), 380-388.
- American Heart Association. (2015). Heart Disease and Stroke Statistics. [online]. Retrieved 2015 November 9, from <https://www.heart.org/General/Heart-and-Stroke-Association-Statistic>.
- Baranowski, T., Missaghian, M., Broadfoot, A., Watson, K., Cullen, K., Nicklas, T., & O'Donnell, S. (2006). Fruit and vegetable shopping practices and social support scales: A validation. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 38, 340-351.
- Barnes, M., & Terry, R. (1991). Adherence to the cardiac diet: Attitudes of patients after myocardial infarction. *Journal of the American Dietetic Association*, 91(11), 1435-1437.
- Basavanthappa, B. T. (2005). *Medical Surgical Nursing : Cardiovascular Nursing* (1st ed.). New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers(P) Ltd.
- Becker, M. H. (1974). Health Belief Model and sick role behavior. *The Health Belief Model and Preventive Health Behavior*. New Jersey: Chales B.Stack.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs,N.J: Prentice-Hall.
- Bloom, B. (1975). *Toxonomy of Educational Objectives Handook*. New York: David Mckay.
- Bonow, R. O., Mann, D. L., Zipes, D. P. Z., & Libby, P. (2012). *Braunder's Heart disease: A Text book of Cardiovacular Medicine* (9th ed.). Philadelphia,PA: Elsevier Saunders.
- Braundwald, E., Zioes, D., & Libby, P. (2001). *Heart disease* (6th ed.). Philadelphia: W.B.Saunders.
- Brislin, R. W. (1986). The Wording and Translation of Research Instruments.Field methods in cross-cultural research: Cross-cultural research and methodology series, 8, 137-164.

- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research : conduct, critique, and utilization*. (Vol. 5). St. Luis. Missouri: Elsevier Saunders.
- Carbonneau, E., Robitaille, J., Lamarche, B., Corneau, L., & Lemieux, S. (2017). Development and validation of the Perceived Food Environment Questionnaire in a French-Canadian population. *Public health nutrition*, 1-7.
- Chandrasekar, B., & Bourassa, M. G. (2000). Incidence and risk factors predictive of unstable angina resulting from restenosis after percutaneous angioplasty of saphenous vein grafts. *American Heart Journal*, 140(6), 827-833.
- Chaturvedi, R., & Singh, N. (2012). Changes in knowledge, attitudes and practices among coronary artery disease patients. *Nutrition & Food Science*, 42(1), 41-47.
- Coulston, A., Boushey , C., & Ferruzzi, M. (2013). *Nutrition in the Prevention and Treatment of Disease* (3rd ed.). San Diego: Academic Press.
- De Leeuw, E. D., Hox, J. J., & Dillman, D. A. (2008). *International Handbook of Survey Methodology*. New York: Psychology Press.Taylor & Francis Group.
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale Development: Theory and Applications* (3rd ed.). California: Sage Publications Inc.
- Dibsdall, L., Lambert, N., Bobbin, R., & Frewer, L. (2003). Low-income consumers' attitudes and behaviour towards access, availability and motivation to eat fruit and vegetables. *Public health nutrition*, 6(02), 159-168.
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- FAO. (1996). Food Security. *Policy Brief, June 2006*(2), 1-4.
- Farmer, S. A., & Gotto, A. M. (1997). Dislipidemia and others risk factors coronary artery disease. In E. BraundWald (Ed.), *Heart disease: A textbook of cardiovascular medicine* (pp. 1126-1160). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Green, S. H., & Glanz, K. (2015). Development of the perceived nutrition environment measures survey. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(1), 50-61.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. (4th ed.). Michigan: McGraw-Hill Education.
- Gregson, S. R. (2001). *Heart disease*. Mankato,Minnesota.: Capstone Press.

- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L. D., Hein, V., Pihu, M., Soos, I., & Karsai, I. (2007). The perceived autonomy support scale for exercise settings (PASSES): Development, validity, and cross-cultural invariance in young people. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(2007), 632-653.
- Han, S. S., Lee, J. I., & Kim, Y. J. (2007). Predicting factors on eating behavior in coronary artery disease patients. *Taehan Kanho Hakhoe chi*, 37(7), 1193-1201
- Hardin-Fanning, F. (2013). Adherence to a Mediterranean diet in a rural Appalachian food desert. *Rural and Remote Health*. 2013 Apr-Jun;13(2):2293. Epub 2013 Jan 21., 13(2), 2293.
- Hausman, D. B., Johnson, M. A., Davey, A., & Poon, L. W. (2011). Body mass index is associated with dietary patterns and health conditions in georgia centenarians. *Journal of aging research*, 2011.
- Heydari, A., Ziaee, E. S., & Gazrani, A. (2015). Relationship between Awareness of Disease and Adherence to Therapeutic Regimen among Cardiac Patients. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 3(1), 23-30.
- House, J. S. (1981). The nature of social support. . In M. A. Reading (Ed.), *Work Stress and Social Support*. . Philadelphia: Addison Wesley.
- Ignatavicius, D., & Workman, M. L. (2015). *Medical-Surgical Nursing : Patient-Centered Collaborative Care* (8th ed.). St.Louis, Missouri: Saunders Elsevier. Saunders.
- Kang, Y., Yang, I.-S., & Kim, N. (2010). Correlates of Health Behaviors in Patients With Coronary Artery Disease. *Asian Nursing Research*, 4(1), 45-55.
- Khan, M. G. (2007). *Cardiac drug therapy* (7th ed.). Totowa, New Jersey: Humana Press Inc.
- King, D. E., Mainous Iii, A. G., Carnemolla, M., & Everett, C. J. (2009). Adherence to Healthy Lifestyle Habits in US Adults, 1988-2006. *The American Journal of Medicine*, 122(6), 528-534.
- Koikkalainen, M., Lappalainen, R., & Mykkänen, H. (1996). Why cardiac patients do not follow the nutritionist's advice: barriers in nutritional advice perceived in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 18(12), 619-623.
- Koponen, A. M., Simonsen, N., Laamanen, R., & Suominen, S. (2015). Health-care climate, perceived self-care competence, and glycemic control among

- patients with type 2 diabetes in primary care. *Health Psychology Open*, 2(1), 1-10.
- Kris-Etherton, P., Eckel, R. H., Howard, B. V., St. Jeor, S., & Bazzarre, T. L. (2001). Lyon Diet Heart Study. *Circulation*, 103(13), 1823.
- Kristal, A. R., Bowen, D. J., Curry, S. J., Shattuck, A. L., & Henry, H. J. (1990). Nutrition knowledge, attitudes and perceived norms as correlates of selecting low-fat diets. *Health Education Research*, 5(4), 467-477.
- Krumholz, H. M., Merrill, A. R., Schone, E. M., Schreiner, G. C., Chen, J., Bradley, E. H., . . . Drye, E. E. (2009). Patterns of Hospital Performance in Acute Myocardial Infarction and Heart Failure 30-Day Mortality and Readmission. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*.
- Lappalainen, R., Koikkalainen, M., Julkunen, J., Saarinen, T., & Mykkänen, H. (1998). Association of Sociodemographic Factors with Barriers Reported by Patients Receiving Nutrition Counseling as Part of Cardiac Rehabilitation. *Journal of the American Dietetic Association*, 98(9), 1026-1029.
- Leong, J., Molassiotis, A., & Marsh, H. (2004). Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post-myocardial infarction patients: the role of health beliefs, locus of control and psychological status. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 8(1), 26-38.
- Leung Yinko, S. S. L., Pelletier, R., Behloul, H., Bacon, S. L., Karp, I., Thanassoulis, G., . . . Pilote, L. (2015). Potential factors associated with fruit and vegetable intake after premature acute coronary syndrome: a prospective cohort study. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 66(8), 943-949.
- Lichtenstein, A. H., Appel, L. J., Brands, M., Carnethon, M., Daniels, S., Franch, H. A., . . . Wylie-Rosett, J. (2006). Diet and Lifestyle Recommendations Revision 2006. *Circulation*, 114(1), 82.
- Lloyd-Jones, D., Adams, R. J., Brown, T. M., Carnethon, M., Dai, S., De Simone, G., . . . Gillespie, C. (2010). Heart disease and stroke statistics—2010 update. *Circulation*, 121(7), e46-e215.

- Margaret, E. G. (2003). Heart healthy eating self-efficacy: An effective tool for management. *Eating behavior change interventions for Hypercholesterol. Clinical Nutrition*, 18(4)229-244.
- Martinez, L. G., & House-Fancher, M. A. (2000). *Nursing management and Coronary artery disease*. In S. M. Lewis & M. M. Heithjemp (Eds.), *Medical Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problem*. Missouri: St. Louis: Mosby.
- Miežiene, B., Šinkariova, L., & Adomavičūtė, E. (2015). The Importance Of Perceived Autonomy Support And Previous Behaviour For Autonomous Motivation In Patients With Type 1 Diabetes. *International Journal of Psychology: A Biopsychosocial Approach*, (17), 57-78.
- Mohn, J., Graue, M., Assmus, J., Zoffmann, V., B. Thordarson, H., Peyrot, M., & Rokne, B. (2015). Self-reported diabetes self-management competence and support from healthcare providers in achieving autonomy are negatively associated with diabetes distress in adults with Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 32(11), 1513-1519.
- Moser, D. K., & Riegel, B. (2008). *Cardiac nursing : a companion to Braunwald's heart disease*. St.Louis, Missouri: Saunders/Elsevier.
- Mosleh, S. M., & Darawad, M. (2015). Patients' Adherence to Healthy Behavior in Coronary Heart Disease: Risk Factor Management Among Jordanian Patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(6), 471-478.
- Munir, F., Khan, H. T. A., Yarker, J., Haslam, C., Long, H., Bains, M., & Kalawsky, K. (2009). Self-management of health-behaviors among older and younger workers with chronic illness. *. Patient Education and Counseling*, 77(1), 109-115.
- Nantaga, S. (2011). Instrument Translation for Cross-Cultural Research: Technique and Issues to be Considered. *Thai journal of Nursing Council*, 26(1), 19-28
- National cholesterol education program (NCEP). (2001). Expert Panel on Detection Evaluation and treatment of high blood cholesterol in Adults (Adult treatment Panel III). *JAMA* 269: 3015-23.

- Om, P., Deenan A., & Pathumarak N. (2013). Factors influencing eating behavior of people with type 2 diabetes in Bhutan. *Journal of Science, Technology, and Humanities*, 11(2), 129-138.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Year Book Inc.
- Park, A. R., So, H. S., & Song, C. E. (2017). Impact of Risk Factors, Autonomy Support and Health Behavior Compliance on the Relapse in Patients with Coronary Artery Disease. *Korean Journal of Adult Nursing*, 29(1), 32-40.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice* (3rd ed.). Michigan: Appleton & Lange.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8th ed.). London: Lippincott.
- Psouni, S., Chasandra, M., & Theodorakis, Y. (2016). Exercise and Healthy Eating Intentions and Behaviors among Normal Weight and Overweight/Obese Adults. *Psychology*, 7(4), 598-611.
- Putra, K. W. R., Toonsiri C., & Junprasert S. (2015). Factors Influencing Eating Behaviors among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Sidoarjo Sub-district, East Java, Indonesia. *Pharmaceutical and Health Science Journal*, 10(2), 39-48.
- Rakinaung, N. E., Jerayingmongkol Peranan, & Sanguanprasit Boosaba. (2015). Factors Related to Eating Behavior of Men and Women in Tomohon , Indonesia. *Journal of Health Research*, 29(Supplement 1), 103-108.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000 a). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Sakyi, P. (2012). Determinants of food accessibility of rural households in the Limpopo province: South Africa. *Unpublished. Masters of Science in Nutrition and Rural Development, Ghent University, Ghent*.
- Schlundt, D. G., Hargreaves, M. K., & Buchowski, M. S. (2003). The Eating Behavior Patterns Questionnaire predicts dietary fat intake in African American women. *Journal of the American Dietetic Association*, 103(3), 338-345.
- Schmidt, K., Gensichen, J., Petersen, J. J., Szecsenyi, J., Walther, M., Williams, G., & Freund, T. (2012). Autonomy support in primary care—validation of the

- German version of the Health Care Climate Questionnaire. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65(2), 206-211.
- Schmied, E. A., Parada, H., Horton, L. A., Madanat, H., & Ayala, G. X. (2013). Family Support Is Associated With Behavioral Strategies for Healthy Eating Among Latinas. *Health Education & Behavior*, 41(1), 34-41.
- Sebregts, E. H., Falger, P. R., Appels, A., Bär, F. W., & Kester, A. D. (2003). Cholesterol changes in coronary patients after a short behavior modification program. *International Journal of Behavioral Medicine*, 10(4), 315-330.
- Sharp, P. B., & Salyer, J. (2012). Self-efficacy and Barriers to Healthy Diet in Cardiac Rehabilitation Participants and Nonparticipants. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 27(3), 253-262.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook of medical Surgical Nursing* (11th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sun, Z., Choo, G. H., & Ng, K. H. (2012). Coronary CT angiography: current status and continuing challenges. *The British Journal of Radiology*, 85(1013), 495-510.
- Terry, R. D., Oakland, M. J., & Ankeny, K. (1991). Factors associated with adoption of dietary behavior to reduce heart disease risk among males. *Journal of Nutrition Education*, 23(4), 154-160.
- Thuy, N. H., Keeratiyutawong P., & Deoisres W. (2016). Factors predicting eating behavior among persons with type 2 diabetes in Can Tho university hospital, Vietnam *Journal of nursing and health care*, 34(2), 96-104.
- Torpy, J. M., Burke, A. E., & Glass, R. M. (2009). Coronary heart disease risk factors. *JAMA*, 302(21), 2388-2388.
- Vogel, R. A. (1998). The management of hypercholesterolemia in patients with coronary artery disease: Guidelines for primary care. *Clinical Cornerstone*, 1(1), 51-64.
- Williams, G. C., Lynch, M. F., McGregor, H. A., Ryan, R. M., Sharp, D., & Deci, E. L. (2006). Validation of the "important other" climate questionnaire: Assessing autonomy support for health-related change. *Families, Systems & Health*, 24(2), 179-194

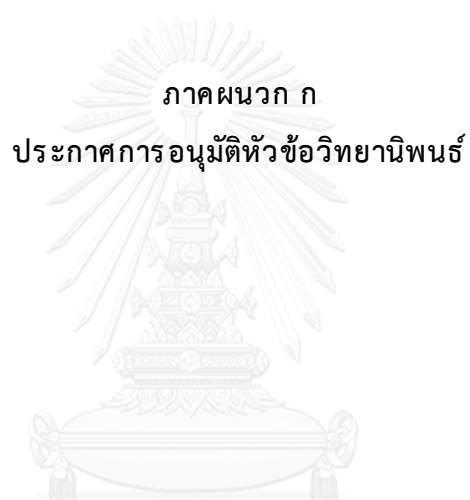
- Woods, S. L. (2010). *Cardiac Nursing* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Yehle, K. S., Chen, A. M. H., Plake, K. S., Yi, J. S., & Mobley, A. R. (2012). A qualitative analysis of coronary heart disease patient views of dietary adherence and web-based and mobile-based nutrition tools. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 32(4), 203-209.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

ประกาศการอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ ครั้งที่ 14/2559 ประจำปีการศึกษา 2559

ตามที่คณะพยาบาลศาสตร์ ได้มีประกาศ เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ ครั้งที่ 22/2557 ประจำปีการศึกษา 2557 ประกาศ ณ วันที่ 27 กรกฎาคม 2558 และครั้งที่ 39/2558 ประจำปีการศึกษา 2557 ประกาศ ณ วันที่ 29 กรกฎาคม 2559 แล้วนั้น เนื่องจากมีการปรับแก้บางส่วน จึงขอยกเลิกประกาศ หัวข้อวิทยานิพนธ์ ของ นางสาวกุลกัลยา เพ็ชรทับทิม และนางสาวพนารัตน์ ศรีธายา ในประกาศฉบับดังกล่าว และใช้ประกาศฉบับนี้แทน ดังนี้

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	5677155336
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวกุลกัลยา เพ็ชรทับทิม
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ประธานกรรมการสอบ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสม
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกำกัดเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
	THE EFFECT OF SELF MANAGEMENT PROGRAM ON SODIUM RESTRICTED BEHAVIOR OF PERSON WITH HEART FAILURE
ครั้งที่อนุมัติ	14/2559
ระดับ	ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	5777178936
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวพนารัตน์ ศรีธายา
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ประธานกรรมการสอบ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อีระ ลินเดชาภิรักษ์
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
	PREDICTING FACTORS OF SPECIAL DIETARY BEHAVIORS IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE
ครั้งที่อนุมัติ	14/2559
ระดับ	ปริญญาโท

ประกาศ ณ วันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2560

สุวิทย์ วัฒนศิริ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิทย์ วัฒนศิริ)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและเอกสารเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ (สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส	อาจารย์ประจำโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
พันตำรวจเอกหญิง ปัทมา พิระพันธุ์	หัวหน้าหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ
นางอรวิภาญจน์ ชัยมงคล	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11 / 2681

วันที่ 22 กันยายน 2559

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ดันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1153

อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ดันติโกสม โทร. 0-2218-1149

นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา โทร. 08-1792-9291



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11 / 281

วันที่ 22 กันยายน 2559

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ดันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1153

อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ดันติโกสม โทร. 0-2218-1149

นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา โทร. 08-1792-9291

ที่ ศร 0512.11/ 2926



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ ตุลาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนารัตน์ ศรีธาดา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสุม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส อาจารย์ประจำโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญและเป็นบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1153

อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสุม โทร. 0-2218-1149

นางสาวพนารัตน์ ศรีธาดา โทร. 08-1792-9291

ที่ ศธ 0512.11/2670



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

16 กันยายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิงดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานัญญ์ ตันติโกสุม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ พันตำรวจเอกหญิง ปัทมา พิระพันธ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมหัวใจ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

ชื่อนิสิต

พันตำรวจเอกหญิง ปัทมา พิระพันธ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1153

อาจารย์ ร.ต.ต หญิงดร. ปชานัญญ์ ตันติโกสุม โทร. 0-2218-1149

นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา โทร. 08-1792-9291

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๖๗๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

16 กันยายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนารัตน์ ศรีธายา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสุม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ นางอรวิภาญจน์ ชัยมงคล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาพร้อมชื่อ นิสิต

นางอรวิภาญจน์ ชัยมงคล

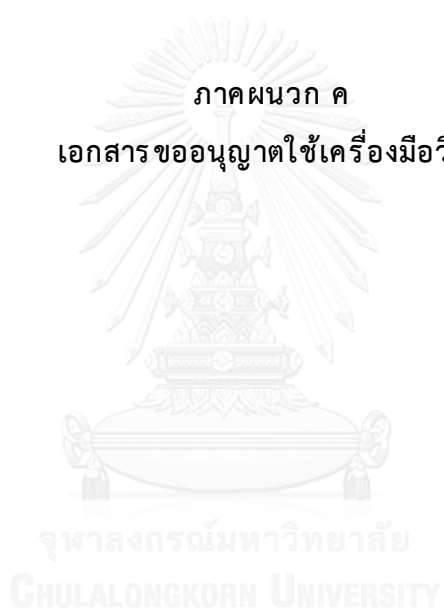
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1153

อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสุม โทร. 0-2218-1149

นางสาวพนารัตน์ ศรีธายา โทร. 08-1792-9291

ภาคผนวก ค
เอกสาร ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย



FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	1067
วันที่	16 ก.ย. 59
เวลา	16.00 น.
ผู้รับ	นาง คมปดี

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน รอง คณบดี

ข้าพเจ้า นางสาว พาร์ตน์ ศรีธายา รหัสประจำตัว 5777178936 นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 69 ซอย 1 ถนน รongเมือง ตำบล/แขวง รongเมือง อำเภอ/เขต ปทุมวัน จังหวัด กทม.
รหัสไปรษณีย์ 10330 โทรศัพท์ 081-792-9291

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

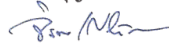
มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบวัดพฤติกรรมกรการรับประทานอาหารของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมกรการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาว ปารีชาติ คงเสื่อ
- ปีของวิทยานิพนธ์ ปี 2556

ลงนาม พงษ์วิทย์ ศรีธายา ผู้ยื่นคำร้อง
(น.ศ. นาดวิณี ศรีธายา)
15 / ก.ย. / 59

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>เห็นสมควร ใช้ เครื่องมือ วิจัย ดังกล่าว</p> <p>ลงนาม รศ.ดร. น.ศ. ปรีชา</p> <p>(รศ.ดร.) น. ปรีชา / น.ศ. ปรีชา</p> <p>15 / ก.ย. / 59</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>เห็นสมควร ใช้ เครื่องมือ วิจัย ดังกล่าว</p> <p>ลงนาม น.ศ. นาดวิณี ศรีธายา</p> <p>(น.ศ. นาดวิณี ศรีธายา)</p> <p>17 / ก.ย. / 59</p>
--	---

อนุญาต



(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

...../...../.....

2/9
16 ก.ย. 59

ที่ ศธ 0512.11/๒ ๖๘๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๒ กันยายน 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เนื่องด้วย นางสาวพนารัตน์ ศรีธัญญา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชามัญญ์ ตันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบทดสอบทัศนคติในการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโภชนศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ของ นางจิตติพร วิชิตธงไชย สาขาวิชาโภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2555) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวลี โลวีกรรม เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1153
อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชามัญญ์ ตันติโกสม โทร. 0-2218-1149
นางสาวพนารัตน์ ศรีธัญญา โทร. 08-1792-9291

ที่ ศธ 0512.11/ 2687



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ กันยายน 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เนื่องด้วย นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว แผนกผู้ป่วยนอกศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของ นางสาวณัฐกานต์ ช่างเหล็ก สาขาวิชาโภชนาการชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2552) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวลี โสวิกรม เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อ นิสิต

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1153
อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม โทร. 0-2218-1149
นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา โทร. 08-1792-9291

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๙๐๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๐ กันยายน 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เนื่องด้วย นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสุม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ของ นางสาวภูษณิศา โพโรจน์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2551) โดยมี ดร. จารุวรรณ กฤตย์ประชา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท์ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้บัณฑิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1153
อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสุม โทร. 0-2218-1149
นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา โทร. 08-1792-9291



ที่ ศธ 0521.1.20 / ๑53

อุทยานวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่
จ.สงขลา 90110

15 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง อนุญาตให้ใช้ลิขสิทธิ์ในวิทยานิพนธ์
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ้างถึง หนังสือราชการเลขที่ ศธ 0512.11 /0808 ลงวันที่ 10 กันยายน 2559

ตามที่ นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย “แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นหวาน” ของ นางสาวภูษณิศา ไพโรจน์ คณะพยาบาลศาสตร์ และเป็นลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้พิจารณาแล้วมีความเห็นว่าควรอนุญาตให้ทาง นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา ใช้ผลงานลิขสิทธิ์ดังกล่าวโดยไม่มีค่าตอบแทนและใช้สิทธิได้เฉพาะ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เท่านั้น ทั้งนี้จะต้องมีการอ้างถึงมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และชื่อผู้สร้างสรรค์ผลงานให้เป็นที่ประจักษ์ในการใช้ผลงานดังกล่าวด้วย หากมีผู้ประสงค์จะใช้งานในผลงาน อันมีลิขสิทธิ์ดังกล่าว นอกเหนือจากที่ได้อนุญาตไว้ จักต้องมีการขออนุญาตและได้รับการอนุญาตจาก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ก่อนทุกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คำรณ พิทักษ์)

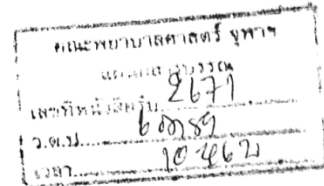
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการอุทยานวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ที่ ศธ 0514.11.1/ 6966



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

29 พฤศจิกายน 2559



เรื่อง ยินดีให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ 0512.11/2687 ลงวันที่ 22 กันยายน 2559

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในการใช้เครื่องมือการวิจัย “แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว” จากวิทยานิพนธ์เรื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว แผนกผู้ป่วยนอกศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของนางสาวณัฐกานต์ ช่างเหล็ก นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการชุมชน โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวดี โลวีกรรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ความละเอียดแจ้งนั้น

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องและยินดีให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ฯ ตามนัยหนังสือดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ สุพรรณิ พรหมเทศ)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ วิจัยและบริการวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



ที่ ศธ 0514.11.1/ ๖3๖5

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

29 พฤศจิกายน 2559

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
แผนกสารบรรณ
เลขที่หนังสือรับ 9620
ว.พ.บ. ๖ ค. ๘๑
เวลา 10.43 น.

เรื่อง ยินดีให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ 0512.11/2688 ลงวันที่ 22 กันยายน 2559

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์ที่ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในการใช้เครื่องมือการวิจัย “แบบทดสอบทัศนคติในการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ” จากวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของโภชนศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ของนางจิตติพร วิชิตธงไชย นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวลี โลวีรกรรม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งนั้น

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องและยินดีให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ฯ ตามนัยหนังสือดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ สุพรรณณี พรหมเทศ)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ วิจัยและบริการวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

เอกสาร ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

จิตติพร วิชิตธงไชย <jekitti@kku.ac.th>

ถึง Panarat

09/07/16 เวลา 4:01 น.

ยินดีค่ะ

จิตติพร วิชิตธงไชย

chittiporneve@gmail.com , jekitti@kku.ac.th

From: Panarat <panaratsri@yahoo.com>

Date: September 8, 2016 at 11:34:34 AM GMT+7

To: Panarat <panaratsri@yahoo.com>

Subject: Fwd: ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิจัยค่ะ

เรียน อาจารย์ จิตติพร วิชิตธงไชย

ดิฉัน นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันกำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จะขออนุญาตใช้แบบสอบถามทัศนคติในการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในการนำไปประเมินทัศนคติต่ออาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากขณะนี้ดิฉันกำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หากอาจารย์ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือฉบับนี้ ดิฉันจะดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตการใช้เครื่องมือการวิจัยตามระเบียบมหาวิทยาลัยต่อไปค่ะ

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสาร ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

From: Karen Glanz <kglanz@upenn.edu>
Date: August 22, 2016 at 2:34:33 AM GMT+7
To: Panarat <panaratsri@yahoo.com>
Cc: shgreen <shgreen@upenn.edu>
Subject: Re: Borrow your instrument - NEMS-P

Dear Panarat,

You are welcome to adapt this measure into the Thai context, as long as you attribute the source to the original article.

I have attached the full paper of the article and also the instrument. Best of luck in your research.

Sincerely,

Karen Glanz

Karen Glanz, PhD, MPH George A. Weiss University Professor
Professor of Epidemiology and Nursing
801 Blockley Hall, 423 Guardian Drive
Perelman School of Medicine and School of Nursing
University of Pennsylvania
Philadelphia, PA 19104 215-898-0613, Fax: 215-573-5315
kglanz@upenn.edu

On 8/21/2016 at 10:44 AM, Panarat wrote:

Date August 21, 2016

Karen Glanz, Ph.D., M.P.H.

University of Pennsylvania

Dear Karen Glanz

My name is Ms.Panarat Srichaya , a graduate student from Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Located in Bangkok, Thailand. I am now working on the thesis with the topic of “Predicting Factors of Dietary Behaviors in Patients with Coronary Artery Disease”

I am very interested in your article “Development of the Perceived Nutrition Environment Measures.” which was published earlier in American Journal of Preventive Medicine Volume 49, Issue 1, July 2015, Pages 50-61

As your article is related to my studies, I would like to request for your permission to use you’re “ The Nutrition Environment Measures Survey (NEMS).” and to translate from English into Thai language.

Meanwhile, I would like to request for your full paper of The Nutrition Environment Measures Survey (NEMS) and request for permission to appropriately modify into Thai cultural context.

Thank you very much and I look forward to your response.

Best regards,

Ms.Panarat Srichaya



เอกสาร ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

Schmidt, Konrad Konrad.Schmidt@med.uni-jena.de

ถึง panaratsri@yahoo.com

สำเนาถึง Gensichen, Jochen 08/23/16 เวลา 6:30 น.

Dear Ms. Panarat,

thank you for your interest on the HCCQ-D. You are very welcome to translate.

Enclosed you find the full article. The German version is free for scientific, non-commercial use.

Please don't miss to ask also the author Geoffrey Williams

Best regards,

Konrad Schmidt

Konrad Schmidt M.D.

Executive committee member

Residency program coordinator

Department of General Practice and Family Medicine

Jena University Hospital

Bachstr. 18, D-07743 Jena

Tel.: ++49 (0) 3641 9395800, Fax: ++49 (0) 3641 9395802

Mail: konrad.schmidt@med.uni-jena.de

Homepage: www.allgemeinmedizin.uni-jena.de

Date August 20, 2016

Dear Jochen Gensichen

My name is Ms.Panarat Srichaya , a graduate student from Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Located in Bangkok, Thailand. I am now working on the thesis with the topic of “Predicting Factors of Dietary Behaviors in Patients with Coronary Artery Disease”

I am very interested in your article “Autonomy support in primary care-validation of the German version of the Health Care Climate Questionnaire A prospective risk factor analysis.” which was published earlier in Journal of Clinical Epidemiology - (2011) : Table 2. Description of the HCCQ-D items (text of the original English version)

As your article is related to my studies, I would like to request for your permission to use you're the Health Care Climate Questionnaire and to translate from English into Thai language.

Meanwhile, I would like to request for your full paper of the Health Care Climate Questionnaire (English Version) and request for permission to appropriately modify into Thai cultural context.

Thank you very much and I look forward to your response.

Best regards,
Ms.Panarat Srichaya

Universitätsklinikum Jena - Bachstrasse 18 - D-07743 Jena

Die gesetzlichen Pflichtangaben finden Sie unter
<http://www.uniklinikumjena.de/Pflichtangaben.html>

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ง

เอกสารขอรับการพิจารณาจริยธรรมและเอกสารขอเก็บรวบรวมข้อมูล



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/2958



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๔ พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) ผ่านประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างการวิจัยพอสังเขป จำนวน 4 ชุด
 2. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย จำนวน 4 ชุด
 3. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 4 ชุด
 4. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 4 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชามณัฏฐ์ ตันติโกสุม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1153

อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชามณัฏฐ์ ตันติโกสุม โทร. 0-2218-1149

นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา โทร. 08-1792-9291

ที่ ศธ 0512.11/2๑๕๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

4 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างการวิจัยตามแบบ ว-1ค จำนวน 4 ชุด
 2. แบบฟอร์มการขอรับการพิจารณาให้การรับรองเชิงจริยธรรม จำนวน 4 ชุด
 3. แบบฟอร์มข้อตกลงและยินยอมการส่งรายงานการวิจัย จำนวน 4 ชุด
 4. แบบฟอร์มในการให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย จำนวน 4 ชุด
 5. ไฟล์โครงร่างวิจัย CD จำนวน 1 แผ่น

เนื่องด้วย นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ดันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1153
อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ดันติโกสม โทร. 0-2218-1149
นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา โทร. 08-1792-9291

ที่ ศธ 0512.11/ 3๘๐๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ม.ช.ชุดที่ 2

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. โครงร่างการวิจัยเพื่อเข้ารับการพิจารณาครั้งแรก	จำนวน 4 ชุด
	2. หนังสือนำส่งโครงร่างการวิจัย	จำนวน 4 ชุด
	3. แบบตรวจสอบความครบถ้วนโครงร่างการวิจัย	จำนวน 4 ชุด
	4. แบบประเมินวิธีการพิจารณาโครงร่างการวิจัย (สำหรับผู้วิจัยหลัก)	จำนวน 4 ชุด
	5. แนวทางในการเขียนโครงร่างการวิจัย	จำนวน 4 ชุด
	6. แบบประวัติผู้วิจัย	จำนวน 4 ชุด
	7. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	จำนวน 4 ชุด
	8. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	จำนวน 4 ชุด
	9. แบบเก็บข้อมูล / แบบสอบถามของโครงการวิจัย	จำนวน 4 ชุด
	10. CD บันทึกโครงร่างการวิจัย	จำนวน 1 แผ่น

เนื่องด้วย นางสาว พนารัตน์ ศรีฉายา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกศล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

ในการนี้ นิสิตขอขออนุญาตยื่นคำร้องเรียนในการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เนื่องจากเงินทุนสนับสนุนที่ได้รับมีจำนวนน้อย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาว พนารัตน์ ศรีฉายา เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาฯ

ชื่อ นิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1153

อาจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกศล โทร. 0-2218-1149

นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา โทร. 08-1792-9291

ที่ ศธ 0512.11/ ๓๐๓๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบรายงานการส่งโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาครั้งแรก จำนวน 4 ชุด
 2. แบบเสนอโครงการวิจัย จำนวน 4 ชุด
 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือแสดงความยินยอม จำนวน 4 ชุด
 4. ประวัติผู้วิจัย จำนวน 4 ชุด
 5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 4 ชุด
 6. แผ่นซีดีบันทึกโครงการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกศลุม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกตพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1153
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกศลุม โทร. 0-2218-1149
นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา โทร. 08-1792-9291



ที่ ศธ 0512.11/ ๕๐๘๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ดันดีโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 40-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ จำนวน 70 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบวัดทัศนคติต่ออาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว แบบวัดการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่องวัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1153
อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ดันดีโกสม โทร. 0-2218-1149
นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา โทร. 08-1792-9291

ที่ ศธ 0512.11/3006



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 40-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบวัดทัศนคติต่ออาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว แบบวัดการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติภาระแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
ที่ลิสต์

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1153
อาจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม โทร. 0-2218-1149
นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา โทร. 08-1792-9291

ที่ ศธ 0512.11/ 3006



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ดันดีโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 40-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบวัดทัศนคติต่ออาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว แบบวัดการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษา
สื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1153
อาจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ดันดีโกสม โทร. 0-2218-1149
นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา โทร. 08-1792-9291

ที่ ศธ 0512.11/3๐30



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๗ พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ดันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 40-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบวัดทัศนคติต่ออาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว แบบวัดการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ขอสืบเสาะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาว พนารัตน์ ศรีฉายา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อ นิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-1153
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร. ปชานันท์ ดันติโกสม โทร. 0-2218-1149
นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา โทร. 08-1792-9291

ภาคผนวก จ

เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง





หนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน
 คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2
 99 หมู่ที่ 18 ถ.พหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
 โทร. / โทรสาร 0-2564-4440-79 ต่อ 1804

หนังสือรับรองเลขที่ 091/2559
 รหัสโครงการวิจัย 122/2559
 ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
 ชื่อผู้วิจัย นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 29 พฤศจิกายน 2559
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information Sheet) ฉบับที่ 2 วันที่ 29 พฤศจิกายน 2559
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form) ฉบับที่ 2 วันที่ 29 พฤศจิกายน 2559

คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 ได้พิจารณาอนุมัติด้านจริยธรรมการทำวิจัยในคนให้ดำเนินการวิจัยข้างต้นได้ ตามมติที่ประชุมครั้งที่ 15/2559 เมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2559

ระยะเวลาที่อนุมัติ 1 ปี

อนุมัติ ณ วันที่ 6 ธันวาคม 2559

หมดอายุวันที่ 6 ธันวาคม 2560

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า 6 มิถุนายน 2560

ถ้าหากผู้วิจัยไม่สามารถดำเนินการทันตามกำหนดของอายุใบรับรอง โครงการวิจัย (1 ปี) ให้ผู้วิจัยดำเนินการยื่นเรื่องขอต่ออายุขยายเวลา ก่อนครบกำหนดอย่างน้อย 30 วัน

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. พันเอก ถวัลย์ ฤกษ์งาม)

ประธานคณะกรรมการ

อนุมัติ ณ วันที่ 6 ธันวาคม 2559

หมดอายุ วันที่ 6 ธันวาคม 2560

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิมลพัทธ์ ศรีไวย์)

อนุกรรมการและเลขานุการ



เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 600021
เอกสารเลขที่ 023/2560

ชื่อโครงการ “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ”
(ภาษาอังกฤษ) “Predicting factors of special dietary behaviors in patients with coronary artery disease”
ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวพนารัตน์ ศรีฉาย ตำแหน่ง นิสิตระดับปริญญาโท
สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เอกสารที่รับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 23 มกราคม 2560
2. แบบเก็บบันทึกข้อมูล ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 23 มกราคม 2560
3. เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 23 มกราคม 2560
4. เอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 23 มกราคม 2560

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 23 เดือน มกราคม พ.ศ. 2560 และจะรับรองโครงการวิจัยเป็นระยะเวลา 2 ปี
คือสิ้นสุดวันที่ 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2562

ลงนาม.....
(รศ.คลินิก นพ.อุดม ไกรฤทธิชัย)
ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....
(นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามแนวปฏิบัติการวิจัยของคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี คณะกรรมการฯ จึงขอแจ้งให้ผู้วิจัยทราบถึงข้อกำหนดต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัครเป็นยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี)
3. แบบสัมภาษณ์ / แบบสอบถาม / แบบบันทึกข้อมูล ฉบับที่ได้รับอนุมัติจากโรงพยาบาลราชวิถีเท่านั้น
4. การรายงานอาการไม่พึงประสงค์ (AE) ที่เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้แจ้งคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยทราบ ภายในกำหนดเวลา 5 วันทำการ หลังจากผู้วิจัยทราบถึงเหตุการณ์ โดยส่งเอกสารจำนวน 3 ชุด มาที่ คณะกรรมการฯ โรงพยาบาลราชวิถี
5. การรายงานอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรง (SAE) ที่เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้แจ้งคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยทราบ ภายในกำหนดเวลา 3 วันทำการ หลังจากผู้วิจัยทราบถึงเหตุการณ์ โดยส่งเอกสารจำนวน 3 ชุด มาที่คณะกรรมการฯ โรงพยาบาลราชวิถี
6. กรณีมีการแก้ไขเอกสาร (Amendment) เปลี่ยนแปลงรายละเอียดโครงการวิจัย จะต้องยื่นเอกสารฉบับใหม่จำนวน 3 ชุด เพื่อขออนุมัติจากคณะกรรมการฯ ก่อนจะดำเนินการวิจัยต่อไป
7. การขออนุมัติต่ออายุโครงการวิจัย ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติต่ออายุก่อนหมดอายุ อย่างน้อย 1 เดือน หากล่าช้ากว่ากำหนดจะไม่ดำเนินการต่ออายุได้ ต้องขอเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใหม่ หรือ ตามมติของคณะกรรมการพิจารณาเป็นรายโครงการ



โรงพยาบาลตำรวจสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๙๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง ๐๘/๒๕๖๐

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	PREDICTING FACTORS OF SPECIAL DIETARY BEHAVIORS IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นางสาว พนารัตน์ ศรีฉายา นิติศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๐ (Version 1.0 Date 24 January 2017) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอมฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๕๙ (Version 1.0 Date 24 January 2017) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๕๙ (Version 1.0 Date 24 January 2017) (ฉบับภาษาไทย) ๔. อัตตประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๒๔ มกราคม ๒๕๖๐
วันที่หมดอายุ	๒๓ มกราคม ๒๕๖๑

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

พันตำรวจเอกหญิง... พันตรี รัตนสุมาวงศ์)
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ

พันตำรวจเอก... (อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ

RL 01_2555



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก

ชั้น 5 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

317/5 ถนน ราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์, (662) 763-4297, (662) 763-4270 โทรสาร (662) 354-9011

www.irbta.pmk.ac.th, www.amed.go.th/rfamed/irbta/ E-mail: irbta@yahoo.com, irbta@amed.go.th

ที่ IRBTA204...../2560

16 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขอชี้แจงการดำเนินการต่างๆ เกี่ยวกับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรอง

เรียน นางสาว พนารัตน์ ศรีฉายา

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาระเบียบวิธีวิจัยและจริยธรรม ฉบับที่ 2 วันที่ 24 มกราคม 2560 (รหัส Q033q/59) เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” [PREDICTING FACTORS OF SPECIAL DIETARY BEHAVIORS IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE] นั้น คณะอนุกรรมการฯ ได้พิจารณารับรองโครงการวิจัย เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2560 และมีระยะเวลาการรับรอง 1 ปี นับตั้งแต่วันที่ได้รับการรับรองโครงการวิจัย และความถี่ในการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 1 ปี (ควรส่งรายงานความก้าวหน้างานวิจัย ภายใน 1 เดือน ก่อนหมดอายุ เพื่อพิจารณาการรับรองต่อเนื่อง) คณะอนุกรรมการฯ ขอชี้แจงเกี่ยวกับการส่งรายงานต่างๆ มายังคณะอนุกรรมการฯ ดังนี้

- (1) แบบรายงานส่วนแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย (Amendment) (RF 02_2555) เมื่อมีการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย ผู้วิจัยต้องส่งโครงการวิจัยที่มีการแก้ไขเพิ่มเติม เพื่อแจ้งให้คณะอนุกรรมการฯ พิจารณารับรองก่อนดำเนินการตามที่ได้แก้ไขเพิ่มเติม (ยกเว้นในกรณีที่การแก้ไขเพิ่มเติมนั้นกระทำเพื่อความปลอดภัยของอาสาสมัคร)
- (2) รายงานความก้าวหน้าของการวิจัย (Progress report) (RF 03_2555) ผู้วิจัยต้องส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย ตามระยะเวลาที่คณะอนุกรรมการฯ กำหนด และในกรณีที่การวิจัยยังไม่สิ้นสุด ผู้วิจัยต้องส่งจดหมายขอต่ออายุการรับรองโครงการวิจัย
- (3) รายงานสรุปผลการวิจัย(Final report) (RF 04_2555) และบทคัดย่อภาษาไทยและ/หรือภาษาอังกฤษ เมื่อการวิจัยสิ้นสุดแล้ว
- (4) รายงานการเบี่ยงเบนหรือไม่ปฏิบัติตามโครงการวิจัย (RF 05_2555) เมื่อมีการเบี่ยงเบนหรือไม่ปฏิบัติตามโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรอง
- (5) รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (RF 06_2555 หรือ RF 07_2555) เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรง ให้รายงานตามข้อกำหนดของ ICH GCP

หมายเหตุ สามารถ Download แบบรายงานต่างๆ ได้ที่ <http://www.irbta.pmk.ac.th>

จึงเรียนมาเพื่อกรุณาทราบ

ขอแสดงความนับถือ

พันเอกหญิง

(แสงแข ขำนาญนกิจ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก
317/5 ถนนราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

ที่ IRBRTA.....204...../2560

รหัสโครงการ: Q033q/59

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
[PREDICTING FACTORS OF SPECIAL DIETARY BEHAVIORS IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE]

เลขที่โครงการวิจัย : -

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาว พนารัตน์ ศรีธายา

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำการวิจัย: โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เอกสารรับรอง :

1. แบบรายงานการส่งโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาครั้งแรก ฉบับที่ 2 วันที่ 29 มกราคม 2560
2. โครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 24 มกราคม 2560
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 23 มกราคม 2560
4. แบบเก็บข้อมูล/แบบสอบถาม ฉบับที่ 2 วันที่ 23 มกราคม 2560
5. ประวัติผู้วิจัย น.ส.พนารัตน์ ศรีธายา ฉบับที่ 2 วันที่ 23 มกราคม 2560
6. ประวัติที่ปรึกษา ร.ต.อ.หญิง ยุพิน อังสุโรจน์ ฉบับที่ 2 วันที่ 23 มกราคม 2560
7. ประวัติที่ปรึกษา ร.ต.ต.หญิง ปชานัญญ์ ดันติโกสมุ ฉบับที่ 2 วันที่ 23 มกราคม 2560
8. ประวัติที่ปรึกษา ร.อ.หญิง ชนิดาภา แก้วกัญญา ฉบับที่ 2 วันที่ 23 มกราคม 2560

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก ว่าสอดคล้องกับปฏิญญาเฮลซิงกิ และแนวปฏิบัติ ICH GCP

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงการวิจัย: 10 กุมภาพันธ์ 2560

วันสิ้นสุดการรับรอง: 9 กุมภาพันธ์ 2561

ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: รายงานความก้าวหน้าทุก 1 ปี

พันเอกหญิง.....
(แสง แซ่ ชำนาญวนกิจ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

พันเอก.....
(ชาญชัย ไตรวารี)

เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

โรคหลอดเลือดหัวใจนั้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม จะช่วยลดความรุนแรง และการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าจะช่วยให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ทั้งนี้ จะช่วยให้พยาบาลสามารถนำมาวางแผนการดูแล และส่งเสริมการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในการบริโภคอาหารให้ยั่งยืนต่อไป

เหตุผลที่ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเข้าได้กับเกณฑ์คัดผู้ป่วยเข้าในการศึกษาวิจัยนี้ และท่านมีความเหมาะสมที่สามารถให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือเป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 40-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อยู่ในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และการวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่จะนำข้อมูลที่นำไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้จำนวน 128 คน ระยะเวลาที่จะทำการวิจัยประมาณ 6 เดือน

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม ท่านสามารถซักถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

4. วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

5. ขั้นตอนและกระบวนการทำวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนและการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ตัวอย่างเครื่องมือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าคลินิกโรคหัวใจของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้าแผนกเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่รอพบแพทย์อยู่หน้าห้องตรวจ เพื่อแนะนำตัวเอง และสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และรายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง และแจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร และใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจ หลังจากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

5. หลังจากกลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทีละ 1 คน ที่ได้ทำการสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้แล้ว โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในห้องแพทย์ที่ว่างที่ได้เตรียมไว้และมีความเป็นส่วนตัว ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในวันและเวลาที่ผู้ป่วยมีนัดตรวจกับแพทย์ ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจแบบสอบถาม ทั้ง 7 ส่วน จนกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงมือทำแบบสอบถามด้วยตนเองและทำโดยอิสระ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที และถ้าในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม หากเกิดข้อสงสัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยเพิ่มเติมได้ทันที

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จสมบูรณ์ และส่งแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบ และถ้าพบว่ามีข้อคำถามใดที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบจะซักถามจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

7. เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้กลุ่มตัวอย่างครบ 128 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

6. ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ และประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจจะมีความรู้ความเข้าใจในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น และผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่จะนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้ยั่งยืนต่อไป

7. สิ่งที่อาสาสมัครจะต้องปฏิบัติและไม่ปฏิบัติระหว่างการ ศึกษา และระยะเวลาของการวิจัย

ผู้วิจัยจัดทำโครงการวิจัยนี้ ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามโดยตรงกับผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 128 คน ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อคน โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องอาหาร	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติต่ออาหาร	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว	จำนวน 18 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบวัดการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหาร	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย	จำนวน 12 ข้อ

โรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงกับท่าน เกี่ยวกับรายละเอียดของงานวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม อธิบายการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากท่านอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอธิบายถึงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ หากท่านยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้พิมพ์ลายนิ้วมือแสดงความยินยอม ในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟัง แล้วให้ท่านเลือกข้อคำตอบเอง การเข้าร่วมในงานวิจัยของท่านในครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา

8. ความเสี่ยงหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นและหรือความไม่สะดวกสบายของอาสาสมัครที่อาจได้รับ และมาตรการที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ป้องกัน

ไม่มีความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อร่างกายของท่าน แต่อาจมีข้อคำถามบางข้อที่ท่านอาจจะไม่สบายใจในการตอบ ซึ่งท่านสามารถละเว้นไม่ตอบข้อคำถามดังกล่าวได้

9. กรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยผู้วิจัยจะให้การดูแลสุขภาพพยาบาลหรือชดเชยอาสาสมัครอย่างไร

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัยหรืออาสาสมัคร

10. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัย:

สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ โดยติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา ได้ตลอดเวลา ที่หมายเลขโทรศัพท์ 081-792-9291 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับงานวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้อาสาสมัครหรือผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

11. การรักษาความลับเกี่ยวกับอาสาสมัคร

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครจะเป็นความลับ หากมีการนำเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลตำรวจ



หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ และเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิในการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูล เฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลวิจัย

การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้นและจะต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเป็นลายลักษณ์อักษร

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ที่มีสาเหตุจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย และหรือจะมีการชดเชยค่าตอบแทน ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นตามความเหมาะสม

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยา สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเพื่อเป็นการยืนยันถึงขั้นตอนโครงการวิจัยทางคลินิก โดยไม่ล่วงละเมิดเอกสิทธิ์ ในการปิดบังข้อมูลของการสมัครตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบได้อนุญาตไว้

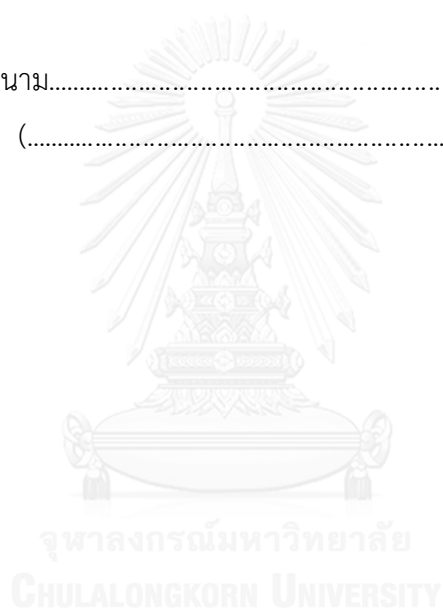
ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ผู้วิจัยหลักคือ นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา สถานที่ติดต่อ
ผู้วิจัย รongเมืองอพาร์ทเมนท์ 69 ซอย 1 ถนนรองเมือง แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กทม. 10330
โทรศัพท์มือถือ 081-792-9291 โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้เป็น นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)





ภาคผนวก ฉ
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เลขที่แบบสอบถาม □□□

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง

1. การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. แบบสอบถามการวิจัยนี้มีทั้งหมด 7 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องอาหาร	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติต่ออาหาร	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว	จำนวน 18 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบวัดการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหาร	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	จำนวน 12 ข้อ

ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถาม และโปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อนำผลงานวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างยั่งยืน ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ถือเป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(ผู้วิจัย)

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

PREDICTING FACTORS OF DIETARY BEHAVIORS IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย \checkmark ลงใน () และเติมคำในช่องว่างตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน
ส่วนของผู้ป่วย

1. เพศ

- () 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุ..... ปี

3. น้ำหนัก..... (กิโลกรัม) ส่วนสูง..... (เซ็นติเมตร) ดัชนีมวลกาย..... กิโลกรัม/เมตร²

4. สถานภาพสมรส

- () 1. โสด () 2. หม้าย () 3. คู่ () 4. หย่า
() 5. แยกกันอยู่

5. ศาสนา

- () 1. พุทธ () 2. คริสต์ () 3. อิสลาม () 4. อื่นๆ ระบุ.....

6. ระดับการศึกษา

- () 1. ไม่ได้ศึกษา () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา
() 4. อนุปริญญา () 5. ปริญญาตรี () 6. ปริญญาโท
() 7. อื่นๆ ระบุ.....

7. อาชีพ

- () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. กิจการส่วนตัว () 3. ค้าขาย
() 4. รับจ้างทั่วไป () 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
() 6. เกษตรกรรม

8. รายได้ครอบครัวต่อเดือน

- () 1. ไม่มีรายได้ () 2. น้อยกว่า 2,000 บาท
 () 3. 2,001 – 5,000 บาท () 4. 5,001 – 10,000 บาท
 () 5. 10,001 บาทขึ้นไป

9. ท่านมีโรคประจำตัวอื่น ร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่

- () 1. โรคเบาหวาน () 2. โรคไขมันในเลือดสูง
 () 3. โรคความดันโลหิตสูง () 4. โรคหลอดเลือดสมอง
 () 5. โรคไต () 6. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนของผู้วิจัย

10.- การวินิจฉัยโรค

- การรักษาที่ได้รับ.....



ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องอาหาร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเข้าใจของท่าน

โดยเลือกเพียงคำตอบเดียวว่า “ใช่” “ไม่ใช่” “ไม่ทราบ”

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ให้พลังงานสูง ได้แก่ ขนมหวาน กะทิ เป็นต้น			
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรเลือกใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหารเท่านั้น			
3.			
4.			
5.			
15. การดื่มชา กาแฟสำเร็จรูปที่มีการเติมครีมเทียมและน้ำตาลอาจทำให้ไขมันในเลือดสูง			

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติต่ออาหาร

คำชี้แจง ท่านมีความคิดเห็นกับข้อความต่อไปนี้ อย่างไร

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านทั้งหมด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้เป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้บ้างเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ทัศนคติที่มีต่ออาหาร	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. การดื่มนมถั่วเหลืองเป็นประจำ ทำให้หัวใจทำงานดี					
2. การรับประทานผักและผลไม้ที่มีเส้นใยอาหารสูงเป็นประจำ เป็นประโยชน์ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ					
3.					
4.					
5.					
10. อาหารที่ปรุงด้วย ข้าวกล้อง ปลา ถั่ว น้ำมันจากพืชชนิดต่างๆ นั้น ช่วยลดภาวะเสี่ยงของการอุดตันของไขมันในเลือด และเป็นประโยชน์ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ					

ส่วนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว

คำชี้แจง ท่านมีความคิดเห็นกับข้อความต่อไปนี้ อย่างไร

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้เป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้บ้างเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	เห็นด้วย ปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
การสนับสนุนด้านอารมณ์					
1. ท่านมีคนที่ครอบครัวที่ไว้ใจใจและสามารถพูดคุยปัญหาในการเลือกชนิดอาหาร การเตรียม หรือปรุงอาหาร และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ					
2.					
3.					
4.					
18. คนในครอบครัวไม่เคยท้วงติงเมื่อท่านรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ					

ส่วนที่ 5 แบบวัดการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง

คำชี้แจง ท่านมีความคิดเห็นกับข้อความต่อไปนี้ อย่างไร

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้เป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้บ้างเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	เห็นด้วย ปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1. ท่านเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่ ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ จากแพทย์ผู้รักษา					
2.					
3.					
4.					
15. ท่านรู้สึกที่แพทย์ผู้รักษาให้ทางเลือก ในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แก่ท่าน					

ส่วนที่ 6 แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหาร

คำชี้แจง ท่านมีความคิดเห็นกับข้อความต่อไปนี้ อย่างไร

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้เป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านได้บ้างเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1. ผลไม้ และผักสดหาซื้อได้สะดวก ในละแวกบ้านของท่าน					
2.					
3.					
4.					
6. มีแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์ไขมัน ต่ำขนาดใหญ่ที่สามารถหาซื้อได้ สะดวกในละแวกบ้านของท่าน					

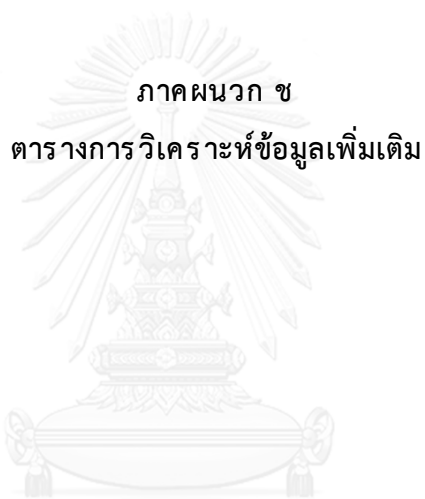
ส่วนที่ 7 แบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง ท่านมีความคิดเห็นกับข้อความต่อไปนี้ อย่างไร

5	หมายถึง	ท่านปฏิบัติทุกวัน
4	หมายถึง	ท่านปฏิบัติสัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง
3	หมายถึง	ท่านปฏิบัติสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง
2	หมายถึง	ท่านปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
1	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	ทุกครั้งที่จะรับประทานอาหารที่ระบุ ท่านปฏิบัติตาม ข้อความดังกล่าวได้อย่างไร	5	4	3	2	1
1.	ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อไก่ ปลา เนื้อวัวไร้ไขมัน เป็นต้น แทนเนื้อติดมัน					
2.	ท่านรับประทานไข่แดงไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ (นับรวม กับที่ใช้เป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหาร)					
3.					
4.					
5.					
12.	ท่านหลีกเลี่ยงหรือลดการใส่เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำตาล ปลาร้า ในการปรุงและระหว่างการรับประทานอาหาร					



ภาคผนวก ข
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้เรื่องอาหาร (n=128)

ความรู้เรื่องอาหาร	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
ระดับสูง	68	53.1	13.07	1.08
ระดับปานกลาง	40	31.3	10.10	0.78
ระดับต่ำ	20	15.6	7.10	0.97
รวม	128	100	11.21	2.42

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องอาหารอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 53.1 รองลงมาคือ มีความรู้เรื่องอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 31.3 และ 15.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับทัศนคติต่ออาหาร (n=128)

ทัศนคติต่ออาหาร	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
ระดับดี	104	81.3	41.73	3.53
ระดับปานกลาง	24	18.8	34.50	1.62
ระดับไม่ดี	0	0	0	0
รวม	128	100	40.38	4.31

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีทัศนคติต่ออาหารอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 81.3 รองลงมาคือ มีทัศนคติต่ออาหารอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 18.8

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการสนับสนุนจากครอบครัว (n=128)

การสนับสนุนจากครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
ระดับสูง	108	84.4	75.90	6.99
ระดับปานกลาง	20	15.6	58.55	7.96
ระดับต่ำ	0	0	0	0
รวม	128	100	73.19	9.52

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 84.4 รองลงมาคือ การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 15.6

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง (n=128)

การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
ระดับสูง	113	88.3	64.95	5.58
ระดับปานกลาง	15	11.7	51.13	2.47
ระดับต่ำ	0	0	0	0
รวม	128	100	63.33	6.93

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 88.3 รองลงมาคือ การสนับสนุนความมีอิสระในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 11.7

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการเข้าถึงแหล่งอาหาร (n=128)

การเข้าถึงแหล่งอาหาร	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
ระดับมาก	95	74.2	25.97	2.37
ระดับปานกลาง	31	24.2	20.19	2.07
ระดับน้อย	2	1.6	11.00	4.24
รวม	128	100	24.34	3.78

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีการเข้าถึงแหล่งอาหารอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 74.2 รองลงมาคือ การเข้าถึงแหล่งอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 24.2 และ 1.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (n=128)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
ระดับดี	82	64.1	52.05	3.13
ระดับปานกลาง	46	35.9	44.35	2.33
ระดับไม่ดี	0	0	0	0
รวม	128	100	49.28	4.68

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 64.1 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.9

ตารางที่ 7 ร้อยละ และระดับของความรู้เรื่องอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามราย
ข้อ (n=128)

ข้อความ	ตอบผิด		ตอบถูก		ระดับ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรหลีกเลี่ยง อาหารที่ให้พลังงานสูง ได้แก่ ขนมหวาน กะทิ เป็นต้น	13	10.2	115	89.8	สูง
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรเลือกใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหารเท่านั้น	61	47.7	67	52.3	ต่ำ
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรรับประทาน ไข่แดงไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์	63	49.2	65	50.8	ต่ำ
4. กรดไขมันในปลา ช่วยลดการจับตัวของ ไขมันในหลอดเลือดได้	58	45.3	70	54.7	ต่ำ
5. ถั่วเหลืองจะมีสารที่ช่วยลดการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจ และการแข็งตัวของหลอดเลือดหัวใจ	68	53.1	60	46.9	ต่ำ
6. การรับประทานผักและผลไม้ช่วยลดการดูด ซึมของไขมัน	20	15.6	108	84.4	สูง
7. การหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมัน สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้	12	9.4	116	90.6	สูง
8. การรับประทานอาหารประเภท ต้ม นึ่ง แกงจืด แทนการทอด ช่วยลดระดับไขมันใน เลือดได้	4	3.1	124	96.9	สูง
9. การดื่มชา (ขง) ที่ไม่เติมครีมเทียมหรือ น้ำตาลช่วยลดคอเลสเตอรอลและไขมันใน เลือดได้	41	32.0	87	68.0	ปานกลาง
10. การรับประทานกระเทียมลดการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจได้	34	26.6	94	73.4	ปานกลาง

ตารางที่ 7 ร้อยละ และระดับของความรู้เรื่องอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามราย
ชื่อ (n=128) (ต่อ)

ข้อความ	ตอบผิด		ตอบถูก		ระดับ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
11. การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีสาเหตุมาจากการรับประทานอาหารที่มีปริมาณไขมันสูง	11	8.6	117	91.4	สูง
12. การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูงจะช่วยลดระดับไขมันในเลือดได้	37	28.9	91	71.1	ปานกลาง
13. ประเภทอาหารที่มีไขมันสูง คอเลสเตอรอลสูง ได้แก่ เนย มากาซีน มันฝรั่งทอด แกงที่มีส่วนประกอบของกะทิ ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก เป็นต้น	12	9.4	116	90.6	สูง
14. การรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด/จานด่วนเป็นประจำทำให้ได้รับปริมาณไขมันสัตว์และเกลือสูง ส่งผลกระทบต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ	25	19.5	103	80.5	สูง
15. การดื่มชา กาแฟสำเร็จรูปที่มีการเติมครีมเทียมและน้ำตาลอาจทำให้ไขมันในเลือดสูง	26	20.3	102	79.7	ปานกลาง

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของทัศนคติต่ออาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามรายชื่อ (n=128)

ทัศนคติต่ออาหาร	Mean	SD	ระดับ
1. การดื่มนมถั่วเหลืองเป็นประจำ ทำให้หัวใจทำงานดี	3.66	0.82	ปานกลาง
2. การรับประทานผักและผลไม้ที่มีเส้นใยอาหารสูงเป็นประจำ เป็นประโยชน์ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ	4.24	0.67	ดี
3. การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ใน 3 มื้อต่อวัน จะทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและเป็นประโยชน์ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ	4.20	0.67	ดี
4. อาหารจำพวกธัญพืช เช่น ข้าวกล้อง ถั่วดำ ถั่วแดง ถั่วเขียว เป็นต้น มีใยอาหารมากช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	4.08	0.80	ดี
5. อาหารจำพวก ไข่ น้ำมันหมู เนื้อสัตว์ กะทิ ไม่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	4.13	0.71	ดี
6. การรับประทานข้าวเหนียว อาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นสมาชิกในบ้านไม่ควรรับประทานอาหารดังกล่าวด้วยเพราะจะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย	3.38	1.12	ปานกลาง
7. การรับประทานผัก ผลไม้สด นมไขมันต่ำ มีรสชาติอร่อย และไม่เป็นอันตรายต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ	3.99	0.85	ดี
8. การรับประทานอาหารที่ประกอบขึ้นเองทำให้สามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีสารอาหารต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจได้	4.29	0.60	ดี
9. การรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยการนึ่ง ต้ม และยำ แทนการผัดหรือทอด เป็นประโยชน์ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจได้	4.17	0.83	ดี
10. อาหารที่ปรุงด้วย ข้าวกล้อง ปลา ถั่ว น้ำมันจากพืชชนิดต่างๆ นั้น ช่วยลดภาวะเสี่ยงของการอุดตันของไขมันในเลือด และเป็นประโยชน์ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ	4.22	0.78	ดี

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามรายด้านและรายข้อ (n=128)

ข้อความ	Mean	SD	ระดับ
การสนับสนุนด้านอารมณ์	4.13	0.65	สูง
1. ท่านมีคนในครอบครัวที่ไว้ใจและสามารถพูดคุยปัญหาในการเลือกชนิดอาหาร การเตรียม หรือปรุงอาหาร และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	4.15	0.70	สูง
2. คนในครอบครัวคอยห่วงใย และช่วยเหลือในการเลือกชนิดอาหาร การเตรียม หรือปรุงอาหาร และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจของท่าน	4.24	0.68	สูง
3. คนในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลือกชนิดอาหาร การเตรียม หรือปรุงอาหาร และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจของท่าน	4.14	0.75	สูง
4. คนในครอบครัวให้ท่านมีส่วนร่วมในการจัดอาหารที่ควรรับประทานให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจในแต่ละมื้อ	4.00	0.85	สูง
5. คนในครอบครัวให้กำลังใจท่านในการเลือกชนิดอาหาร การเตรียมหรือปรุงอาหาร และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	4.12	0.73	สูง
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	4.08	0.58	สูง
6. คนในครอบครัวคอยบอกกล่าวหรือเตือนท่านเกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	4.10	0.71	สูง
7. คนในครอบครัวไม่ได้ให้ข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจแก่ท่าน	4.00	0.59	สูง
8. คนในครอบครัวคอยบอกกล่าวหรือเตือนให้ท่านปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	4.20	0.72	สูง
9. คนในครอบครัวให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจแก่ท่านอย่างเพียงพอ	4.03	0.73	สูง

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามรายด้านและรายข้อ (n=128) (ต่อ)

ข้อความ	Mean	SD	ระดับ
การสนับสนุนด้านสิ่งของ	3.98	0.62	สูง
10. คนในครอบครัวช่วยเหลือท่าน ในการเตรียมวัตถุดิบประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	3.98	0.73	สูง
11. คนในครอบครัวช่วยจัดสิ่งแวดล้อม ขณะรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	3.84	0.75	สูง
12. คนในครอบครัวช่วยท่านในการจัดเตรียม/จัดซื้ออาหารที่มีความหลากหลาย และปรับเปลี่ยนรายการอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจให้ท่านอยู่เสมอ	3.98	0.72	สูง
13. คนในครอบครัวจัดอาหารไขมันต่ำ เช่น ปลา ไข่ อาหารที่ปรุงด้วยการต้มหรือนึ่ง เป็นต้น ให้ท่านรับประทาน	3.98	0.82	สูง
14. คนในครอบครัวจัดอาหารที่มีเส้นใยอาหารสูงจำพวกผักหลากหลายชนิดให้ท่านรับประทาน	4.10	0.76	สูง
การสนับสนุนด้านการประเมินค่า	4.08	0.56	สูง
15. คนในครอบครัวชื่นชมท่านเมื่อท่านปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	4.03	0.73	สูง
16. คนในครอบครัวมีส่วนช่วยให้ท่านปรับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	4.11	0.64	สูง
17. คนในครอบครัวมีการสอบถามท่านเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	4.05	0.67	สูง
18. คนในครอบครัวไม่เคยท้วงติงเมื่อท่านรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	4.13	0.59	สูง

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามรายข้อ (n=128)

ข้อความ	Mean	SD	ระดับ
1. ท่านเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจจากแพทย์ผู้รักษา	4.17	0.70	สูง
2. ท่านสามารถเปิดใจพูดคุยเกี่ยวกับอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจกับแพทย์ผู้รักษาในการพบแต่ละครั้ง	4.29	0.64	สูง
3. แพทย์ผู้รักษามั่นใจในความสามารถของท่านที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจได้	4.19	0.62	สูง
4. ท่านรู้สึกว่าคุณแพทย์ผู้รักษายอมรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของท่านได้	3.90	0.74	สูง
5. แพทย์ผู้รักษาของท่านได้ให้ความเชื่อมั่น/มั่นใจ ว่าท่านเข้าใจจริงเกี่ยวกับอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจที่ท่านเป็นอยู่	4.14	0.62	สูง
6. แพทย์ผู้รักษากระตุ้นให้ท่านถามคำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	3.75	0.83	สูง
7. ท่านรู้สึกเชื่อใจในแพทย์ผู้รักษา	4.58	0.54	สูง
8. แพทย์ผู้รักษาตอบคำถามของท่านเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจได้ครบถ้วนและตรงไปตรงมา	4.31	0.66	สูง
9. แพทย์ผู้รักษาฟังท่านในการบอกเล่าสิ่งๆ ต่างที่ท่านทำเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	4.20	0.61	สูง
10. แพทย์ผู้รักษาจัดการกับอารมณ์ของท่านได้ดีมาก	4.11	0.69	สูง
11. ท่านรู้สึกว่าแพทย์ผู้รักษาดูแลท่านและเคารพในสิทธิผู้ป่วยของท่าน	4.51	0.61	สูง
12. .ท่านรู้สึกไม่ดีเกี่ยวกับวิธีที่แพทย์ผู้รักษาพูดคุยกับท่านเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	4.35	0.61	สูง

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามรายข้อ (n=128) (ต่อ)

ข้อความ	Mean	SD	ระดับ
13. แพทย์ผู้รักษาพยายามที่จะเข้าใจว่าท่านเข้าใจสิ่งต่างๆ อย่างไร ก่อนการให้คำแนะนำวิธีการใหม่ๆ ในการปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร	4.09	0.71	สูง
14. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถปรึกษาเรื่องการปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจกับแพทย์ ผู้รักษาได้	4.38	0.63	สูง
15. ท่านรู้สึกว่าคุณปรึกษาให้ทางเลือกในการปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจแก่ ท่าน	4.36	0.59	สูง

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการเข้าถึงแหล่งอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามรายข้อ (n=128)

ข้อความ	Mean	SD	ระดับ
1. ผลไม้ และผักสดหาซื้อได้สะดวกในละแวกบ้านของท่าน	4.52	0.61	มาก
2. ผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันต่ำ เช่น นมไขมันต่ำ หรือ เนื้อไม่ติดมันหาซื้อง่ายในละแวกบ้านของท่าน	4.41	0.70	มาก
3. ผลิตภัณฑ์ของสด ผลไม้ และผักสดในละแวกบ้านของท่านมีคุณภาพสูง	3.78	0.90	มาก
4. ผลิตภัณฑ์ไขมันต่ำในละแวกบ้านของท่านมีคุณภาพสูง	3.73	0.86	มาก
5. มีแหล่งจำหน่ายผลไม้ และผักสดขนาดใหญ่ในละแวกบ้านของท่าน	4.00	0.81	มาก
6. มีแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์ไขมันต่ำขนาดใหญ่ที่สามารถหาซื้อได้สะดวกในละแวกบ้านของท่าน	3.89	0.84	มาก

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนร้อยละ และระดับของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามรายชื่อ (n=128)

ข้อ	ทุกครั้งที่จะรับประทานอาหารที่ระบุ ท่านปฏิบัติ ตามข้อความดังกล่าวได้อย่างไร	Mean	SD	คะแนน ร้อยละ	ระดับ
1.	ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อไก่ ปลา เนื้อวัวไร้ไขมัน เป็นต้น แทนเนื้อติดมัน	3.94	0.87	78.8	ปานกลาง
2.	ท่านรับประทานไข่แดงไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ (นับรวมกับที่ใช้เป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหาร)	3.96	0.80	79.2	ปานกลาง
3.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวาน เช่น เม็ดขนุน ขนมหม้อแกง ข้าวเหนียวหน้าสังขยา ทองหยอด ทองหยิบ ลอดช่อง ขนมจาก เป็นต้น	4.15	0.71	83	ดี
4.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมทอดกรอบ มันทอด ผีอกทอด ก๋วยทอด ปาท่องโก๋ ก๋วยฉาบ/เผือกฉาบ	4.26	0.72	85.2	ดี
5.	ท่านเลือกรับประทานขนมที่ไม่มีส่วนผสมของเกลือ เช่น ขนมปังกรอบไม่ใส่เกลือ ข้าวเกรียบกุ้ง เป็นต้น	4.21	0.68	84.2	ดี
6.	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่ใช้เกลือเป็นส่วนประกอบ เช่น ปลาตากแห้ง ปลาเค็ม ผักกาดดอง อาหารกระป๋องต่างๆ เป็นต้น	4.00	0.73	80	ดี
7.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภททอด เช่น ไก่ทอด ผัดไทย หอยทอด เป็นต้น	4.16	0.70	83.2	ดี
8.	ท่านลดปริมาณเครื่องดื่มที่ใส่นมข้นหวาน ครีมเทียมหรือน้ำตาล น้ำอัดลม หรือน้ำหวาน	4.21	0.73	84.2	ดี
9.	ท่านลดการรับประทานอาหารคาว หวาน ที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ เช่น แกงเขียวหวาน แกงโสม ก๋วยบวชชี เป็นต้น	4.06	0.68	81.2	ดี
10.	ท่านรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัด เช่น ชมพู่ มะละกอ ฝรั่ง เป็นต้น อย่างน้อยวันละ 2 มื้อ	4.05	0.78	81	ดี

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนร้อยละ และระดับของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามรายข้อ (n=128) (ต่อ)

ข้อ	ทุกครั้งที่จะรับประทานอาหารที่ระบุ ท่านปฏิบัติ ตามข้อความดังกล่าวได้อย่างไร	Mean	SD	คะแนน ร้อยละ	ระดับ
11.	ท่านตัดและเลาะหนังหรือส่วนที่มีไขมันของอาหาร ประเภทเนื้อสัตว์ก่อนที่จะนำไปปรุงอาหาร	4.20	0.73	84	ดี
12.	ท่านหลีกเลี่ยงหรือลดการใส่เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำตาล ปลาร้า ในการปรุงและระหว่างการ รับประทานอาหาร	4.09	0.75	81.8	ดี



การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติอนุมานเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีคัดเลือกแบบขั้นตอน (Stepwise Selection) มาใช้ในการทดสอบ โดยพิจารณาค่า p-value ของค่าสถิติ t สำหรับ ตัวแปรต่างๆ เทียบกับระดับนัยสำคัญที่กำหนด คือ .05 เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม ทดสอบโดยใช้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 128 คน

ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ตัวแปรทำนายทุกตัวไม่ควรมีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Multicollinearity) ดังนั้นจึงได้ใช้วิธี Simple correlation technique วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายทุกตัว และนำเสนอในรูปของสมการเมตริกสหสัมพันธ์ (correlation matrix) ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	1.000					
2. ความรู้เรื่องอาหาร	.224*	1.000				
3. ทักษะคิดต่ออาหาร	.204*	.412*	1.000			
4. การสนับสนุนจากครอบครัว	.320*	.231*	.411*	1.000		
5. การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง	.319*	.107	.422*	.503*	1.000	
6. การเข้าถึงแหล่งอาหาร	.343*	.153	.322*	.362*	.383*	1.000

* $p < .05$

จากตารางที่ 13 พบว่า ตัวแปรทำนายทุกตัวมีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Multicollinearity) ดังนั้นจึงส่งผลต่อสมการทำนายได้

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

Model Summary^c

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
2	.402 ^b	.162	.148	4.320	2.120

b. Predictors: (Constant), Accesstotal, Familytotal

c. Dependent Variable: Behaviortotal

ANOVA^a

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
2					
Regression	450.669	2	225.335	12.072	.000 ^c
Residual	2333.206	125	18.666		
Total	2783.875	127			

a. Dependent Variable: Behaviortotal

c. Predictors: (Constant), Accesstotal, Familytotal

Coefficients^a

Model 2	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	33.291	3.330		9.998	.000		
Accesstotal	.325	.109	.262	2.983	.003	.869	1.151
Familytotal	.111	.043	.225	2.560	.012	.869	1.151

a. Dependent Variable: Behaviortotal



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพนารัตน์ ศรีฉายา เกิดเมื่อวันที่ 26 มกราคม 2521 ที่จังหวัดร้อยเอ็ด สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2543 เริ่มปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ ณ หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก (ไอซียูตั้งตรงจิตร) ตึกสยามมินทร์ ชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช จนถึงปีพ.ศ. 2546 หลังจากนั้นได้เข้าปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ ณ หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลบีเอ็นเอช และได้เข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ สิงหาคม 2557 จนถึงปัจจุบัน

