



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา

พลศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Associating with Self-care Behaviors among Patients Seeking Percutaneous Coronary Intervention of Faculty Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

นามผู้วิจัย นางสาวอัญสินี นันตะสุนันท์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีระเวชเจริญชัย, วท.ม.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รองศาสตราจารย์อลิสา นิตินทร, ค.ม.)

หัวหน้าภาควิชา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ มาลีหอม, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญญา ธีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Associating with Self-care Behaviors among Patients Seeking Percutaneous Coronary
Intervention of Faculty Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

โดย

นางสาวอัญชิตินีย์ นันตะสุคนธ์

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

อัญชัน นันตะสุนทร 2555: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์ สุวัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, วท.ม. 105 หน้า

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้รับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในการศึกษาเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจงจำนวน 104 คน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้รับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือด หัวใจ โดยใช้แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการทดสอบคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าทดสอบไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่ได้รับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือด หัวใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 37.5 ปัจจัยทางด้านชีวสังคม ด้านสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน บุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ปัจจัยนำ ซึ่งได้แก่ ความรู้เรื่องโรค หลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ดูแลตนเองของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่การรับรู้ถึงความรุนแรงของ โรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและอุปสรรคของการปฏิบัติตน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ปัจจัยอื่น ซึ่งได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการ สุขภาพ การใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยเสริม ซึ่งได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ลายมือชื่อนิติ

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

Aunsinee Nantasukhon 2012: Factors Associating with Self-care Behaviors among Patients Seeking Percutaneous Coronary Intervention of Faculty Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Supat Teravecharoenchai, M.Sc. 105 pages.

The objective of this descriptive study was to determine factors associating with self-care behavior among patients seeking percutaneous coronary intervention and stent of the Faculty Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. The purposive samples were comprised of 104 patients who health perceptions in the coronary artery disease patients post percutaneous coronary intervention and stent. The questionnaire constructed by the researcher was used for data collection. Statistic program was used for data analysis for percentage, mean, the standard deviation, Chi-square test and Pearson Product Moment Correlation Coefficient.

The results of this research were found that factors associating with self-care behavior among patients seeking percutaneous coronary intervention and stent were as follow: The majority of patients (37.5%) had moderate score of self-care behavior. The bio-social factors, namely marital status correlated with self-care behaviors of patient by statistically significant at .05, but gender, age, education, occupation, family income and caregiver did not correlate with self-care behaviors of patients The predisposing factors, consisted of knowledge regarding to the coronary artery disease, perceived risk chance for coronary artery disease correlated with self-care behaviors of patients by statistically significant at .01, but perceiving severity of coronary artery disease, perceived benefit of self-care behavior and disadvantages of self-care behavior did not correlate with self-care behavior of patients The enabling factors, namely health care accessibility and the right for expense coverage, had correlation with self-care behaviors of patients, with statistical significance at .01. While reinforcing factors, consisting of social support for self-care and receiving coronary artery disease information, correlated with self-care behaviors with statistical significance at .01.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ เพราะได้รับความช่วยเหลือและความกรุณาจากบุคคลสำคัญหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์อลิสา นิตธรรม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รศ.ดร.จกมล แก่นเพิ่ม ประธานกรรมการสอบ และ ดร.ชนวรัตน์ อิ่มสมบุญ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้คำปรึกษา และแนะนำด้านวิชาการและตรวจสอบวิทยานิพนธ์ให้มีความถูกต้องและมีคุณค่าทางวิชาการ และขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาตรวจแก้และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงเครื่องมือ และทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ดังปรากฏ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหลังทำหัตถการหัวใจโรงพยาบาลรามาริมดี มหาวิทยาลัยมหิดลและผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่ให้ออกาสและเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ตลอดจนบุคคลอื่นที่มีส่วนให้กำลังใจและให้การสนับสนุนช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา ครอบครัว และกัลยาณมิตรทุกท่านของผู้วิจัย ที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจที่ตีมาตลอด คุณประโยชน์อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอบแต่ บูพการี คณาจารย์ และทุกๆ ท่านที่เกี่ยวข้องไว้ ณ ที่นี้

อัญสินี นันตะสุนันท์

กุมภาพันธ์ 2555

สารบัญ

หน้า

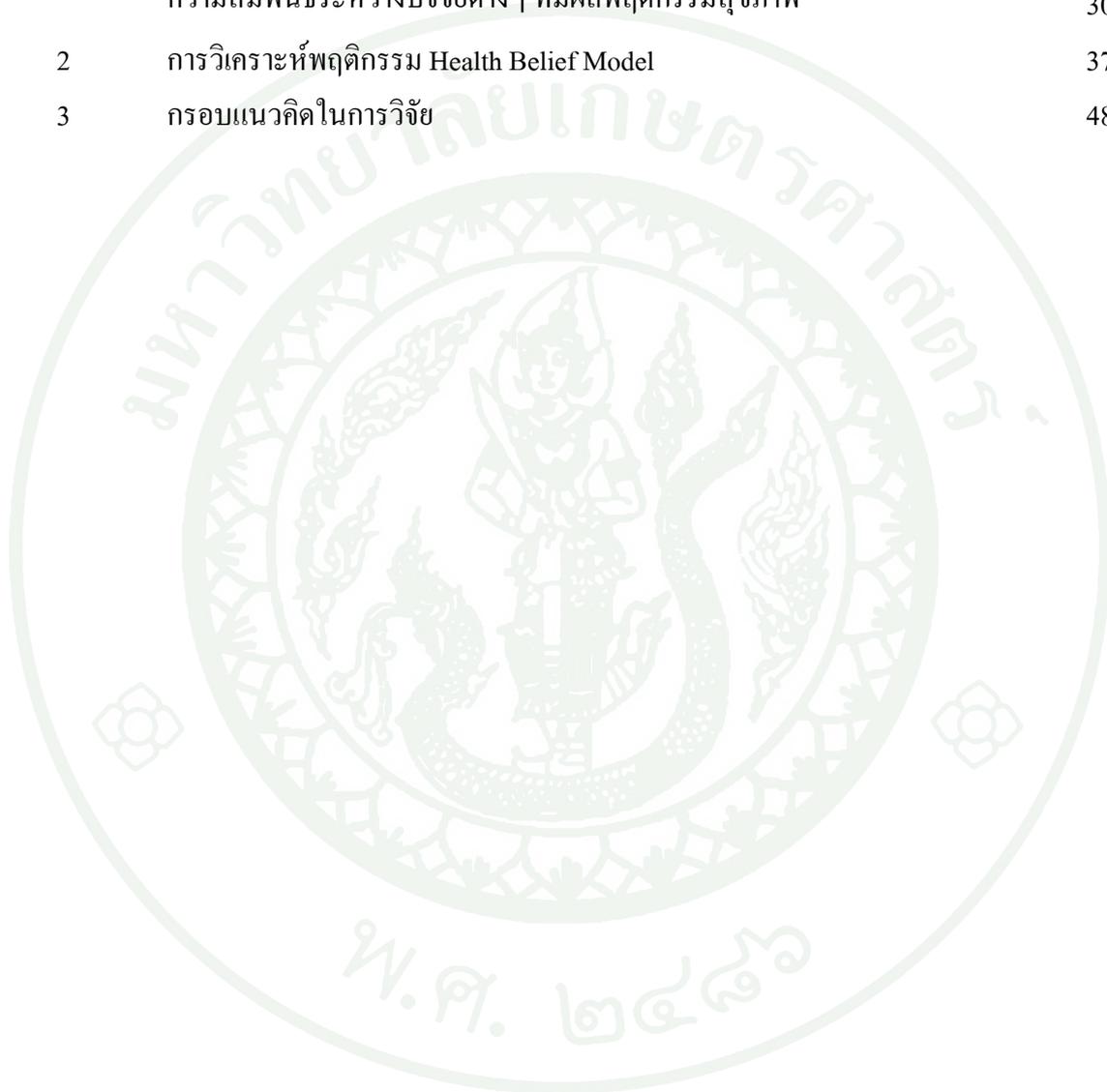
สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(3)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
การตรวจเอกสาร	10
อุปกรณ์และวิธีการ	50
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	58
ผลการวิจัย	58
ข้อวิจารณ์	69
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	77
สรุปผลการวิจัย	77
ข้อเสนอแนะ	80
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	83
ภาคผนวก	89
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญเครื่องมือในการวิจัย	90
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	92
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	105

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรทางชีวสังคมของผู้ป่วย	59
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ	61
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	61
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ	62
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ถึงประโยชน์การดูแลตนเองของโรคหลอดเลือดหัวใจ	62
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของโรคหลอดเลือดหัวใจ	63
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและการใช้สิทธิในการรักษา	63
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	64
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	64
10	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	65
11	การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	67
12	การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	68
13	การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	68

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีผลพฤติกรรมสุขภาพ	30
2	การวิเคราะห์พฤติกรรม Health Belief Model	37
3	กรอบแนวคิดในการวิจัย	48



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
ที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Associating with Self-care Behaviors among Patients Seeking
Percutaneous Coronary Intervention of Faculty Medicine
Ramathibodi Hospital, Mahidol University

คำนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วย ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดปีละประมาณ 930,000 คน ในจำนวนนี้ ร้อยละ 54 เป็นการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (Bucher and Melander, 1999) ในขณะที่เดียวกันของ ประเทศไทยพบว่าสถิติการป่วยด้วยโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ ต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541, 2542 และ 2543 มีอัตรา 7.05 7.63 และ 8.56 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2543)

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญมากของทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทยกำลังประสบปัญหาโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น โดยพบว่าโรคนี้เป็น 1 ใน 3 อันดับแรกของการเสียชีวิต และพบว่าร้อยละ 52 ของผู้ป่วยเสียชีวิต ก่อนถึงโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องการความรวดเร็วในการตรวจวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลด้วยยาละลายลิ่มเลือดและยาต้านเกร็ดเลือดภายใน 60 นาที (golden hour) กรณีที่ หลอดเลือดอุดตันทั้งหมดต้องได้รับการรักษาขั้นสูงด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจภายในเวลาน้อยกว่า 90 นาที จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2549 พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยคิดเป็น 19.4 ต่อประชากรแสนคน และอุบัติการณ์ของการเกิดโรคประมาณ 5 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ต่อปี โรคหลอดเลือดหัวใจไม่เพียงแต่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญแล้วยังพบว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจะต้องเผชิญอาการเปลี่ยนแปลงของโรคที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ เช่นอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง ซึ่งอาการเหล่านี้จะรบกวนการเคลื่อนไหว ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Burge, 1987) ในขณะเดียวกันผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากอาการอื่น ๆ เช่น การหายใจได้สั้นและอ่อนล้ากล้ามเนื้อหัวใจตายหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตในที่สุด (Braunwald, 1997)

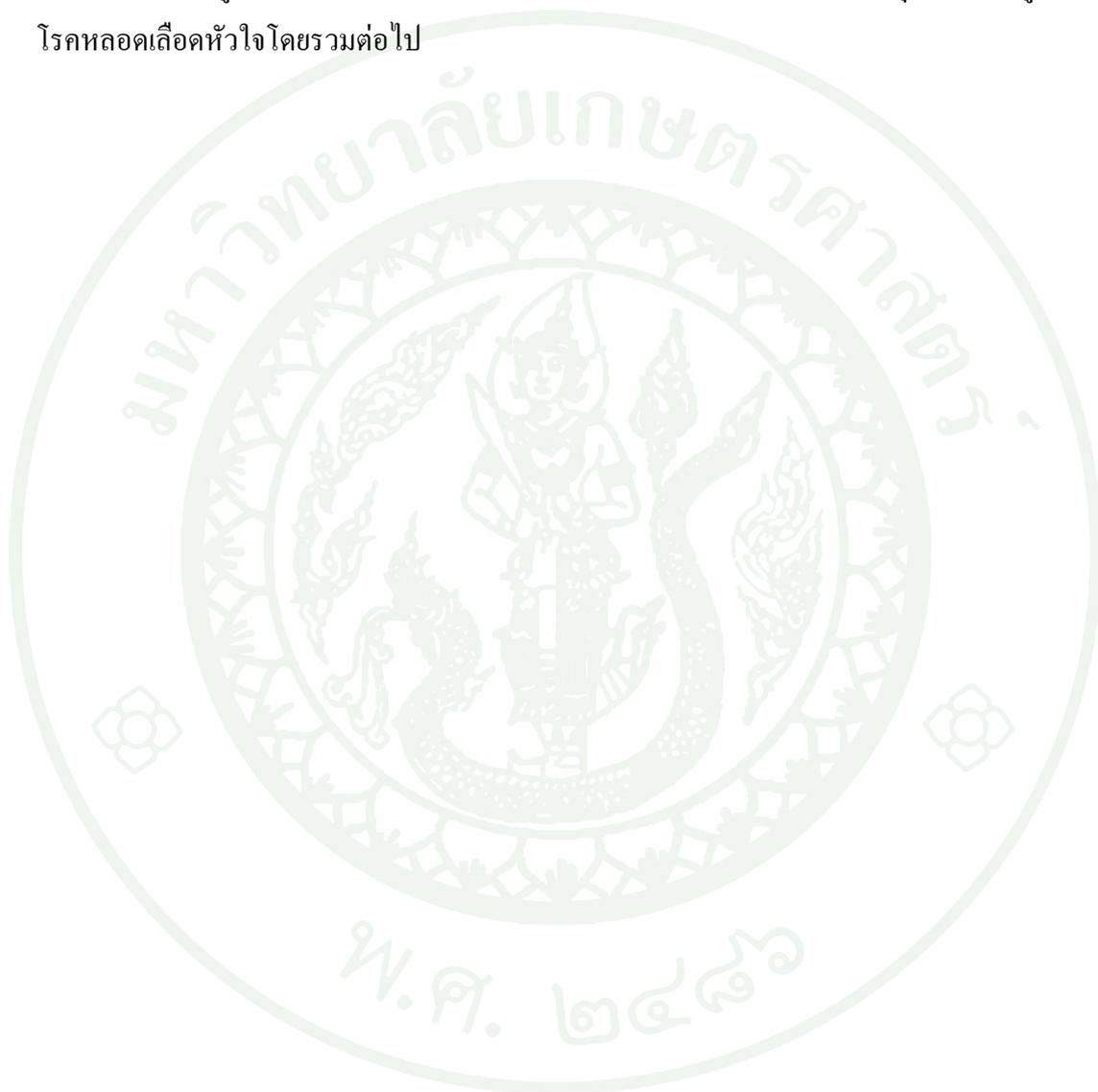
ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีทั้งปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ เช่น อายุ เพศ กรรมพันธุ์ และปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ ระดับไขมันในเลือดสูง ความเครียด บุคลิกภาพชนิดเอ และการขาดการออกกำลังกาย ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถควบคุมได้โดยพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (นิธิ และคณะ, 2543)

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้ผลดีในปัจจุบันมี 3 วิธี คือ 1) การใส่ยา ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้บรรเทาอาการในระยะสั้น 2) การทำหัตถการ เช่น การขยายหลอดเลือด การทำผ่าตัด ซึ่งมีผลดีในระยะยาว 3) คือการใช้ทั้งสองวิธี และผู้ป่วยส่วนมากจะใช้ทั้ง 3 วิธี ขึ้นกับระยะเวลาและการดูแลสุขภาพ ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาวงการแพทย์ยอมรับว่า การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty = PTCA) เป็นวิธีการรักษาอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่ดีที่สุด สะดวก ปลอดภัย ประหยัดกว่าการผ่าตัด (McKenna, *et al*, 1995)

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล ให้บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงระดับตติยภูมิโดยรับรักษาพยาบาลโรคทั่วไป และการรักษาโรคที่มีความซับซ้อน รวมทั้งรับปรึกษาและดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลอื่นๆ ทั่วประเทศ เป็นสถานที่ฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาแพทย์ พยาบาล และนักศึกษาอื่นๆ ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และเป็นศูนย์ค้นคว้าวิจัยเพื่อความก้าวหน้าทางการแพทย์ มีการใช้อุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัยในการตรวจวินิจฉัยและมีผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะคนไข้โรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากสถิติงานเวชสารสนเทศ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยการขยายหลอดเลือดเป็นจำนวนมาก ณ หน่วยโรคหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดลมีรายงานอุบัติการณ์ที่ชัดเจนถึงแนวโน้มของผู้ป่วยที่เป็นสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติ ปี พ.ศ. 2551-2553 พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 1,890, 1,907, 1,827 คน ตามลำดับ และได้รับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจมีจำนวน 525, 507, 505 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2553)

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงสนใจที่จะวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแบบจำลอง PRECEDE ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่ ผลการวิจัยนี้สามารถนำมาพัฒนาผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นการพัฒนาสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และบุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องหลอดเลือดหัวใจประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ประโยชน์ที่ได้รับ

ในการวิจัยครั้งนี้จะก่อประโยชน์ที่สำคัญดังนี้

1. ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจต่อพฤติกรรมการดูแล ป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งจะนำมาเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวในการแก้ปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจและใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจนการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. ผลการวิจัยสามารถนำมากำหนดแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดอัตราการป่วย อัตราการตายรวมถึงค่ารักษาพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. บุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
4. เพื่อเป็นแนวทางการศึกษาวิจัยในการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ตามนโยบายการพัฒนาด้านสาธารณสุขของประเทศ

ขอบเขตของการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

2. การศึกษานี้จะเป็นการศึกษาเฉพาะเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

1. ปัจจัยนำ ประกอบด้วย

1.1 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.2 การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.2.1 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.2.2 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.2.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาหลอดเลือดหัวใจ

1.2.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตน

2. ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล

3. ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การรับการสนับสนุนทางสังคมและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ

ตัวแปรอธิบาย (Descriptive Variables)

ปัจจัยด้านชีวสังคม ประกอบด้วย

1. เพศ
2. อายุ
3. ระดับการศึกษา
4. สถานภาพสมรส
5. อาชีพ
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน
7. บุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วย

นิยามศัพท์

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามปฏิบัติการของนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสม

ผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการโดยวิธีการการใส่ ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจเท่านั้น

Coronary Artery Stent (ขดลวดหัวใจ) หมายถึง ท่อมีลักษณะเป็นตาข่าย ทำจากโลหะ ประกอบด้วย nitinol, stainless steel และ cobalt chromium ซึ่งมีลักษณะคล้ายสปริงและมีความยืดหยุ่น เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้สำหรับประคองเนื้อเยื่อ โดยส่วนใหญ่มักจะใช้วางใน เส้นเลือด artery และสามารถขยายได้เมื่อใส่เข้าไปในเส้นเลือด

ปัจจัย หมายถึง สิ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวด ขยายหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค หลอดเลือดหัวใจและการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความหมายของ โรคหลอดเลือด หัวใจ สาเหตุ การรักษาและการป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของ การรักษาและการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับ การใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ

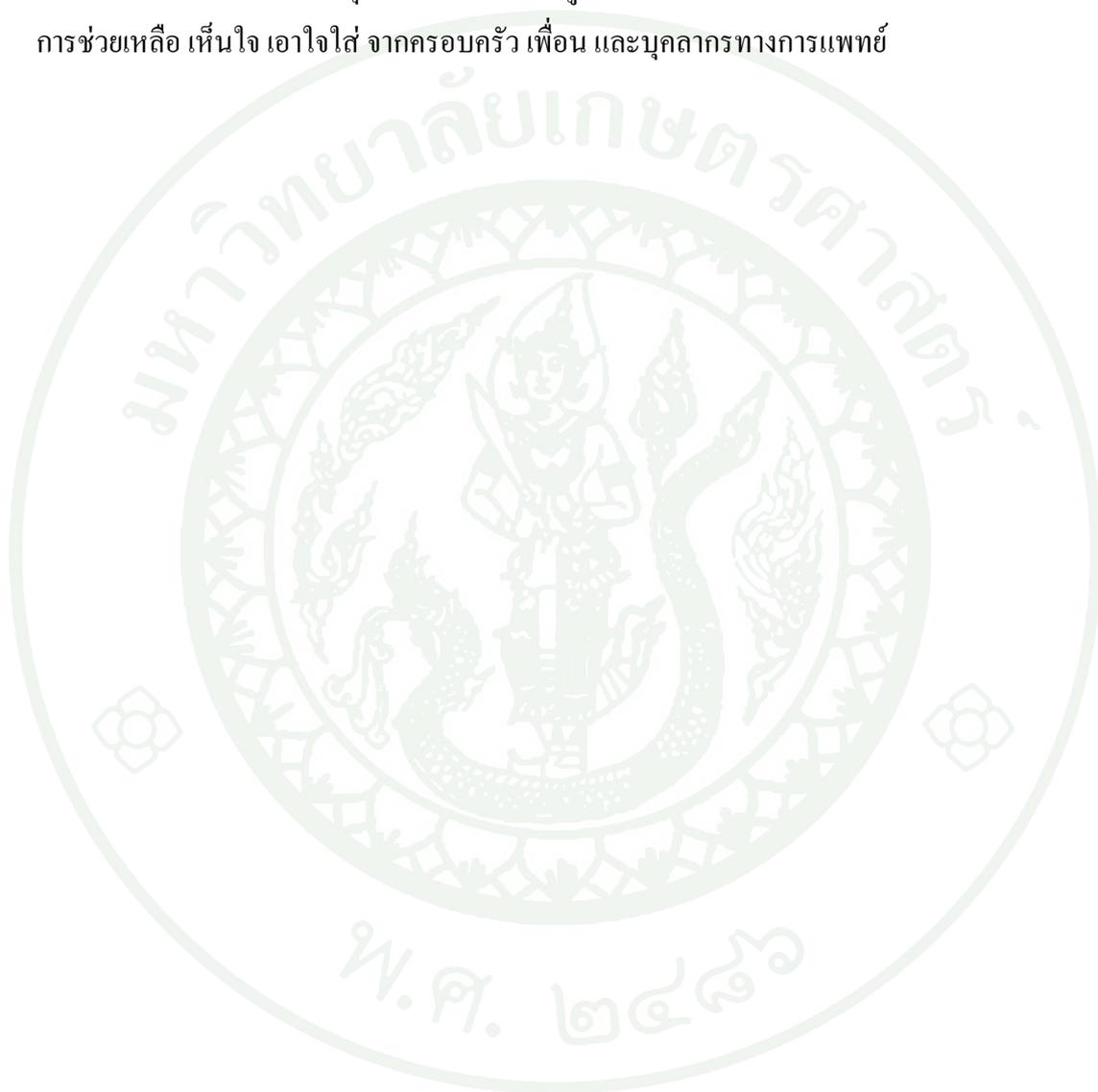
ปัจจัยเอื้อ หมายถึง ปัจจัยที่เอื้ออำนวยหรือช่วยให้พฤติกรรมต่างๆเป็นไปได้ง่ายขึ้น ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล

การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข สามารถใช้บริการและสถานที่ได้สะดวกและมาไกลเกินไป

ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมนั้นๆได้รับการสนับสนุน ได้แก่การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการ ดูแลตนเองโรคหลอดเลือดหัวใจ

การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การได้ยิน ได้ฟัง ได้อ่าน เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจที่ถูกต้องและเหมาะสมจากสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร หนังสือ อินเทอร์เน็ต

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลตนเองโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือ เห็นใจ เอาใจใส่ จากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์



การตรวจเอกสาร

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. บริบทคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - 3.1 แนวคิดแบบจำลอง PRECEDE (PRECEDE Model)
 - 3.2 แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง
 - 3.3 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
 - 3.4 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บริบทของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ประวัติโรงพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2508 เป็นคณะแพทยศาสตร์ลำดับที่ 4 ของประเทศไทย มีศาสตราจารย์นายแพทย์อารี วัลยะเสวี เป็นคณบดีท่านแรกในการก่อตั้งคณะฯเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่ให้บริการผู้ป่วย เพื่อสนองความต้องการทางด้านการเรียนการสอนและการวิจัย เน้นวิสัยทัศน์ในการสร้างรากฐานความรู้เพื่อการแพทย์และการพยาบาลและความเป็นเลิศทางวิชาการและวิจัย จึงมีการจัดตั้งศูนย์วิจัยที่มีห้องปฏิบัติการที่มี

ศักยภาพในการดำเนินการวิจัยโดยศูนย์วิจัยเอง และดำเนินการวิจัยร่วมกับภาควิชาต่างๆ ตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งนอกจากได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานจากรัฐบาลแล้ว ยังได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ในด้านทุนพัฒนาอาจารย์และส่งผู้เชี่ยวชาญมาช่วยงานของคณะฯ ตลอดจนสนับสนุนด้านการเตรียมบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์ นอกจากนั้นคณะฯ ได้พัฒนาภาควิชาพยาบาลศาสตร์เพื่อให้สามารถประสานการเรียนการสอน การบริการ สาขาพยาบาลศาสตร์ ควบคู่ไปกับการเรียนการสอนและการบริการสาขาแพทยศาสตร์ ซึ่งนับเป็นลักษณะพิเศษของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีที่มีการผลิตบัณฑิตทั้งสาขาแพทยศาสตร์และพยาบาลศาสตร์ในคณะเดียวกัน อันยังประโยชน์ต่อการบริการทางการแพทย์และการพยาบาลให้เป็น ไปอย่างสอดคล้องและประสิทธิภาพ (กรรชิตเทพ และคณะ, 2551)

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีเป็นคณะแพทยศาสตร์แห่งแรกที่นักศึกษาแพทย์เรียนวิทยาศาสตร์พื้นฐานและวิทยาศาสตร์พื้นฐานที่คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ทำให้นักศึกษามีแนวคิดทางด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐานและการวิจัย ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพสู่การเป็นนักวิจัยและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยคณะฯ ได้เปิดรับนักศึกษารุ่นที่ 1 ในปี พ.ศ. 2508 เป็นนักศึกษาแพทย์ จำนวน 64 คน และนักศึกษาพยาบาล จำนวน 50 คน เปิดอบรมแพทย์ประจำบ้านรุ่นแรก ปี พ.ศ. 2511 และเริ่มเปิดให้บริการผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2512 เป็นโรงพยาบาลมาตรฐานขนาด 600 เตียง ปัจจุบันคณะฯ เปิดรับนักศึกษาแพทย์จำนวน 120 คนต่อปี นักศึกษาพยาบาล 130 คนต่อปี ฝึกรอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาต่างๆรวม 13 สาขา นอกจากนี้ยังได้เปิดอบรมหลักสูตรการบริหารงานโรงพยาบาลสำหรับผู้บริหาร โรงพยาบาลทั้งภายในและภายนอกคณะในส่วนของโรงพยาบาลได้ขยายเพิ่มขึ้นเป็น 901 เตียง ทารกแรกเกิด 80 เตียง ให้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 75,419 ราย ในปี พ.ศ. 2512 เป็น 1,354,284 ราย ในปี พ.ศ. 2550 และผู้ป่วยในเริ่มจาก 2,780 ราย ในปี พ.ศ. 2512 เป็น 36,029 ราย ในปี พ.ศ. 2550 ปัจจุบันคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมีบุคลากรทั้งสิ้น 6,516 คน เป็นข้าราชการ 1,882 คนเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย 2,074 คน ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทั่วไปตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ เปิดให้บริการทั้งคลินิกธรรมดา คลินิกฉุกเฉิน คลินิกพิเศษ และคลินิกเฉพาะทาง ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เน้นบริการระดับตติยภูมิ รวมทั้งรับปรึกษาและดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นๆ ทั่วประเทศ เป็นสถานที่ฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาแพทย์พยาบาล และนักศึกษาอื่นๆ ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และเป็นศูนย์ค้นคว้าวิจัยเพื่อความก้าวหน้าทางการแพทย์ มีการใช้อุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัยในการตรวจวินิจฉัย มีการรักษาและผ่าตัดที่ซับซ้อน นอกจากนี้ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ซึ่งเป็นศูนย์การแพทย์ที่มีอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ยังพร้อมที่จะให้การรักษาและฝึกรอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาต่างๆ ด้วย

วิสัยทัศน์

เป็นคณะแพทยศาสตร์ชั้นนำในภูมิภาคเอเชีย และเป็นประทีปส่องทางด้านสุขภาพของประเทศ
(To be in Asia and a Guiding Light for National Health Advocacy)

พันธกิจ

จัดการศึกษาเพื่อผลิตบัณฑิตแพทย์ พยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทำการวิจัยเพื่อสร้างสรรค์องค์ความรู้ ให้บริการทางการแพทย์และทางวิชาการ รวมทั้งรณรงค์และชี้นำสังคมด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ

ค่านิยม

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม นำสู่คุณภาพ (To be Learning Organization with Integrity and Quality)

วัฒนธรรมองค์กร

ใฝ่เรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องจนเกิดนวัตกรรม กล้านำสิ่งใหม่เข้ามาเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร โดยคำนึงถึงความพึงพอใจและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

เข็มมุ่งด้านบริการประจำปี 2554

นโยบายที่ 1 การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด

นโยบายที่ 2 การป้องกันการติดเชื้อ: การล้างมือ

นโยบายที่ 3 การป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ใส่สายสวนหลอดเลือด

นโยบายที่ 4 ความปลอดภัยในการใช้ยา

นโยบายที่ 5 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

นโยบายที่ 6 การป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งในประเทศพัฒนาและกำลังพัฒนา ทั้งประเทศไทยและสหรัฐอเมริกาต่างก็พบโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับแรก โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นความเจ็บป่วยที่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างเฉียบพลันรุนแรงและคุกคามชีวิตเกิดการตายอย่างกะทันหันได้ จัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรมที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดและรวดเร็ว นอกจากนี้ยังเป็นโรคที่ทำให้เกิดความพิการเรื้อรังรวมทั้งสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนจากการไหลเวียนไม่เพียงพอกับความต้องการ ซึ่งเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างออกซิเจนที่ได้รับกับความต้องการการใช้ออกซิเจน (Oxygen Supply and Oxygen Demand) สาเหตุสำคัญที่พบบ่อยของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเนื่องจากมีหลอดเลือดหัวใจแข็งตีบตัน เป็นภาวะเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติในหลอดเลือดหัวใจ โดยมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นคือ มีคราบไขมัน (Atherosclerotic Plaque) ก่อตัวพอกสะสมเกาะตามผนังหลอดเลือดหัวใจ เกิดการตีบแคบหรืออุดตันรูหลอดเลือดทำให้การไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดไหลช้า (อิศรา, 2536)

พยาธิสรีระวิทยา

สาเหตุและกลไกการก่อตัวของคราบไขมันในหลอดเลือดหัวใจและเกิดการปริแตก มีลิ้มเลือดจนกระทั่งเกิดการตีบหรืออุดตันแท้จริงนั้นยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัดและสลับซับซ้อน มีทฤษฎีที่สนับสนุนขึ้นตอนและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (สมชาติ, 2539) ดังนี้

1. เกิดการบาดเจ็บหรือทำลายผนังด้านในหลอดเลือดหัวใจ (Response to Injury Hypothesis) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการบาดเจ็บหรือลักษณะของผนังด้านในหลอดเลือดหัวใจปกติแล้วขอบของ Endothelial Cell จะเรียบแนบเชื่อมติดกันสาเหตุของการเกิดการบาดเจ็บมีหลายปัจจัย อาทิเช่น ภาวะไขมันสูงเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ เครียด

2. ไขมันในกระแสเลือด (Lipogenic Hypothesis) มีความสัมพันธ์กับระดับไขมัน โดยเฉพาะไขมันแอลดีแอล (LDL-C) ในกระแสเลือดที่สูง โดยจะไปสะสมพอกบนเซลล์ผนังด้านในหลอดเลือดหัวใจที่ฉีกขาด หรือบาดเจ็บอันเนื่องมาจากผลของความดันโลหิตสูง ผลจากสารนิโคตินในบุหรี่ ทำให้ผนังหลอดเลือดหัวใจแข็งและตีบ แต่ไขมันเอชดีแอล (HDL-C) จะเป็นตัวช่วยป้องกันและชะลอการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจแข็ง

3. การเกาะจับกลุ่มของเกร็ดเลือด (Platelets Aggregation) ปกติเกร็ดเลือดจะลอยอยู่ในกระแสเลือดหากมีกระบวนการที่ทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจแข็ง การไหลเวียนของเลือดจะช้าลงหรือคราบไขมันปริแตก จะมีการรวมตัวกันของเกร็ดเลือดไปจับพิวด้านในผนังหลอดเลือดหรือคราบไขมันเกิดการสะสมพอกพูนเรื่อย ๆ จนรูหลอดเลือดหัวใจตีบตันได้

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

มีการศึกษามากมาย พบว่ามีหลายปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีทั้งปัจจัยเสี่ยง ทั้งที่สามารถปรับและควบคุมได้และไม่สามารถปรับควบคุมได้ WHO (1992) ได้ประกาศปัจจัยเสี่ยงหลักที่มีโอกาสทำให้เกิดโรคคือ

1. ความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง Systolic และ Diastolic Pressure ที่เพิ่มสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท หรือผู้ที่มีเฉพาะ Diastolic Pressure ที่สูงเกินกว่า 90 มม.ปรอท พบว่า มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและเกิดการตายอย่างกะทันหันได้สูงถึง 2 เท่า และมีโอกาสสูงถึง 4 เท่าต่อการเกิด Stroke เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความดันโลหิตปกติจาก The Framingham study พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 160/95 มม.ปรอท จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูงถึง 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท

2. ระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติ ระดับไขมันที่มีส่วนทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งได้คือ LDL-C, VLDL, Triglycerides (TG) ส่วน HDL-C ที่สูงๆจะเป็นตัวช่วยป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งได้มีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับ Serum Total Cholesterol ที่เกินกว่า 200 mg/dl (5-15 mmol/L) หรือมี LDL-C สูงกว่า 130 mg/dl (3.35 mmol/L) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ทั้งนี้ระดับไขมันในเลือดชนิดต่าง ๆ จะมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ต่างกัน

3. สูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและพบได้บ่อยในโรคหลอดเลือดหัวใจ ในประเทศไทย พบว่าบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 62.2 สำหรับประเทศตะวันตกพบได้สูงถึงร้อยละ 86 จากการศึกษาของ The Framingham Study and British Regional Heart Study พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มี โอกาสเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึง 3 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ต้องสูดควันบุหรี่ก็มีความเสี่ยงเท่ากับผู้ที่สูบบุหรี่เช่นกันและพบว่า ปัจจัยเสี่ยงร่วมที่ทำให้มี โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดได้มากถึง 8 เท่าคือ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง

4. เพศ มีรายงานการศึกษาของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (1997) พบว่าเพศชายที่อายุระหว่าง 35-44 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าเพศหญิง 5-6 เท่า ในช่วงอายุเดียวกัน ความแตกต่างในอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจะใกล้เคียงกันในช่วงอายุมากกว่า 54 ปี เนื่องจากเพศหญิงยังคงมีประจำเดือน ซึ่งเป็นเอสโตรเจนฮอร์โมนในการช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

5. อายุ อุบัติการณ์ของอายุที่เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในเพศหญิงและชายแตกต่างกัน คือเพศชายเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ก่อนอายุ 40 ปี และเพศหญิงจะเกิดโรคได้เมื่ออายุมากกว่า 55 ปี

6. เบาหวาน ภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerotic) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากในผู้ป่วยเบาหวาน

7. ความอ้วน ดัชนีที่วัดว่าอ้วนสามารถคำนวณได้จากสูตร น้ำหนักตัวหารด้วยส่วนสูงที่เป็นเมตร ซึ่งจะเป็ค่า Body Mass Index (ค่าปกติควรน้อยกว่า 20) และการวัดความหนาของเอว ข้อ แขน การมีน้ำหนักตัวที่อ้วนเกินไปจะมีผลต่อการเพิ่มค่าระดับไขมันในเลือดเกือบทุกชนิด

8. ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี มีรายงานการศึกษามากมายที่สนับสนุนการออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ คือ หนึ่งสัปดาห์ออกกำลังกายอย่างน้อย 5 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที พบว่าสามารถช่วยลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

9. กรรมพันธุ์ ผู้มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีสายเลือดเดียวกันเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่า ผู้ที่ไม่มีประวัติกรรมพันธุ์ในครอบครัว และจะเพิ่มความเสี่ยงมากยิ่งขึ้นหากมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย

10. ยาคุมกำเนิด โดยเฉพาะยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานจะมีผลทำให้เกิดภาวะเลือดแข็งตัวได้เร็วกว่าปกติและรบกวนการเผาผลาญของไขมัน เพิ่มความดันโลหิตรวมทั้งทำให้หลอดเลือดหัวใจแข็ง มีรายงานว่าผู้หญิงที่อายุมากกว่า 40 ปี ที่ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานจะมีความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจได้สูงถึง 4-20 เท่า

11. บุคลิกภาพแบบเอ (Personality Type A) เป็นบุคลิกภาพที่มีลักษณะเป็นคนเอาจริง เอาจัง กับงาน มุ่งมั่น เคร่งคัด ตรงเวลา ทะเยอทะยาน คาดหวังในความสำเร็จมาก ชอบทำงานที่มีการแข่งขัน ชอบเอาชนะ ฉุนเฉียวหงุดหงิดง่าย พุดเร็ว ใจร้อน ไม่มีความอดทนในการรอคอย ทำงานรีบเร่งชอบ

หมกมุ่นกับการทำงานให้เสร็จทันเวลา บางคนอาจก้าวร้าวและทำลายข้าวของซึ่ง Friedman (1997) ได้ศึกษาพบว่า คนที่มีบุคลิกภาพแบบเอมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แนวทางการรักษา

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมี 3 วิธี คือ

1. การรักษาโดยใช้ยา (จรรยา, 2542) โดยยาที่ใช้ในการรักษา มีดังนี้

1.1 ให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant Agent) ช่วยลดการขยายขนาดของลิ่มเลือดและเพิ่มกลไกการละลายลิ่มเลือดในหลอดเลือดหัวใจ

1.2 ให้ยาไนเตรท (Nitrate) เป็นยาขยายหลอดเลือดช่วยลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยลดปริมาณเลือดที่ไหลกลับหัวใจ

1.3 ให้ยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplateletes Agent) ช่วยลดการเกาะรวมของเกร็ดเลือด

1.4 ให้ยาปิดกั้นเบต้า (Beta Blocker Agent) ช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดการทำงานและการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

1.5 ให้ยาต้านแคลเซียม (Calcium Channel Blocker) ช่วยลดการหดเกร็งของหลอดเลือดหัวใจและลดอัตราการเต้นของหัวใจ สามารถลดการทำงานของหัวใจได้

2. การขยายหลอดเลือดหัวใจ

3. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงของเส้นเลือดหัวใจ (พินูส์คัตและสัมพันธ์, 2543) มีความจำเป็น โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการรักษาทางยาและการขยายหลอดเลือดไม่ได้ผลหลักในการรักษาโดยการผ่าตัดมีวัตถุประสงค์ คือ

- 3.1 ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดได้รับเลือดไปเลี้ยงเพียงพอโดยเร็วที่สุด
- 3.2 กล้ามเนื้อส่วนที่ตายถูกจำกัดปริมาณไม่ให้เพิ่มมากขึ้น
- 3.3 เพิ่มปริมาณเลือดไปในส่วนของหัวใจที่ขาดเลือด

การใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันได้มีการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในอดีต การรักษาจะเป็นการใช้ยาขยายหลอดเลือด ยาละลายลิ่มเลือดและทำผ่าตัดทางเบี่ยงใหม่ ของหลอดเลือดหัวใจ แต่ปัจจุบันเทคโนโลยีด้านการแพทย์ในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ได้มีการพัฒนาก้าวหน้าอย่างรวดเร็วมากโดยเป้าหมายของแผนการรักษาแนวใหม่คือ เพิ่มการขยายหลอดเลือดหัวใจใหม่เพื่อให้เลือดแดงที่มีออกซิเจน ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น โดยปี 1964 เริ่มมีการใช้ยาละลายลิ่มเลือดในกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ปี 1988 เริ่มขยายหลอดเลือดหัวใจ ด้วยการใส่ลูกโป่งบอลลูนและขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยไขสว่าน และปัจจุบันล่าสุดมีการใส่ขดลวด ชนิดถาวรฝังในหลอดเลือดหัวใจ สำหรับแนวทางการรักษาของประเทศไทย ก็ได้มีการพัฒนาก้าวหน้า ถึงขั้นใส่ขดลวด (Stent) ฝังในหลอดเลือดหัวใจแล้ว จากผลการรักษาที่ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย ดังกล่าว สามารถช่วยลดอัตรา การตาย ลดอัตราการเกิดโรคซ้ำและช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอายุยืนขึ้นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ใหม่ให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้นซึ่งผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับภาวะเครียดเนื่องจากแผนการรักษาที่ทันสมัย ความสามารถทางพยาบาลจะต้องมีการพัฒนาความรู้ใหม่ ๆ และใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบกับทีมแพทย์ในการช่วยจัดการกับปัญหา และจัดระบบการพัฒนาความสามารถ ในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันให้มีประสิทธิภาพโดยสอดคล้องและทัน กับความก้าวหน้าของปัญหาสุขภาพและแผนการรักษาที่เปลี่ยนแปลงไป จากการทำพยาบาลมีเอกลักษณ์ ที่โดดเด่นของวิชาชีพที่มีเป้าหมายเน้นการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม คือการดูแลบุคคลซึ่งเป็นหน่วยเดียวที่มีความผสมผสานระหว่างกาย จิตใจ สังคม วิญญาณและสิ่งแวดล้อม ด้วยการ ใช้ ทฤษฎีทางการพยาบาลเป็นแนวคิดสำหรับช่วยกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของวิชาชีพซึ่งจะ ช่วยทำให้พยาบาลสามารถเข้าใจ และแยกแยะปัญหาสุขภาพและความต้องการดูแลที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ได้รับการรักษาแนวสมัยใหม่ได้อย่างถูกต้อง และสามารถจัดระบบการพยาบาลให้ตรงกับความต้องการ ของผู้ป่วยได้ดังนั้นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาจะเป็นผู้ที่มิบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

โดยตรงและมีส่วนร่วมที่จะช่วยให้พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลสามารถ ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง จะมีส่วนที่จะช่วยให้พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลสามารถ ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ได้โดยเป็นที่ปรึกษา ช่วยสอนและชี้แนะ รวมทั้งริเริ่มให้เห็นความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ตั้งแต่เข้ารับการรักษาด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่จนกระทั่งกลับไป อยู่บ้าน (สมชาติ, 2539)

ขดลวดหัวใจ (Coronary Stent)

เป็นการใส่ขดลวดสแตนเลส (จรรยา, 2540) ที่มีขนาดเล็กฝังถาวรในหลอดเลือดแดงหัวใจที่ตีบแคบแล้วถูกยึดขยายด้วยลูกโป่งเหมือนการทำ Percutaneous Transluminal Coronary Artery (PTCA) หรือการตัดคราบ/ส่วานคราบไขมันออก หรือทำลายสิ่งอุดตันให้ระเหิดด้วยแสงเลเซอร์ซึ่งหลอดเลือดขดลวดจะถูกยึดขยายออกด้วยลูกโป่งแล้ว จะมีรูปร่างคล้ายสี่เหลี่ยมขนมเปียกปูนเรียงติดต่อกันเป็น ท่อยาวกลมกลวงยาวขนาดเล็ก โดยที่ผนังด้านนอกของหลอดเลือดขดลวดจะยึดเกาะติดกับผนังด้านใน สุดของหลอดเลือดแดงหัวใจ ทำให้ช่องรูของหลอดเลือดแดงหัวใจตีบแคบ สามารถเปิดกว้างออก ได้เกือบเท่าขนาดรูปทศของหลอดเลือดแดงหัวใจ ช่วยให้เลือดแดงจากหลอดเลือดแดงหัวใจมาเลี้ยง กล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น เทคนิคการฝังหลอดเลือดขดลวดเหมือนการทำ PTCA ต่างกันเพียงมีหลอดเลือดขดลวด ฝังอยู่ในหลอดเลือดแดงหัวใจ และขั้นตอนการทำก็ค่อนข้างปลอดภัยและได้ผลสูง ผู้ป่วยต้องเข้าอยู่ ในโรงพยาบาลประมาณ 2-3 วัน ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับยาป้องกันการเกิด Thrombus และยาต้านเกร็ดเลือด คือ เฮปาริน แอสไพริน และ plavix และเมื่อกลับบ้านจะต้องรับประทานยาต้านเกร็ดเลือด ตลอดไป เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบตันซ้ำใหม่

ประโยชน์จากการใส่ขดลวด (สมชาติ, 2539)

1. ช่วยลดคราบไขมันให้แนบติดกับผนังด้านในของหลอดเลือดแดงหัวใจ ทำให้ช่องรูของ หลอดเลือดที่ตีบแคบให้ขยายเปิดกว้างออกสามารถแก้ไขปัญหากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดช่วยให้สมรรถนะการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจดีขึ้น ทำให้ลดและบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกและลด การเกิดภาวะหัวใจวาย

2. ช่วยป้องกันภาวะหลอดเลือดแดงหัวใจหดเกร็ง (Vasoconstriction)

3. ช่วยป้องกันหรือแก้ไขภาวะการปิดกั้นตันตันของหลอดเลือดแดงหัวใจ ที่เกิดจากการลอกตัวหรือปริแยกของผนังหลอดเลือดแดงหัวใจอันเนื่องจากการใช้ลูกโป่ง กดยืดขยายหลอดเลือดขดลวดให้ขยายออกเต็มที่ ซึ่งจะมีผลทำให้การไหลเวียนของเลือดที่อุดตันอยู่ภายในผนังหลอดเลือดแดงหัวใจเกิดจากการปริแตกและมีเลือดออกกลายเป็นลิ่มเลือด หรือมีเลือดเซาะแทรกอยู่ระหว่างชั้นของผนังหลอดเลือดแดงหัวใจ ซึ่งจะทำให้มีโอกาสเกิดการอุดตันซ้ำใหม่ได้เร็วขึ้น (Restenosis)

4. ช่วยลดอุบัติการณ์ของอัตราการเกิดหลอดเลือดแดงหัวใจอุดตันซ้ำใหม่ในระยะยาว

5. ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจดีขึ้น

6. สามารถแก้ไขปัญหารอยตีบตันหลายๆแห่งในหลอดเลือดหัวใจได้โดยการฝังหลอดเลือดขดลวดมากกว่าหนึ่งอันในหลอดเลือดแดงหัวใจหนึ่งเส้น

การดูแลที่จำเป็นในผู้ป่วยที่ใส่ขดลวด

ผู้ป่วยที่ใส่ขดลวดต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล เพื่อให้ความต้องการการดูแลได้รับการตอบสนอง และช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง สำหรับการพยาบาล จะแบ่งเป็น 3 ระยะตามความต้องการการดูแล (จรรยา, 2542) มีดังนี้

ระยะก่อนการใส่ขดลวด

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรับทราบว่าคุณได้รับการพิจารณาให้ใส่ จากแพทย์ผู้ตรวจรักษาระหว่างที่มารับการตรวจที่คลินิกตรวจโรคหัวใจ แผนกตรวจผู้ป่วยนอก ซึ่งจะเป็นข้อมูลใหม่ที่รับรู้อย่างกะทันหันอาจไม่มีโอกาสและเวลาในการคิดและซักถาม เพราะต้องรีบไปนัดวันเข้าอยู่โรงพยาบาลกับเจ้าหน้าที่ที่หน่วยโรคหัวใจ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว วิดกกังวล และคิดเอาเองว่าความเจ็บป่วยของตนคงจะมีความรุนแรงก้าวหน้ามากขึ้นถึงขั้นต้องเปลี่ยนแผนการรักษาใหม่จากการที่เคยได้รักษาหรือเคยผ่านการขยายหลอดเลือดด้วยลูกโป่ง มาเป็นการรักษาด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่ตนไม่เคยคุ้นเคย อีกทั้งการใส่หลอดเลือดขดลวดก็เป็นมิติใหม่ของแผนการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยซึ่งจะเป็นปัจจัยเสริมที่เพิ่มความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ ผู้ป่วยอาจประเมินสถานการณ์กำลังจะเผชิญว่าเป็นสิ่งที่อาจจะเกิดอันตรายคุกคามชีวิตของตน พยาบาลผู้ชำนาญการด้านโรคหัวใจจะเป็นผู้มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเข้าใจ และพร้อมที่จะยอมรับการ

ใส่ด้วยความหวังว่าจะเพิ่มโอกาสให้ตนสามารถอยู่รอดได้ ดังนั้นระบบการพยาบาลในระยะก่อนการใส่ จะเป็นระบบสนับสนุนและให้ความรู้โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจเหตุผลของการใส่ตลอดจนเป้าหมายและประโยชน์ ที่ตนจะได้รับจากการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว ซึ่งจะช่วยให้ลดความเครียดเพิ่มการรับรู้มีเวลาในการพิจารณาและตัดสินใจได้อย่างมีเหตุมีผลเพียงพอที่จะให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองทั้งในระหว่างและหลังการใส่ได้อย่างถูกต้องปลอดภัย สำหรับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในระยะนี้ประกอบด้วย

1. ให้ความสนใจและเวลาในการรับฟังปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวกำลังกังวลห่วงใยด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและเต็มใจ

2. การให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่จำเป็นตรงกับความต้องการของผู้ป่วยที่กำลังกังวลและสนใจ เนื่องจากข้อมูลที่จะช่วยเพิ่มความกระจ่างและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยการใส่ขดลวดลักษณะของข้อมูลจะต้องไม่ยุ่งยากซับซ้อนและมากเกินไป ต้องเป็นรูปธรรมที่จะช่วยเสริมความสามารถในการรับรู้และเพิ่มความเข้าใจได้ ทั้งนี้การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ฉะนั้นจะต้องเป็นข้อมูลที่ไม่น่าไปเพิ่มความเครียด วิธีการให้ข้อมูลควรใช้สื่อและวิธีการต่างๆ กัน ซึ่งได้แก่ การสอนอธิบายร่วมกับการใช้แผ่นรูปภาพ หรือให้คู่มือที่เกี่ยวกับผู้ป่วยที่เคยผ่านการใส่ขดลวดขึ้นและให้เห็นถึงความจำเป็นและประโยชน์ที่จะได้รับจากการใส่และให้ความมั่นใจต่อวิธีการใส่ขดลวดที่จะกระทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขานั้น นอกจากนี้ผู้ป่วยและพยาบาลควรมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการรับรู้ซึ่งกันและกันเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับปัญหาเป้าหมายและวิธีการปฏิบัติ เพื่อจะได้เข้าใจถึงการมีส่วนร่วมในระหว่างใส่ขดลวดได้

3. การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยโดยการบอกถึงประสิทธิผลจากรายงานวิจัยล่าสุดที่สนับสนุนและชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการใส่ขดลวด ในแง่ลดอัตราการเกิดอุดตันซ้ำใหม่ ลดอันตรายการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความหวังและกำลังใจเพียงพอที่จะเผชิญกับการรักษาสมัยใหม่นี้ได้

4. การเป็นที่ปรึกษาโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการซักถาม หรือหาข้อมูลเพิ่มเติมโดยสามารถให้ผู้ป่วยโทรศัพท์ปรึกษาได้ เมื่อมีข้อสงสัยหรือไม่แน่ใจในระหว่างที่อยู่บ้านและยังไม่ถึงวันนัดใส่ขดลวด เพื่อลดความเครียด

5. สอนและอธิบายเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อเตรียมตัวก่อนที่จะเข้าอยู่โรงพยาบาล โดยสอนเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาต้านเกร็ดเลือดในวันก่อนที่จะเข้าโรงพยาบาล การเตรียมทำความสะอาดบริเวณขาหนีบ ข้อมือ การงดอาหาร รวมทั้งวิธีการที่ผู้ป่วยสามารถที่จะมีส่วนร่วมระหว่างใส่ขดลวด

6. แนะนำให้ได้พูดคุยกับผู้ป่วยที่เคยใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจแล้วได้ผลดี เพื่อเพิ่มความมั่นใจและลดความวิตกกังวลจากการใส่ขดลวด

ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลหลังใส่ขดลวด

เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้ผ่านขั้นตอนการใส่หลอดเลือดขดลวดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ซึ่งในระยะแรกผู้ป่วยมักได้รับการดูแลสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดในหน่วยบำบัดพิเศษโรคหัวใจ เนื่องจากในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรก ภายหลังจากการใส่หลอดเลือดขดลวดจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิตได้ ซึ่งได้แก่ เกิดการอุดตันซ้ำใหม่อย่างเฉียบพลัน เป็นต้น การจัดระบบการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยจะเป็นระบบการพยาบาลทดแทนหรือกระทำแทนทั้งหมด แต่ผู้ป่วยยังคงสามารถที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเท่าที่ความสามารถจะกระทำ ได้ โดยเฉพาะการรับทราบถึงวัตถุประสงค์ของความจำเป็นที่จะต้องนอนพักบนเตียงนาน 24-48 ชั่วโมง เหตุผลของการจำกัดการเคลื่อนไหวขาข้างที่ใส่สายสวน ในระยะนี้การให้ข้อมูลจะต้องเป็นข้อมูลที่จำเป็นต่อการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเท่านั้น หากผ่านพ้น 24 ชั่วโมงและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ แล้วระบบการพยาบาลจะต้องเปลี่ยนระบบทดแทนบางส่วน หรือกระทำแทนบางส่วนใน ส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถจะดูแลด้วยตนเองได้ ร่วมกับการใช้ระบบการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่ละเอียดทีละน้อย เพื่อให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทีละน้อยและต่อเนื่อง

ระยะก่อนกลับบ้าน

ภายหลังจากใส่หลอดเลือดขดลวดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ แล้ว ผู้ป่วยจะถูกย้ายออกจากหน่วยบำบัดพิเศษโรคหัวใจ ในวันรุ่งขึ้น โดยย้ายไปพักฟื้นต่อที่หอผู้ป่วยทั่วไปก่อนที่จะกลับไปอยู่บ้าน (ปัจจุบันสามารถกลับบ้านได้ในวันรุ่งขึ้น) ดังนั้นในระยะนี้จึงเป็นระยะที่จะต้องช่วยพัฒนาความสามารถเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ระบบการพยาบาลที่ใช้ใน

ระยะนี้จะเป็นระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ควรจะให้ญาติได้มีส่วนในการเรียนรู้ด้วยและเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านแล้ว ยังคงมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองควรแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักปรึกษาพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางโทรศัพท์ ตลอดจนแนะนำให้รู้จักใช้แหล่งประโยชน์ด้านบริการ สุขภาพกรณีที่มีปัญหาฉุกเฉิน เช่น เลือดออกมาก เป็นต้นผู้ป่วยที่ใส่หลอดขดลวด เมื่อจะต้องกลับไปอยู่บ้านมักวิตกกังวลและไม่มั่นใจเกี่ยวกับการออกแรงการทำงาน การออกกำลังกาย ขับรถ และการมีเพศสัมพันธ์ โดยเกรงว่าจะมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตหรือเกิดการเลื่อนหลุดของหลอดขดลวดได้ ตลอดจนหวาดกลัวปัญหาการมีเลือดออกง่ายและการเกิดการอุดตันซ้ำใหม่ พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบาย ซักถาม และแลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับการสอนและชี้แนะ โดยสอนและเน้นวิธีการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งได้แก่ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกมีอาการแสดงถึงหลอดขดลวดอุดตันซ้ำใหม่ เป็นต้น และการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดและยาต้านการจับตัวกันของเกร็ดเลือด (แอสไพรีน และ Plavix) การปรับกิจกรรมและการออกแรง

การจัดการแก้ไขเบื้องต้นกรณีมีปัญหาฉุกเฉิน รวมทั้งเน้นเตือนให้คงกิจกรรมการดูแลตนเองที่เคยกระทำก่อนใส่หลอดขดลวดที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่องเพียง 2-3 เดือนเท่านั้น เพื่อส่งเสริมการยึดเกาะติดของหลอดขดลวดอย่างสมบูรณ์ มีดังนี้

1. รับประทานยาแอสไพรีนและยา Plavix ตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ตรงเวลาทุกวัน ห้ามขาดหรือหยุดยาเองเด็ดขาด ควรรับประทานยาอื่นที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ เช่น ยาขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น
2. ควรมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ ระยะแรกแพทย์อาจนัดมาตรวจทุก 1-2 สัปดาห์ และต่อไปทุก 3-6 สัปดาห์หลีกเลี่ยงการทำฟันหรือผ่าตัดในระยะ 2-3 เดือนแรก เพราะอาจจะมีปัญหาเลือดออกง่ายและมากได้ ถ้าจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์โรคหัวใจผู้ดูแลก่อน ถ้ามีปัญหาเลือดออกมากผิดปกติ เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด ประจำเดือนออกมากและนาน อาเจียนหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ไอเป็นเลือด มีจ้ำเลือดตามตัว หรือเกิดอุบัติเหตุมีบาดแผลเลือดไหลไม่หยุด เป็นต้น ควรรีบไปโรงพยาบาลทันทีหากเกิดอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บมีเลือดออกมาก ให้ใช้ผ้าสะอาดกดตรงปากแผลให้แน่นตลอดเวลา และให้รีบไปโรงพยาบาลทันที ดังนั้นควรระมัดระวังเหตุของตนเองเพื่อจะได้บอกแพทย์หรือพยาบาลกรณีที่ต้องไปโรงพยาบาลฉุกเฉิน เพราะอาจจะต้องให้เลือด

3. หลีกเลี่ยงการรับประทานยาลดกรดทุกชนิดพร้อมยาแอสไพรินด้วยตนเอง เพราะยาลดกรดจะไปลดประสิทธิภาพการดูดซึมของยาแอสไพริน ซึ่งจะมีผลทำให้หลอดเลือดคลายเกิดการอุดตันได้

4. การปฏิบัติด้านโภชนาการ

4.1 ควรรับประทานอาหารที่มี Cholesterol และไขมันอิ่มตัวต่ำ โดยการใช้ไขมันพืชปรุงอาหารประมาณวันละ 3 ช้อนโต๊ะ และรับประทานอาหารที่มี Cholesterol ไม่เกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน ตัวอย่างอาหารที่มี Cholesterol สูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ทุกชนิด ตับ ไต สมอ ม้าม ไข่ปลา หอยนางรม กะทิ เป็นต้น

4.2 ไม่ควรปรุงอาหารจัด หรือเติมสารปรุงรสที่มีโซเดียมสูงลดหรือจำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น เนื้อเค็ม กุ้งแห้ง ปลาเค็ม กะปิ ผัก และผลไม้ดอง เป็นต้น และไม่ควรเติมเกลือหรือสารปรุงรส เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส ลงในอาหารที่รับประทาน รวมทั้งไม่ควรซื้ออาหารสำเร็จรูปและอาหารที่ประกอบจากผงฟูมา รับประทาน เนื่องจากมีปริมาณของโซเดียมอยู่มาก อาจจะเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดภาวะหัวใจวาย เลือดคั่ง (Beare and Myers, 1994)

4.3 ควรรับประทานอาหารพอริ่ม รับประทานช้าๆ จัดเวลาพักผ่อนหลังอาหาร 1/2-1 ชั่วโมงทุกมื้อ เพราะหลังการรับประทานอาหาร หลอดเลือดภายในระบบทางเดินอาหารจะขยายตัว ทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยง ถ้าผู้ป่วยทำงานหรือออกกำลังกายทันที อาจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน มีอาการเจ็บหน้าอกได้ (Kelback, 1990)

4.4 เครื่องดื่มที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรงดหรือจำกัด คือ เครื่องดื่มที่มีผลต่อการกระตุ้นการทำงานของหัวใจ เช่น กาแฟ ชา เครื่องดื่มชูกำลัง แอลกอฮอล์ เป็นต้น

5. กิจกรรมและการออกกำลังกายผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าเมื่อป่วยโรคหัวใจจะทำให้ไม่สามารถทำงานหรือออกกำลังกายได้ จึงต้องนอนพัก ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากภายหลังการฟื้นฟูสภาพร่างกายตามขั้นตอน และแพทย์อนุญาตให้ทำกิจกรรมประจำวันและทำงานได้ ผู้ป่วยควรทำกิจกรรมและการออกกำลังกายให้ถูกวิธี ได้แก่ การยกแขนขา การทำกายบริหาร การเดิน การขี่จักรยาน ระยะเริ่มต้นควรออกกำลังกายที่เหนื่อยและค่อยๆ เพิ่มขึ้น ไม่ควรทำแบบหักโหม หรือออกกำลังกายชนิดที่เป็นอันตรายต่อโรคหัวใจ ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นานครั้งละ 20-45 นาที (เสก, 2534)

6. การนอนหลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

6.1 หลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอน นั่นคือผู้ป่วยควรนอนในห้องที่สงบเงียบ ไม่มีการรบกวนจากแสงสว่าง มีอากาศถ่ายเทดี ควรจัดบรรยากาศห้องนอนให้เหมาะสม ไม่ร้อนหรือหนาวเกินไป และอากาศถ่ายเทสะดวก

6.2 หลับสนิทวันละ 6-10 ชั่วโมง (Monahan et al., 1994) และมีเวลานอนพักกลางวัน ประมาณ 20-30 นาที (Beare and Myers, 1994) หรือพักผ่อนเป็นระยะระหว่างการทำกิจกรรมต่างๆ แต่ไม่ควรนอนพักกลางวันมากเกินไป ควรปรับรูปแบบการนอนหลับของตนเองให้เหมาะสม โดยเข้านอนให้เป็นเวลาไม่ว่าจะหลับหรือไม่ และควรตื่นหรือลุกขึ้นให้เป็นเวลาเพื่อฝึกความเคยชินและแม้ว่าเข้านอนแล้วจะนอนหลับยาก

6.3 ไม่ควรออกกำลังกายก่อนเข้านอนหรือทำกิจกรรมที่เป็นสิ่งเร้าทางอารมณ์ หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์กระตุ้นสมอง เพราะจะทำให้นอนไม่หลับ นอนผิดเวลา และต้องตื่นมาปีศาวยากลางดึกบ่อย

6.4 ผู้ป่วยควรฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดของตนเอง คือ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนั่งสมาธิ ฟังเพลง ก่อนนอนจะช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น

6.5 เมื่อมีปัญหาจากการนอนไม่หลับ ควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเพื่อหาแนวทางแก้ไข

7. การปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 50-60 จะมีกิจกรรมทางเพศลดลง ทั้งความถี่และคุณภาพของการประกอบเพศสัมพันธ์ ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยและคู่สมรสเกิดความวิตกกังวลมาก (ทิพาพันธ์, 2537) แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยควรมีความสุขกับการแสดงความรัก ความห่วงใยโดยการสัมผัส จับมือ จูบ กอด ไม่ควรตั้งเป้าหมายว่าการประกอบกิจกรรมทางเพศ เป็นการแสดงถึงความแข็งแรงของร่างกาย กิจกรรมทางเพศมีลักษณะเหมือนกับการออกกำลังกายชนิดหนึ่ง การร่วมเพศกับคู่สมรสตามปกติจะมีผลต่อหัวใจใกล้เคียงกับการขึ้นบันได 2 ชั้น ถ้าผู้ป่วยสามารถขึ้นบันได โดยปราศจากอาการเจ็บหน้าอกหรือเหนื่อยล้า ผู้ป่วยสามารถมีกิจกรรมทางเพศได้โดยไม่เกิดอันตราย (สุวรรณยา และนพมาศ, 2530) ควรปรึกษาขอคำแนะนำโดยตรงจากแพทย์ที่ตรวจรักษาอยู่เมื่อมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ไม่ควรคิดวิตกกังวลเพียงลำพัง

8. การสังเกตอาการผิดปกติ

8.1 อาการเจ็บหน้าอก (Chest Pain) ผู้ป่วยควรประเมินอาการเจ็บหน้าอก กิจกรรมขณะเกิดอาการ หากเกิดอาการทันทีทันใดหรือขณะออกกำลังกาย หลังรับประทานอาหาร หรือมีความเครียด และอาการเจ็บหน้าอกมีลักษณะเหมือนถูกทับเป็นเวลา 3–5 นาที ร่วมกับร้าวไปบริเวณคอ ขากรรไกร แขนซ้าย ซึ่งการนอนพักไม่สามารถทำให้อาการทุเลาได้ ควรรีบไปพบแพทย์ (Tantum, 1985)

8.2 ผู้ป่วยควรมีการตรวจอัตราการเต้นของหัวใจ โดยการจับชีพจรในระยะพัก ขณะออกกำลังกาย หลังออกกำลังกาย หรือหลังการทำงานถ้าอัตราการเต้นของหัวใจขณะพักมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ชีพจรหลังการทำงานหรือหลังออกกำลังกายมากกว่าขณะพักขณะพัก 20 ครั้งต่อนาที ควรพักผ่อนไม่ควรทำงานหรือออกกำลังกาย เพราะจะเป็นการเพิ่มการทำงานของหัวใจมากขึ้น (Beare and Myers, 1994) ควรพบแพทย์ถ้าอัตราการเต้นของชีพจรไม่สม่ำเสมอร่วมกับมีอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม บวมตามร่างกาย หายใจไม่อิ่ม ไอมีเสมหะหรือเสมหะมีเลือดปน เหนื่อยหอบมาก นอนราบไม่ได้

8.3 สังเกตอาการที่อาจจะเป็นอันตราย ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่นนาน 15 นาที หรือมากกว่า อาการหายใจขัด หอบหรืออัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้งต่อนาทีเป็นเวลานาน 15 นาที หรือมากกว่า หลังมีเพศสัมพันธ์ อาการเจ็บหน้าอกในระหว่างหรือหลังการมีเพศสัมพันธ์ นอนไม่หลับ อ่อนเพลียหรืออ่อนล้ามากหลังมีเพศสัมพันธ์ ควรไปพบแพทย์ก่อนการนัดปกติเพื่อให้แพทย์รักษาทันที

8.4 ควรสังเกตอาการที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ในระยะ 3 เดือนแรก ที่จะต้องไปโรงพยาบาล ได้แก่ อาการแสดงของการเกิดการอุดตันในหลอดเลือด คือ อาการเหมือนที่เคยเป็นเมื่อครั้งที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งได้แก่การเจ็บหน้าอกหรือหายใจติดขัด เหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อแตก หากมีอาการไอหอบมาในไตรกลีเซอไรด์ได้ลิ้น และรีบไปโรงพยาบาลที่เคยใส่หลอดเลือดอุดตันที่

9. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ

9.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง ซึ่งอาจเป็นแหล่งความรู้ต่างๆ เช่น คู่มือการปฏิบัติตัว หนังสือความรู้เกี่ยวกับโรค แหล่งความรู้จากสื่อมวลชน หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น

9.2 เลื่อนนำมาปฏิบัติให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของตน หากมีปัญหาหรือสงสัย ไม่มั่นใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ควรปรึกษาพยาบาลผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์โรคหัวใจผู้ดูแล ควรทำให้สบาย ผ่อนคลาย และอดทนต่อการดูแลตนเองที่ต้องเข้มงวดเพียงระยะ 3 เดือนเท่านั้น โดยคิดว่า หลอดหลอดเลือดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

9.3 กรณีที่จำเป็นฉุกเฉินต้องเข้ารักษาที่โรงพยาบาลอื่น จะต้องบอกให้แพทย์และพยาบาล ของโรงพยาบาลนั้น ทราบว่าตนได้ใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจก้อนในเส้นเลือดเส้นใดบ้าง

10. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิตจุดมุ่งหมายในชีวิตมีความสำคัญทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้หรือหมดกำลังใจในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยควรมีสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต ตั้งเป้าหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว และต้องเป็นเป้าหมายที่สามารถทำให้ไม่ยากเพื่อสร้างความหวังในชีวิต

11. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรปรับสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น จัดช่วงเวลาให้มีเวลาเป็นส่วนตัวตามความต้องการในแต่ละวัน ขณะเดียวกันควรผ่อนคลายความเครียด หาเวลาสังสรรค์กับครอบครัวและเพื่อนฝูงหรือเพื่อนบ้าน ควรทำจิตใจให้สบายยิ้มแย้มแจ่มใส เพื่อเสริมสร้างความสุขให้เกิดขึ้นทั้งสองฝ่ายควรควบคุมอารมณ์ โกรธ หงุดหงิดน้อยใจและมองที่เหตุผลมากขึ้น อาจบอกเล่าประสบการณ์ของตนให้ครอบครัว หรือเพื่อนรับฟัง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันและกัน

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎี PRECEDE Model

PRECEDE MODEL เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงาน สุขศึกษา โดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาโดย Lawrence W. Green (1980) ที่มีแนวคิด ว่า พฤติกรรม บุคคลมีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงาน สุขศึกษา เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE MODEL เป็นการวิเคราะห์ แบบย้อนกลับ ว่าสิ่งที่เป็นอยู่นั้น ได้มีองค์ประกอบหรือปัจจัยนำอะไรบางอย่างที่ทำให้เกิดผลลัพธ์

ดังสภาพปรากฏขั้นตอนของกระบวนการ (PRECEDE Model) การดำเนินการตามกระบวนการของ PRECEDE Model เป็นการเริ่มจากผล (Out put) ได้แก่ สภาวะสุขภาพที่ย้อนกลับไปเหตุ (Input) ปัจจัยหรือสาเหตุของปัญหาสุขภาพ กรอบแนวคิด (PRECEDE Model) สามารถนำไปใช้ในโครงการสาธารณสุขต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพตามกระบวนการที่กำหนด 7 ขั้นตอนที่สำคัญดังต่อไปนี้ (Green and Kreuter, 1991)

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Phase 1: Social Diagnosis) เป็นการวินิจฉัยทางสังคมในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ซึ่งจะสามารถทำได้โดยศึกษาความต้องการและความคาดหวังส่วนบุคคล อาจจะมีหลายตัวชี้วัด

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Phase 2: Epidemiological Diagnosis) เป็นการพิจารณาถึงเป้าหมายถึงสุขภาพเฉพาะอย่างมีผลต่อเป้าหมายและปัญหาสังคม ในขั้นตอนที่ 1 ข้อมูลที่นำมาวินิจฉัยในขั้นนี้ได้แก่ สถิติชีพ ข้อมูลทางการแพทย์และวิทยาการระบาด ซึ่งจะใช้ข้อมูลเหล่านี้เพื่อเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Phase 3: Behavioral and Environmental Diagnosis) ประกอบด้วย องค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมและองค์ประกอบด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ องค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายนอกตัวบุคคลซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมโดยใช้ความสามารถภายในตนเองได้ แต่เป็นตัวช่วยปรับเปลี่ยนหรือสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคล

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Phase 4: Educational Diagnosis) ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขภาพศึกษาโดยในขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะมีความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของปัจจัยโน้มน้าว ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพ

ทางสังคม-เศรษฐกิจ (Socio-Economic Status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการวางแผน โครงการสุขภาพความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จะต้องมีปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่างๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมาเป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่างๆ แล้วความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะทาง และเวลา นอกจากนั้นสิ่งสำคัญคือการหาได้ง่าย และความสามารถเข้าถึงได้ ของสิ่งจำเป็นในการแสดงพฤติกรรม หรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปได้ง่ายขึ้น

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเนื่องมาจากการกระทำของตน สิ่งที่บุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัลผลตอบแทน การชมเชย การลงโทษ การยอมรับหรือไม่ยอมรับ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติตามก็ได้ สิ่งเหล่านั้นบุคคลจะได้รับจากคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น ซึ่งแตกต่างกันไปตามสถานการณ์และพฤติกรรมของบุคคล

พฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ของบุคคล เป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้งสามดังกล่าวมาแล้ว คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวเสมอ โดยไม่ควรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ

จากปัจจัยทั้งสามดังกล่าว Green et al. (อ้างถึงใน สมทรง และ สรวงศ์กัญ, 2540) ได้นำมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทั้งสามกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาเฉพาะเพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุทางพฤติกรรมกับปัจจัย โดยในการวิเคราะห์จะกำหนดว่าสาเหตุของพฤติกรรมควรเรียงลำดับความหมายดังต่อไปนี้

1. เป็นแรงจูงใจที่จะต้องทำให้ได้
2. การคัดแปลงหรือหาแหล่งทรัพยากรที่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นได้
3. เป็นปฏิกิริยาที่แสดงออกให้ทราบหลังจากพฤติกรรมนั้นแล้ว
4. ต้องมีการเสริมแรงเพื่อให้พฤติกรรมนั้นคงทนต่อไป
5. ในการเสริมแรงหรือการลงโทษพฤติกรรมนั้น อาจมีผลกระทบกับปัจจัยนำหรือปัจจัยอื่นด้วย

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (Phase 5: Selection of Educational Strategies)

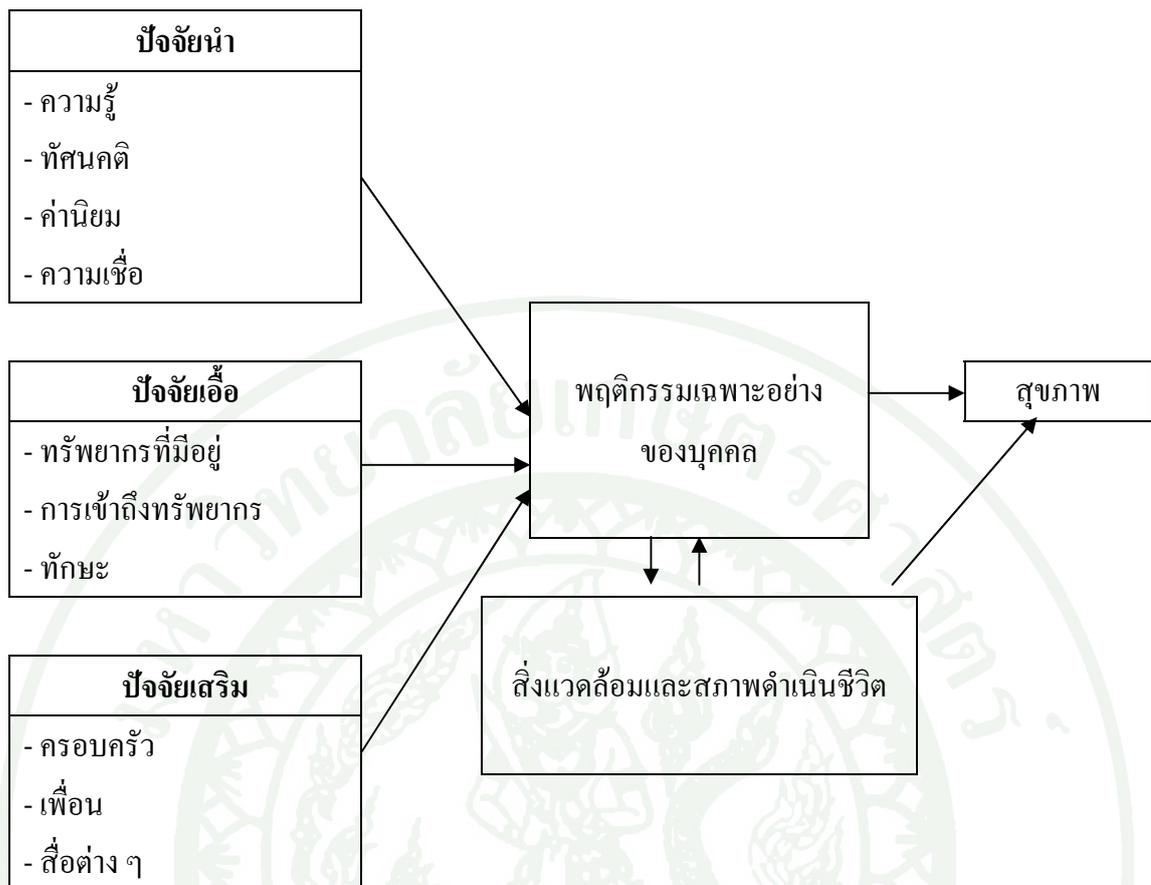
เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปจะเป็นการเลือกกลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานด้านสุขศึกษามาใช้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้งสามด้านข้างต้นด้วย เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในที่สุดด้วย นอกจากนี้การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานหลายเทคนิค หลายกลวิธีด้านสุขศึกษาเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Phase 6: Administrative Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจจะมีผลทั้งทางด้านบวก หรือมีผลตรงข้าม

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล (Phase 7: Evaluation)

ขั้นตอนนี้ไม่ได้แสดงไว้ในแผนภูมิของ PRECEDE Framework เนื่องจากโดยแท้จริงแล้ว การประเมินผลมิได้เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินงานแต่อย่างใด แต่เป็นส่วนของการดำเนินงานที่ผสมผสานอยู่ของการดำเนินงานตั้งแต่การวางแผนดำเนินงานแล้ว โดยการกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของการประเมินในแต่ละขั้นตอนเอาไว้แต่แรกและต่อเนื่องกันไป ตั้งแต่ก่อนการดำเนินงานจนถึงสิ้นสุดการดำเนินงานและภายหลังการดำเนินงานด้วย



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีผลพฤติกรรมสุขภาพ

ที่มา: สมทรง และ สรวงศ์ภรณ์ (2540)

แนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม

กลุ่มที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ หรือความตั้งใจต่อพฤติกรรม

กลุ่มที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา วิทยาศาสตร์ องค์ประกอบด้านประชากรและลักษณะทางภูมิศาสตร์ เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัย (Multiple Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวความคิดว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งจากการศึกษาของนักพฤติกรรมศาสตร์ได้สรุปว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลคือ

1. ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
2. การประเมินผลประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข
3. โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรง และการเสี่ยงต่อการเกิดโรค
4. องค์กรประกอบทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม
5. ความรู้
6. องค์กรประกอบด้านประชาชน

โดยแนวคิดในกลุ่มที่ 3 มีการนำทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ จิตวิทยาสังคม สังคมศาสตร์ ประชากรศาสตร์ และสาขาอื่นๆเข้ามาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรม และพยายามหาทางแก้ปัญหา โดยการผสมผสานในวิชาชีพสาขาต่างๆ เข้ามาร่วมดำเนินการด้วย

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care)

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณีที่บุคคลนั้น ได้มีส่วนในการติดต่อ และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อที่จะรู้จักจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (สมจิต , 2543) ในการดำเนินชีวิตของบุคคลแต่ละคนตามวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งจะเป็นเครื่องทำนายว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น โดยเป็นไปตามประสบการณ์และการขัดเกลาทางสังคม ฉะนั้นการให้ความหมายของการดูแลตนเองจึงหมายถึง รวมถึงการดูแลตนเองในขณะที่มีสุขภาพที่ดีด้วย ตลอดจนวิธีการส่งเสริมรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ รู้จักการป้องกันตนเองจากโรคและสิ่งอันตรายที่จะมีต่อสุขภาพของตนเองตลอดจนสมาชิกในครอบครัว

ในสังคมและวัฒนธรรมที่อยู่ร่วมกันผู้ใหญ่มักจะถูกคาดหวังว่าจะต้องเป็นผู้ที่สามารถพึ่งพาตนเอง ดูแลตนเอง และดูแลบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบได้ ส่วนผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องได้รับการช่วยเหลือในส่วนที่ช่วยตัวเองไม่ได้ และได้รับการพัฒนาให้ใช้ศักยภาพของตนเองให้สูงสุดเท่าที่จะสามารถรับผิดชอบตนเองได้ การดูแลตนเอง และดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพา จึงเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่า และวิชาชีพการพยาบาลได้ให้คุณค่ากับสิ่งเหล่านี้เป็นอย่างมาก

วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำการดูแลตนเองนั้น โอเรมเรียกว่าการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care Requisites) ซึ่งมี 3 อย่างคือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัย
2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ ของชีวิต ซึ่งอาจมีผลต่อการเจริญเติบโตหรือมีอุปสรรคหรือส่งเสริมต่อการมีพัฒนาการ การดูแลตนเองตามระยะการพัฒนาการกลายเป็นสิ่งที่สำคัญมากในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจ
3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเนื่องจากการมีหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติ เช่น พิการ เกิดโรค หรือเจ็บป่วย การดูแลที่จำเป็นจะมีส่วนประกอบ 2 ส่วนคือ วัตถุประสงค์ กับวิธีการ วัตถุประสงค์มีความเป็นสากล คือเป็นของทุกคน แต่วิธีการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์แตกต่างกันตามขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรม ครอบครัว และประสบการณ์

ทฤษฎีการดูแลตนเองนั้นเป็นทฤษฎีของการกระทำ ส่วนประกอบของการดูแลตนเองคือ ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด กับความสามารถในการดูแลตนเอง

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดเป็นส่วนประกอบแรกของการดูแลตนเอง ซึ่งหมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะต้องกระทำในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของตน เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ

ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ได้แก่ อายุ เพศ ระยะการพัฒนากาย ภาวะสุขภาพ สังคม วัฒนธรรม ระบบครอบครัว วิถีชีวิต สิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์และระบบบริการสาธารณสุข ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานจะเป็นตัวกำหนดการดูแลตนเองที่จำเป็น และความสามารถในการดูแลตนเองที่จำเป็นนั้น ได้มาจากความรู้ในศาสตร์สาขาต่างๆมากมาย เช่น ความรู้ทางการแพทย์ ทางด้านจิตวิทยาและสังคมวิทยา เป็นต้น ซึ่งถือได้ว่าปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานเป็นตัวเชื่อมที่จะนำความรู้จากศาสตร์สาขาอื่นมาสู่การพยาบาล

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency)

ความสามารถในการดูแลตนเองที่กระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งเป็นการกระทำอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย บุคคลที่จะกระทำเช่นนี้ได้ในช่วงแรกต้องมีความรู้ มีทักษะในการคิดและตัดสินใจ ในขั้นที่สองจะเกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ การประเมินและปรับเปลี่ยนการกระทำ ต้องใช้ความสามารถในการจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม ถ้าเป็นการกระทำดูแลตนเองเรียกว่า การปฏิบัติการดูแลตนเอง (Self-care Operation)

ความสามารถในการดูแลตนเองยังประกอบด้วยอีก 2 มิติคือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน และ 2) พลังอำนาจ ด้วยความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานจาก การรับรู้ ความจำ ทักษะและความสามารถในการเรียนรู้ อัดมโนทัศน์ จะทำให้บุคคลมีการพัฒนาความสามารถเพื่อดูแลตนเอง

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีการดูแลตนเองประกอบด้วย การดูแลตนเองที่บุคคลจำเป็นต้องกระทำ ความสามารถของบุคคลที่จะกระทำ และการกระทำดูแลตนเอง

ทฤษฎีความพร้อม ในการดูแลตนเอง (Self-care Defect)

เป็นส่วนประกอบที่สองของทฤษฎีการพยาบาล โดยทั่วไปของ โอเรม ซึ่งกล่าวว่า เมื่อความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่จะตอบสนองได้ บุคคลจะมีความพร้อมในการดูแลตนเอง และต้องการการพยาบาล หมายถึงความต้องการของบุคคล และประโยชน์ที่ได้รับจากการพยาบาล ความพร้อมในการดูแลตนเองเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความจำกัดในการดูแลตนเองอาจเกิดจากการรู้ การพิจารณาตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติ

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการ เป็นปัญหาสำคัญที่ระบบการพยาบาลจะต้องเข้าไปช่วยเหลือ

ข้อจำกัดในการดูแลตนเองมี 3 ประการคือ Orem (อ้างถึงในสมจิต, 2543)

1. ข้อจำกัดเรื่องการเรียนรู้ (Limitations of Knowing) หมายถึง ข้อจำกัดเรื่องการเรียนรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกายความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งเหตุการณ์หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลให้เกิดข้อจำกัดในการรู้ ได้แก่ การขาดความรู้ หรือไม่มีความจำเป็นต่อการดูแลตนเอง ขาดความรู้ที่ใช้ในการประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก รวมถึงการมีข้อจำกัดทางด้านความคิดสติปัญญา ทำให้ไม่สามารถให้ความหมายต่อเหตุการณ์ ไม่สามารถแสวงหาความรู้ที่จำเป็นต่อการดูแลตนเอง หรือเข้าใจเหตุผลของการกระทำได้

2. ข้อจำกัดเรื่องการพิจารณาและตัดสินใจ (Limitations of Making Judgments and Decisions) ข้อจำกัดเรื่องการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด หรือการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองการที่บุคคลมีข้อจำกัดในการพิจารณาและตัดสินใจ เนื่องจากบุคคลไม่คุ้นเคยกับสถานการณ์ร่วมกับข้อมูลที่เป็นจำเป็นสำหรับการพิจารณาตัดสินใจ การดูแลตนเอง มีปริมาณไม่เพียงพอและบุคคลหลีกเลี่ยงปฏิเสธที่จะประเมินเหตุการณ์ เพื่อจะนำไปกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง อีกทั้งขาดการไตร่ตรองให้รอบคอบก่อนตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม

3. ข้อจำกัดเรื่องการลงทุนมือกระทำกิจกรรมนั้น ๆ (Limitation of Engagement in Result Achieving Courses of Action) ปัจจัยหรือสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการลงมือกระทำกิจกรรม ได้แก่ การขาดความรู้ หรือขาดการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง การขาดแหล่งสนับสนุน แรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ไม่ได้ตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง ขาดการสนับสนุนของครอบครัว เป็นต้น

แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อและความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มี เหตุผลก็ได้ และจะทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามความคิดและความเข้าใจนั้น ความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไร ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็นและความเข้าใจนั้น โดยอาจจะ

รู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจและความคาดหวังหรือสมมติฐาน ซึ่งอาจจะ มีเหตุผลหรือ ไม่มีเหตุผลก็ได้

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย และการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ และค่านิยม

Rosenstock (1974) เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำ หรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะบุคคลมีความเชื่อว่า

1. ตนเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน
3. การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือในกรณีที่เกิดโรคขึ้นแล้ว ก็ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และในการปฏิบัติตนนั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติความยากลำบาก และอุปสรรคต่าง ๆ เป็นต้น

Becker *et.al* (1977) อธิบายองค์ประกอบหลักของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ใช้ อธิบายและทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนของบุคคล ที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และแต่ละคนจะมีความเชื่อในระดับนี้ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลจึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพไม่เหมือนกัน

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต และต้องใช้เวลานานในการรักษาเกิดโรคแทรกซ้อนหรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

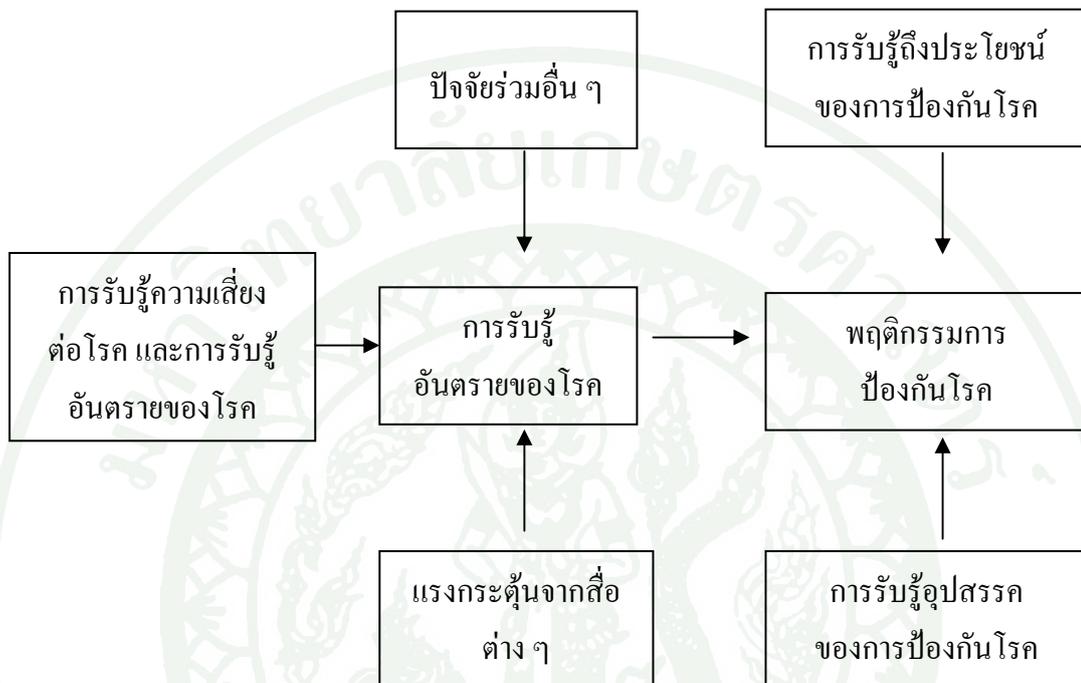
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกัน (Perceived Benefits) หมายถึงการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลจากการตรวจพิเศษบางอย่าง ทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สุขสบายหรือการปฏิบัติขัดกับอาชีพ การดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้ต่ออุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและใช้ทำนายพฤติกรรมให้ความร่วมมือ

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง อารมณ์หรือความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความพอใจมีจะยอมรับคำแนะนำ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก สิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือจากองค์ประกอบข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วย ตัวแปรด้าน

ประชากร เช่น อายุ เพศ เผ่าพันธุ์ ของบุคคล ตัวแปรภูมิหลัง เช่น ความรู้เรื่องโรค ทักษะคิดต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่อง เป็นต้น



ภาพที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรม Health Belief Model

ที่มา: Becker *et al.* (1977)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นแบบแผนที่ใช้ตัวแปรทางจิตสังคม เพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (Health Related Behavior) โดยในระยะแรกนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมุ่งอธิบายพฤติกรรมอนามัย ในการป้องกันโรคของบุคคลโดยมีสมมติฐานว่าบุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรคหรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคในระยะแรก ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพและไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น (Becker and Maiman, 1974) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรกมีส่วนประกอบดังนี้

1. ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to Take Action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยพิจารณาตัดสินใจจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น

2. การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Evaluation of The Advocated Health Behavior) โดยบุคคลจะประเมินโดยพิจารณาถึงความสะดวกหรือความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรคเพียงใด ทั้งนี้โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ความเจ็บปวดการเสียเวลา ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Due to Action) อาจเป็นสิ่งชักนำภายในคน เช่น อารมณ์หรือความเจ็บป่วย หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชนต่างๆ ญาติ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก เพื่อทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรค ของบุคคลยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ Kasl and Cobb (1966) จึงประยุกต์พฤติกรรม ความเจ็บป่วยเข้าไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลไว้ 3 ลักษณะคือ

3.1 พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health Behavior) หมายถึง การกระทำ กิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรก ที่ยังไม่มีอาการ

3.2 พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง กิจกรรมใดๆที่บุคคลปฏิบัติ เมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม

3.3 พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น ได้มีนักวิจัยหลายท่านพยายามที่จะใช้แบบแผนพฤติกรรมของผู้ป่วยด้านการแพทย์ (Medical Model) ในการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยเน้นตัวแปรด้านประชากร สังคม แผนการรักษาและลักษณะความเจ็บป่วย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ยังไม่เพียงพอที่จะใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ Becker and Maiman (1974) จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) ขึ้นใหม่โดยเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยในด้านต่าง ๆ เพิ่มจากที่ Rosenstock (1974) ศึกษาไว้ความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นกับปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factor BCF) ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการภาวะสุขภาพ สังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต รวมถึงกิจกรรม

ที่กระทำเป็นประจำแหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิตตลอดจนสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมของบุคคลในช่วงเวลานั้นๆ ปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ได้แก่ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด (Orem, 1995)

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

ผู้คิดค้นทฤษฎี ประกอบด้วย Caplan, Casel and Core ในปี ค.ศ. 1972 มีแนวคิดหลัก (Key Concept) ดังนี้ (บุญเยี่ยม, 2528)

Cubb (1976) ได้ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตนเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเอง ทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคมนั้นๆ

Pilisuk (1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังได้รวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกตนเองได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย และนอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มอื่นๆ เป็นต้น

แรงสนับสนุนทางสังคม คือ สิ่งที่ได้รับจากผู้ให้การสนับสนุน ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาทำให้บุคคลนั้นๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ โดยมีการแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 แบบ คือ

House (1981) ได้แบ่ง ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 ประเภทดังนี้

1. Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพึงพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงความห่วงใย การไปเยี่ยมเยียนด้วยความจริงใจ

2. Appraisal Support คือ การสนับสนุนในการให้ประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับต่อการกระทำ การเห็นพ้อง หรือคำรับรองถึงผลการปฏิบัติ

3. Information Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้ คำแนะนำ ตักเตือน ให้คำปรึกษาและการให้ข่าวสาร

4. Instrumental Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือและเวลา เช่น การให้เงิน ให้เวลา ให้แรงงานระดับแรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งได้เป็น 3 ระดับ

4.1 ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมใน สังคมสามารถวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบัน ในสังคมการเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ

4.2 ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่าย สังคม โดยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ

4.3 ระดับแคบหรือระดับลึก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่ มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้เชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่า ปริมาณ คือ ขนาด จำนวนและความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย แรงสนับสนุน ในระดับนี้ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์มากที่สุด

Pender (1996) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 5 ประเภทดังนี้

1. กลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ (Natural Support Group) ได้แก่ครอบครัว ซึ่งเป็น กลุ่มการสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ ครอบครัวที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมนั้น สมาชิกในครอบครัวต้องรับรู้ถึงความต้องการซึ่งกันและกัน มีการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ มีความนับถือหรือการยอมรับความต้องการของส่วนร่วม และมีการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งกันและกัน

2. กลุ่มเพื่อน (Peer Support System) ประกอบด้วยกลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่อย่างไม่เป็นทางการ โดยคนกลุ่มนี้เคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบรุนแรงในชีวิต และประสบความสำเร็จในการ ปรับตัวและมีพัฒนาการในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจอย่างซาบซึ้งเกิดขึ้นในตนเอง จึงสามารถให้คำแนะนำ ในการแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายกับประสบการณ์ที่เขาเคยประสบมา

3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized Religious System) เช่น บุคคลที่โบสถ์ หรือกลุ่มองค์กรศาสนาอื่น ๆ ที่มีการพบปะในสถานที่ที่ทางกลุ่มศาสนานั้น ๆ จัดไว้ให้ เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนานั้น ๆ แบ่งปันความรู้สึกร่วมกัน ความเชื่อเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายในชีวิตธรรมเนียมปฏิบัติเกี่ยวกับพิธีบูชาสักการะทางศาสนา แนวทางการดำเนินชีวิต และให้การช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อให้บุคคลบรรลุถึงการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งเป็นกลุ่มผู้ให้การดูแล หรือผู้ช่วยเหลือในวิชาชีพ (Organized System of Caregiving of Helping Professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพผู้ช่วยเหลือที่ทักษะเฉพาะด้านและการบริการที่เสนอให้แก่ผู้ป่วย บุคคลจะแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มนี้ ก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนไม่เพียงพอ หรือการสนับสนุนนั้นไม่ได้ผลหรืออาจใช้ไปหมดแล้ว ซึ่งกลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพนี้จะเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนที่ขาดหรือพร่องนี้ได้

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ได้จัดตั้งโดยกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized Support Group not Directed by Health Professionals) ประกอบด้วยกลุ่มอาสาสมัครและกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลซึ่งมีความต้องการบางอย่าง ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นกลุ่มที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิต

Capland *et al.* (1997) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แนวคิด ดังนี้

แนวคิดที่ 1 คือความพึงพอใจความจำเป็นพื้นฐานสังคม ได้แก่ การได้รับการยกย่องนับถือ การยอมรับ การได้รับความเห็นใจ และความช่วยเหลือ ซึ่งได้รับจากการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม

แนวคิดที่ 2 เป็นความสำคัญที่บุคคลสามารถรับรู้ได้จากกลุ่มสังคมที่ให้การสนับสนุนซึ่งหมายถึง บุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้นกองสุศึกษา (2542) แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับการช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของหรือการสนับสนุนทางจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจจะเป็นกลุ่มบุคคล บุคคลที่เป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่

ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านเพื่อนร่วมงาน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถจัดแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ตามแหล่งที่มา ได้แก่ แหล่งปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีความสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูงซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วย และพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ได้แก่ ครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านส่วนแหล่งทุติยภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันตามแบบแผน และกฎเกณฑ์ที่วางไว้มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของสังคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้นำชุมชน และบุคลากรอื่นๆ หลักการสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมจะต้องประกอบไปด้วยองค์ประกอบดังนี้

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น ต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารนั้นมีลักษณะที่ทำให้ผู้รับรู้สึกว่าตนเองมีค่าและเป็นที่ยอมรับของสังคม
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส่และมีความรักความหวังดีในตนอย่างจริงใจ
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารนั้นมีลักษณะที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองหรือพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบการศึกษาดังนี้

อัจฉราภรณ์ (2545) ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความรู้ การรับรู้ความรุนแรงการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ยังต้องเน้นที่พฤติกรรม การออกกำลังกาย รองลงมาคือพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ไม่ถูกต้อง ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการจัดการความเครียด

ลัดดาวัลย์ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของญาติในการดูแลโรคหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี และโรงพยาบาลเลิศจิน พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ การศึกษา รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์พฤติกรรมของญาติในการดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นเดียวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล ซึ่งได้แก่ ทักษะติดต่อ พฤติกรรมในการดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

เพลินตา (2546) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่รับการขยายหลอดเลือด โดยการใส่หลอดเลือดข่าย ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล พบว่า 1) พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 35 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่

เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ การศึกษา รายได้ต่อเดือน และบุคคลใกล้ชิดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

วารภรณ์ (2547) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการสวนหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของธอร์นไดค์ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เจตคติ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของเบนดรา และแนวคิดของเอ็ดการ์เดล ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความรู้ มีเจตคติและการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและหลังทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัศมี (2548) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน ระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ต่อการรักษา การรับรู้อุปสรรคที่จะปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 .05 และ .001 ตามลำดับ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วิษุตา (2548) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยผู้ดูแล้วยุ่ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการปฏิบัติในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่สร้างโดยที่ประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีแบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขภาพสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นุชรินทร์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า 1) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีทรัพยากรสนับสนุน การส่งเสริมสุขภาพ และการมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปิยาภรณ์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า 1) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ และ ตำแหน่ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ทักษะคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 4) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 5) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกตัวแปร ตัวแปรที่มีอำนาจทำนายสูงสุด คือ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของ

การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีตัวแปรร่วมทำนาย ได้แก่ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงาน ตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 24.2

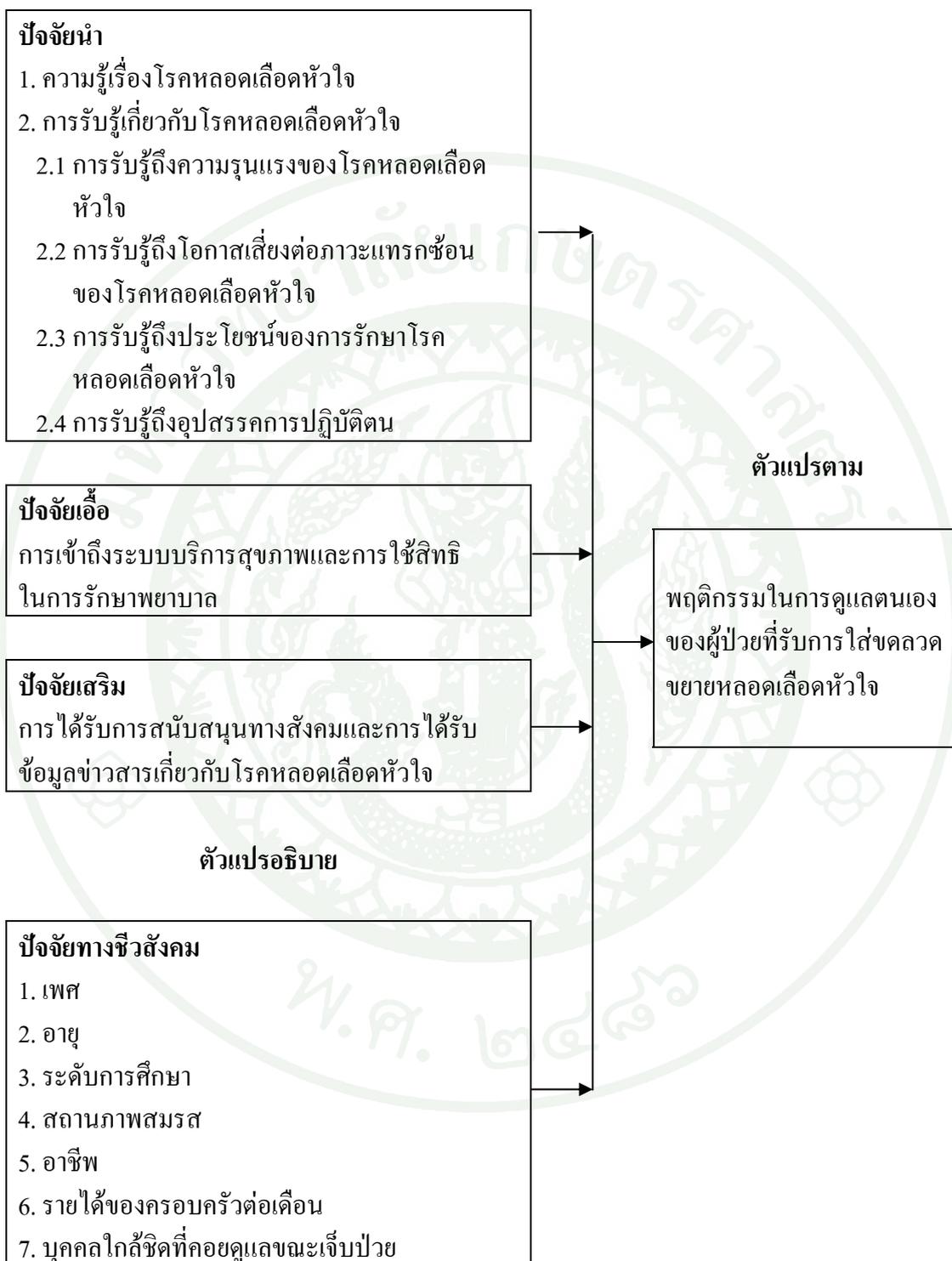
ธีวสา และคณะ (2551) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยใช้การวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับคุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง รวมทั้งทดสอบอำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐาน อัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว สถานภาพสมรส ศาสนา ปัจจัยด้านสุขภาพ คือระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตารางเกณฑ์กำหนดจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 100 ราย พบว่า 1) การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี 2) ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) ระดับสมรรถภาพของหัวใจและรายได้ครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 14 ($p < .05$) และการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 23 ($p < .05$)

ทิพวรรณ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.5 2) ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ทักษะคิด การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ปัญหาอุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 4) แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 5) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองมี 3 ตัวแปร คือการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง อายุ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 27.9 ตัวแปรที่ทำนายที่ดีที่สุดคือ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองสามารถทำนายได้ร้อยละ 16.1

ศรีเพ็ญ (2553) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า 1) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และตำแหน่งหน้าที่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 3) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เจตคติการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 4) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 5) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกตัวแปร

จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้ประมวลมานั้น จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จะมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อาศัยเค้าโครงการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพทฤษฎีแบบจำลอง PRECEDE ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม มาใช้เป็นตัวอธิบายความสัมพันธ์ของพฤติกรรมดังกล่าว จึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน บุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจและอุปสรรคของการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลตนเอง โรคหลอดเลือดหัวใจและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

อุปกรณ์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประเภทการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อทราบพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเส้นเลือดหัวใจ ที่ทำการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลในปี 2553 มีทั้งหมด 505 คน (รายงานเวชสถิติ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2553)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ทำการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้จากการเลือกโดยวิธีเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ทำการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในช่วงเดือนกันยายน 2554 – เดือนธันวาคม 2554 สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจดีและยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจำนวน 104 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้ โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (ข้อมูลทางชีวสังคม) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน บุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วย มีลักษณะเป็นข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ปัจจัยนำ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบวัดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ถ้าตอบถูกได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดจะได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน มีคะแนนรวมระหว่าง 0 - 15 คะแนน และมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ

ระดับความรู้	คะแนนข้อเชิงบวก	คะแนนข้อเชิงลบ
ตอบถูก	1	0
ตอบผิด	0	1
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	0	0

การประเมินผล แบ่งระดับความรู้เรื่องหลอดเลือดหัวใจ ออกเป็น 3 ระดับโดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้จากจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ (ชูศรี, 2541) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับมาก	มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึง คะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับน้อย	มีค่าคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

2. แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ชนิดเลือกตอบ 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative) โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 19-76 คะแนน และมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	4	1
เห็นด้วยมาก	3	2
เห็นด้วยน้อย	2	3
ไม่เห็นด้วย	1	4

การประเมินผลแบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตน ได้แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (ชูศรี, 2541) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับมาก	คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับน้อย	คะแนนอยู่ช่วงน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบป้อนใจเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 14-56 คะแนน และมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ

ระดับของการเข้าถึงสถานบริการและสิทธิการรักษา	คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	4
เห็นด้วยมาก	3
เห็นด้วยน้อย	2
ไม่เห็นด้วย	1

การประเมินผลแบ่งระดับการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและการใช้สิทธิในการรักษาออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (ชูศรี, 2541) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับมาก	คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับน้อย	คะแนนอยู่ช่วงน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเสริม ได้แก่ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลตนเอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 10 - 40 คะแนน และมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อคำถามที่เป็นด้านบวก	ข้อคำถามที่เป็นด้านลบ
ได้รับมากที่สุด	4	1
ได้รับมาก	3	2
ได้รับน้อย	2	3
ไม่ได้รับเลย	1	4

การประเมินผลแบ่งระดับการได้รับปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการได้รับความสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (ชูศรี, 2541) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับมาก	คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับน้อย	คะแนนอยู่ช่วงน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ชนิดเลือกตอบ 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative) โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 20 - 80 คะแนน และมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อคำถามที่เป็นด้านบวก	ข้อคำถามที่เป็นด้านลบ
ปฏิบัติมากที่สุด	4	1
ปฏิบัติมาก	3	2
ปฏิบัติน้อย	2	3
ปฏิบัติน้อยที่สุด	1	4

การประเมินผลแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (ชูศรี, 2541) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับมาก	คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับน้อย	คะแนนอยู่ช่วงน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราวิชาการที่เกี่ยวกับการสร้างแบบสอบถามสำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำข้อมูลต่างๆที่ได้มาสร้างแบบสอบถามสำหรับการวิจัย
2. กำหนดขอบเขตโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถาม ที่จะใช้ในงานวิจัยเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหา วัตถุประสงค์และสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี
3. สร้างข้อคำถามของแบบสอบถาม กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน
4. นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนอคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาความถูกต้องและนำมาปรับปรุงแก้ไข
5. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทำการตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (ภาคผนวก ก) ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดชัดเจนและเหมาะสมกับภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาข้อมูล แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ทำการศึกษาจากเอกสารและตำราทางวิชาการเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม
2. กำหนดขอบเขต โครงสร้าง และเนื้อหาของแบบสอบถามให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย
3. สร้างแบบสอบถามให้ถูกต้องตามขอบเขต โครงสร้างและเนื้อหาที่กำหนดไว้
4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เสนอแนะ และปรับปรุงแก้ไข
5. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรง (Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (ภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และเสนอแนะการปรับปรุงแก้ไข
6. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปทดลองใช้ (Tryout)
7. นำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องแล้วไปทดสอบใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลรามารินทร์ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษาจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยแบบสอบถามความรู้ใช้วิธี Kuder Richardson (KR-20) ส่วนแบบสอบถามด้านอื่นทดสอบความเชื่อมั่นโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

7.1 แบบวัดความรู้ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

7.2 แบบวัดการรับรู้ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

7.3 แบบสัมภาษณ์ด้านปัจจัยเอื้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

7.4 แบบสัมภาษณ์ด้านปัจจัยเสริม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

7.5 แบบสัมภาษณ์ด้านพฤติกรรม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

จากนั้นได้นำแบบสอบถามในส่วนดังกล่าวให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

8. ทำการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ถูกต้องสมบูรณ์ และเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือจากประธานโครงการปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพศึกษา ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. หลังจากได้รับหนังสืออนุญาตจากคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังทำหัตถการหัวใจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้ามารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยหลังทำหัตถการหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรม โดยนำมาแจกแจงความถี่ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistic) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square)
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือนและบุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลตนเองของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับการสนับสนุนทางสังคมและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้คือ ข้อมูลทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไค์สแควร์ (Chi-square) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pear's Product Moment Correlation Coefficient) นอกจากนี้ยังมีสถิติขั้นรองในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดนี้ ได้กระทำโดยรวมในแต่ละตอนของแบบสอบถามให้ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ชัดเจนที่สุด

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 พรรณนาข้อมูล ปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตอนที่ 2 พรรณนาข้อมูลของตัวแปรที่ทำการศึกษารวมทั้ง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคม

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรทางชีวสังคมของผู้ป่วย

(n = 104)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	55	52.9
หญิง	49	47.1
2. อายุ		
35-60 ปี	39	37.5
มากกว่า 60 ปี	65	62.5
3. การศึกษา		
ประถมศึกษา	52	50.0
มัธยมศึกษา	21	20.2
ปริญญาตรี	23	22.1
ปริญญาโท	5	4.8
ปริญญาเอก	3	2.9
4. สถานภาพสมรส		
โสด	6	5.8
คู่	76	73.1
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	14	13.4
อื่นๆ	8	7.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน(คน)	ร้อยละ
(n = 104)		
5. อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11	10.6
รับจ้าง	13	12.5
ว่างงาน	36	34.6
เกษียณ	20	19.2
ธุรกิจส่วนตัว	22	21.2
บริษัทเอกชน	2	1.9
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
5,000 -10,000 บาท	36	34.6
10,001-15,000 บาท	13	12.5
15,001-20,000 บาท	17	16.4
20,000 บาทขึ้นไป	38	36.5
7. บุคคลที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วย		
สามี/ภรรยา	42	40.4
บุตร/ธิดา	53	51.0
ญาติพี่น้อง	8	7.7
บุคคลอื่น	1	0.9

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.9 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 62.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.1 ประกอบอาชีพว่างงาน ร้อยละ 34.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 36.5 และมีบุคคลที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วยเป็นบุตร/ธิดา ร้อยละ 51.0

ตอนที่ 2 พรรณนาข้อมูลของตัวแปรที่ทำการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. ปัจจัยนำ

1.1 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ

(n=104)

ระดับความรู้	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	25	24.0
ระดับปานกลาง	63	60.6
ระดับน้อย	16	15.4

$$\bar{X} = 13.06 \quad S.D. = 2.12$$

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.6 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 24.0

1.2 การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.2.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

(n=104)

ระดับการรับรู้ความรุนแรง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	38	36.5
ระดับปานกลาง	32	30.8
ระดับน้อย	34	32.7

$$\bar{X} = 16.29 \quad S.D. = 1.40$$

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 36.5 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 32.7

1.2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ

(n = 104)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	15	14.4
ระดับปานกลาง	62	59.6
ระดับน้อย	27	26.0

$$\bar{X} = 16.40 \quad S.D. = 1.65$$

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.6 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 26.0

1.2.3 การรับรู้ถึงประโยชน์การดูแลตนเองของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ถึงประโยชน์การดูแลตนเองของโรคหลอดเลือดหัวใจ

(n = 104)

ระดับการรับรู้ประโยชน์	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	37	35.6
ระดับปานกลาง	20	19.2
ระดับน้อย	47	45.2

$$\bar{X} = 12.96 \quad S.D. = 1.24$$

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ถึงประโยชน์การดูแลตนเองของโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 45.2 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 35.6

1.2.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของโรคหลอดเลือดหัวใจ

(n = 104)

ระดับการรับรู้อุปสรรค	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	39	37.5
ระดับปานกลาง	43	41.3
ระดับน้อย	22	21.2

$$\bar{X} = 11.21 \quad S.D. = 1.35$$

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.3 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 37.5

2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและการใช้สิทธิในการรักษา

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและการใช้สิทธิในการรักษา

(n = 104)

ระดับปัจจัยเอื้อ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	25	24.0
ระดับปานกลาง	58	55.8
ระดับน้อย	21	20.2

$$\bar{X} = 40.76 \quad S.D. = 3.58$$

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและการใช้สิทธิในการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.8 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 24.0

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

(n = 104)		
ระดับปัจจัยเสริม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	23	22.1
ระดับปานกลาง	55	52.9
ระดับน้อย	26	25.0

$\bar{X} = 28.93$ S.D. = 3.35

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.9 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 25.0

4. ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

(n=104)		
ระดับพฤติกรรม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับดี	38	36.5
ระดับปานกลาง	39	37.5
ระดับควรปรับปรุง	27	26.0

$\bar{X} = 70.66$ S.D. = 5.78

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.5 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.5

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่กำหนดไว้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางด้านชีวสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง			รวม	χ^2 -test
	จำนวน(ร้อยละ)				
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
(n = 104)					
1. เพศ					0.627
ชาย	16(29.1)	20(36.4)	19(34.5)	55(52.9)	
หญิง	11(22.4)	19(38.8)	19(38.8)	49(47.1)	
2. อายุ					2.508
35-60 ปี	13(33.3)	15(38.5)	11(28.2)	39(37.5)	
มากกว่า60 ปี	14(21.5)	24(36.9)	27(41.5)	65(62.5)	
3. ระดับการศึกษา					14.229
ประถมศึกษา	12(23.1)	24(46.2)	16(30.8)	52(50.0)	
มัธยมศึกษา	4(19.0)	6(28.6)	11(52.4)	21(20.2)	
ปริญญาตรี	10(43.5)	5(21.7)	8(34.8)	23(22.1)	
ปริญญาโท	-	4(80.0)	1(20.0)	5(4.8)	
ปริญญาเอก	1(33.3)	-	2(66.7)	3(2.9)	
4. สถานภาพสมรส					13.171
โสด	5(83.3)	-	1(16.7)	6(5.8)	
คู่	15(19.7)	31(40.8)	30(39.5)	76(73.0)	
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	4(28.6)	6(42.9)	4(28.6)	14(13.5)	
อื่นๆ	3(37.5)	2 (25.0)	3(37.5)	8(7.7)	

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง			รวม	χ^2 -test
	จำนวน(ร้อยละ)				
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
5. อาชีพ					16.665
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3(27.3)	2(18.2)	6(54.5)	11(10.6)	
รับจ้าง	2(15.4)	8(61.5)	3(23.1)	13(12.5)	
ว่างงาน	5(13.9)	15(41.7)	16(44.4)	36(34.6)	
เกษียณ	8(40.0)	6(30.0)	6(30.0)	20(19.2)	
ธุรกิจส่วนตัว	9(40.9)	8(36.4)	5(22.7)	22(21.2)	
บริษัทเอกชน	-	-	2(100.0)	2(1.9)	
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน					11.901
5,000 -10,000 บาท	6(16.7)	15(41.7)	15(41.7)	36(34.6)	
10,001-15,000 บาท	1(7.7)	9 (69.2)	3(23.1)	13(12.5)	
15,001-20,000 บาท	5(29.4)	5 (29.4)	7(41.2)	17(16.4)	
20,000 บาทขึ้นไป	15(39.5)	10 (26.3)	13(34.2)	38(36.5)	
7. บุคคลที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วย					7.724
สามี/ภรรยา	8(19.0)	16(38.1)	18(42.9)	42(40.4)	
บุตร/ธิดา	14(26.4)	22(41.5)	17(32.1)	53(51.0)	
ญาติพี่น้อง	4(50.0)	1(12.5)	3(37.5)	8(7.7)	
บุคคลอื่น	1(100.0)	-	-	1(0.9)	

*p < .05

จากตารางที่ 10 พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่หลอดเลือดขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ.05 ส่วนปัจจัยทางชีวสังคมอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน บุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของ ผู้ป่วย ที่มารับการใส่หลอดเลือดขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 1 บางส่วน

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

(n = 104)

ปัจจัยนำ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)
1. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ	.378**
2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	.177
2.1 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.075
2.2 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ของโรคหลอดเลือดหัวใจ	.273**
2.3 การรับรู้ถึงประโยชน์การดูแลตนเอง ของการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ	.048
2.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตน ในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ	.121

** p < .01

จากตารางที่ 11 พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 2 บางส่วน

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

(n = 104)

ปัจจัยเอื้อ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)
การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการใช้สิทธิ ในการรักษาพยาบาล	.256**

** p < .01

จากตารางที่ 12 พบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 3

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

(n = 104)

ปัจจัยเสริม	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)
การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการได้รับ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ	.320**

** p < .01

จากตารางที่ 13 พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 4

ข้อวิจารณ์

การศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลสามารถนำผลการศึกษามาวิเคราะห์ วิจัยประเด็นสำคัญได้ดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน บุคลิกใกล้ชิดที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จากผลการวิจัย พบว่า

เพศ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพลินตา (2546) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่ขดลวดขยาย พบว่าผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดโดยการใส่ขดลวดขยาย เป็นเพศชายและเพศหญิง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ และสอดคล้องกับศรีเพ็ญ (2553) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.9 มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.4 ซึ่งเพศที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน แต่เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆด้าน สาเหตุหนึ่ง ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน จึงมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองคล้ายๆกันนอกจากนี้ เพศชายและเพศหญิงสามารถที่จะมีการเรียนรู้ในเรื่องของการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างไม่แตกต่างกัน

อายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัศมี (2548) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่

ได้รับการผ่าตัดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน ระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของเพลินตา (2546) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดบาย พบว่าผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดโดยการใส่หลอดเลือดบาย เป็นผู้สูงอายุและอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยาภรณ์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 62.5 มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระดับสูง ร้อยละ 41.5 ซึ่งเป็นวัยที่มีเวลาพักผ่อนมากขึ้น มีเวลาให้ความสนใจและความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น รวมถึงได้ผ่านประสบการณ์ในเรื่องของการรักษามาเป็นเวลานาน เพราะเป็นโรคที่เรื้อรัง จึงทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้มีอายุน้อย

ระดับการศึกษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของเพลินตา (2546) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดบาย พบว่าผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดโดยการใส่หลอดเลือดบาย มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาและไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการขยายหลอดเลือดโดยการใส่หลอดเลือดบาย และสอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณ (2552) ซึ่งศึกษาเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.2 แสดงให้เห็นว่า ระดับศึกษาน้อย แต่มีการได้รับความรู้หรือคำแนะนำจากแพทย์พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์มากขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการดูแลตนเองมากขึ้น จึงทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น จึงไม่พบความแตกต่างของพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับการศึกษาที่ต่างกัน

สถานภาพสมรส พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (1995) กล่าวว่าไว้ว่าสถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มสมรส สามารถให้ความใกล้ชิด ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย และอบอุ่นช่วยส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเองดีขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.08 มีพฤติกรรมดูแลตนเองปานกลาง ร้อยละ 40.8 แสดงให้เห็นว่าคู่ชีวิตที่อยู่ด้วยกันจึงมีหน้าที่ดูแลกันซึ่งกันและกัน เกิดความอบอุ่นช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

อาชีพ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพลินตา (2546) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดขยาย พบว่าผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือด โดยการใส่หลอดเลือดขยาย พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดขยาย และสอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณ (2552) ซึ่งศึกษาเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลพระมงกุฎ จากผลการวิจัยพบว่า อาชีพแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะว่าการได้รับทักษะความรู้ความเข้าใจในการดูแลรวมถึงประสบการณ์ในการดูแลของ ผู้ป่วยมากกว่า โดยไม่เกี่ยวข้องกับอาชีพและทุกอาชีพมีโอกาสที่จะได้รับความรู้ในการดูแลที่ไม่แตกต่างกัน

รายได้ของครอบครัวต่อเดือน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพลินตา (2546) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดขยาย พบว่ารายได้ของครอบครัวต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ แต่ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1987) ที่กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการมีศักยภาพ เศรษฐกิจที่ดีและสังคมสูงจะมีโอกาสดีกว่า ในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ในการดูแลตนเอง แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปอยู่บ้านเฉย ๆ กับบุตรหลานและครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลดังนั้นรายได้จึงไม่มีผลกับผู้ป่วยและพฤติกรรมดูแลตนเองจะเกิดขึ้นเนื่องมาจากความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพของแต่ละบุคคล หากได้คำนึงถึง

ผลเสียที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพก็จะมี การปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าและพบว่าในปัจจุบันจากโครงการ ประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยไม่วิตกกังวลต่อค่าใช้จ่าย ทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพบุคคลใกล้ชิด ที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วย

บุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วย พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 45.25 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะของภรรยา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเป็น บุตร/ธิดาที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วย ร้อยละ 50.96 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.5 และ สามี/ภรรยา ที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วย ร้อยละ 40.39 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยในระดับสูง ร้อยละ 42.9 อาจเนื่องจากบุตร/ธิดา เป็นวัยที่ต้องทำงานหาเงินเลี้ยงครอบครัว จึง ไม่มีเวลาดูแลครอบครัวหรืออาจะมี แต่ช่วงเวลาสั้นๆหลังเลิกงาน ดังนั้นคู่ชีวิตที่อยู่ด้วยกันจึงมีหน้าที่ ดูแลกันซึ่งกันและกันในการส่งเสริมพฤติกรรมให้แกกัน

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้เกี่ยวกับโรค หลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาโรคหลอดเลือด หัวใจและอุปสรรคของการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า

1. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของอัจฉราภรณ์ (2545) ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ โรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความรู้ต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยาภรณ์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชรรัตน์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่าความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.6 รองลงมาอยู่ในระดับมาก กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้มากจะมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยและตนเองได้เป็นอย่างดีดีกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ น้อย ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว โดยการปฏิบัติในเชิงรุกมากขึ้น จากการให้ความรู้และคำแนะนำ เพื่อที่จะสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเองและครอบครัวให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพลินดา (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่รับการขยายหลอดเลือด โดยการใช้หลอดคาข่าย ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใช้หลอดคาข่าย และสอดคล้องกับการศึกษาของรัศมี (2548) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศรีเพ็ญ (2553) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับมาก ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นทางอารมณ์ คิดถึงความยากลำบากที่จะต้องประสบ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะเกิดอาการเจ็บหน้าอก รุนแรง เกิดต่อเนื่องเป็นเวลานาน เหนื่อย หายใจไม่สะดวก และเจ็บป่วยเป็นเวลานาน พยาธิสภาพของโรคเหล่านี้จะมีส่วนทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีพฤติกรรม การดูแลตนเองลดลงได้

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนูชรัตน์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพลินตา (2546) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดขยาย พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่ต้องรับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดขยาย จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.8 โดยจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการรักษาไว้ซึ่งชีวิต ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมไปถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเพราะเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไว้ว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อดำรงชีวิตและการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้นจะเกิดผลดีในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด และช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ

4. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.5 แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจช่วยทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ และคิดว่าหลังการรักษาแล้วทำให้หายขาดจากโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองลดลง ผู้ป่วยจะลดความระมัดระวังและกลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยงได้

5. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพลินตา (2546) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่รับการขยายหลอดเลือด โดยการใส่หลอดเลือดขยาย ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่าการรับรู้

ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับการขยายหลอดเลือด โดยการใส่หลอดเลือด ขั้ว ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และสอดคล้องกับศรีเพ็ญ (2553) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีการป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เกิดจากความคิดหรือเกิดขึ้นจริงได้ รวมทั้งความรู้สึกไม่สะดวกสบาย เพราะความรู้สึกยากลำบากต่อการกระทำพฤติกรรมซึ่งแตกต่างกันไปตามบุคคลและอายุ ประกอบกับความเคยชินที่ยากแก่การแก้ไข เช่น การรับประทานอาหารเค็มไม่ออกกำลังกาย ไม่ทำงาน เนื่องจากกลัวเจ็บหน้าอก ขาดความรู้ ในการออกกำลังกายที่ถูกต้องวิธี Bennett *et al.* การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า การจำกัดอาหารและการรับประทานยาขับปัสสาวะ มีอุปสรรคหลายประการเช่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาหารเอง ส่วนมากทานข้าวนอกบ้าน หรือซื้ออาหารสำเร็จเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาหารเหล่านี้มักมีรสชาติค่อนข้างเค็ม การหาอาหารที่มีเกลือน้อยยุ่งยาก ไม่มีเวลา ไม่สะดวก ยาขับปัสสาวะทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากต้องตื่นมาปัสสาวะบ่อย ไม่สะดวกในการออกจากบ้าน ซึ่งการรับรู้ว่ามีอุปสรรคมีผลชัดในการแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพ

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยอื่น ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า

การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยาภรณ์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ ของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ความเพียงพอของทรัพยากรได้แก่ แหล่งบริการสถานที่ เครื่องมือในการป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิทธิในการรักษาพยาบาล เช่น การใช้สิทธิ ต้นสังกัด ประกันสังคม และประกันสุขภาพ เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้นผู้ป่วยไม่วิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตนและทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลตนเอง โรคหลอดเลือดหัวใจและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลตนเอง โรคหลอดเลือดหัวใจและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1987) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคล ดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ ช่วยส่งเสริมสภาวะสุขภาพ และช่วยป้องกันการเจ็บป่วยแสดงให้เห็นว่า การได้รับข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ จะเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตรงกับ Caplan, Casel and Core ผู้คิดค้นทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมีแนวคิดที่ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมคือ สิ่งที่ได้รับจากผู้ให้การสนับสนุน ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาทำให้บุคคลนั้น ๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของนุชรัตน์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงานบุคลากรทางการแพทย์ และการได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของรัสมิ (2548) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ค่อนข้างมาก ส่วนการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานมีบ้างบางส่วน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจจากสื่อต่าง ๆ พบว่า โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และจากแพทย์ พยาบาลที่ไปรับการรักษาได้รับเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแรงสนับสนุนต่างๆเหล่านี้ทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือนและบุคคลใกล้ชิดที่เคยมดูแลขณะเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลตนเองของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่น ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษานี้ ได้ดำเนินการในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้จากการเลือกโดยวิธีเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในช่วงเดือนกันยายน 2554 – เดือนธันวาคม 2554 จำนวน 104 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีเนื้อหาและโครงสร้างครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีของ Cronbach Alpha' Coefficient ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นครั้งนี้ แบบสอบถามด้านปัจจัยนำได้แก่

แบบสอบถามด้านวัดความรู้ ได้ค่าความเชื่อมั่น = .81 แบบสอบถามด้านการรับรู้ ได้ค่าความเชื่อมั่น = .82 แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น = .81 แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริม ได้ค่าความเชื่อมั่น = .80 แบบสอบถามด้านพฤติกรรม ได้ค่าความเชื่อมั่น = .81 ในการวิเคราะห์ สถิติ ใช้สถิติดังนี้ ค่าสถิติพรรณนา ประกอบด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการทดสอบด้วยสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย ค่าไคว์สแควร์ (Chi - square) และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัย นำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยาย หลอดเลือดหัวใจ โดยทดสอบด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation coefficient) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ได้ข้อสรุปการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งสรุปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

สรุปผลตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือด หัวใจ จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้อย่างถูกต้อง ต้องประกอบด้วยหลายปัจจัยตามทฤษฎี PRECEDE Model ที่ได้นำมาวิเคราะห์ และทำให้ทราบว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีผล ต่อพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ

สรุปผลตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือด หัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือด หัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่ามีพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.5 รองลงมาในระดับมาก ร้อยละ 36.5 และระดับน้อย ร้อยละ 26.0

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และบุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วยกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

จากการศึกษาวิจัย พบว่าปัจจัยทางด้านชีวสังคม ด้านสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และบุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องหลอดเลือดหัวใจประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตามกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

จากการศึกษาวิจัย พบว่าปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .378, r = .273$ ตามลำดับ) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตาม ($r = .075, r = .048$ และ $r = .121$ ตามลำดับ) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

จากการศึกษาวิจัย พบว่าปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล ($r = .256$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

จากการศึกษาวิจัย พบว่าปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .320$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งผลจากการศึกษาวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยขอให้ข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากการศึกษาวิจัย พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง และจากการตอบแบบสอบถามรายข้อพบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ที่ถูกต้องครอบคลุม ดังนั้นจึงควรมีการวางแผนการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้อง โดยเน้นถึงประโยชน์และผลเสียของการ

ปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงความรุนแรงในเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ดูแลและประชาชนทั่วไป เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง

2. จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ดังนั้นการที่จะส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยให้มี พฤติกรรม การดูแลตนเอง การส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดโรค ควรนำปัจจัย ดังกล่าว มากำหนดแผนการดำเนินงานสุขภาพให้ครอบคลุมชัดเจน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการ ดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจนการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจ

3. ควรจัดให้มีการประชุม ฝึกอบรม หรือสัมมนา เพื่อพัฒนาทักษะความรู้ ความสามารถ ของบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พร้อมทั้งควรกระตุ้น เตือนให้บุคลากรทางการแพทย์ได้เล็งเห็นความสำคัญของการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจดีบ และเน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติให้เกิดทัศนคติที่ดี เกิดความเชื่อมั่น และไว้วางใจในการมารับการรักษา

ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ

1. จากการศึกษาวิจัย พบว่าความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วย ที่มารับการใส่ขดลวด ขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อยู่ในระดับ ปานกลาง ดังนั้น

1.1 ควรจัดให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้คำปรึกษา หรือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมารับการติดตามผลการรักษาที่คลินิกก่อนเข้ารับการตรวจ เพื่อให้ ผู้ป่วยมีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

1.2 ควรมีการประเมินทักษะของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล หากกิจกรรมการดูแลในเรื่องใดที่ผู้ป่วยขาดทักษะ ควรจัดการสอน ฝึกหัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเต็มที่

2. จากการศึกษาวิจัย พบว่าด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย จึงควรให้การสนับสนุนในด้านต่างๆที่มีความจำเป็น ขยายแหล่งบริการสาธารณสุขตามชุมชนต่างๆให้ผู้มารับบริการได้อย่างทั่วถึง มีการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้บริการตรวจสุขภาพพร้อมคำแนะนำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจให้มากขึ้น

3. จากการศึกษาวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ควรจัดการสอนและแนะนำผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และเปิดโอกาสให้บุคคลในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ โดยมีทีมสหวิชาชีพคอยเป็นผู้ให้ความรู้ คำแนะนำเพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ทำการติดตามศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงความก้าวหน้ารวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจะได้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดี ที่ถูกต้องต่อไป

3. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุข โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีต่างๆ ในการสร้างตัวแปรที่ครอบคลุม เพื่อจะได้นำผลมาพัฒนาและสร้างเสริมพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. 2543. รายงานการเฝ้าระวังโรค. องค์การทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. 2542. แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงาน
สุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. โรงพิมพ์กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข, นนทบุรี.

ครรชิตเทพ ต้นเผ่าพงษ์, สุนิสา ไวยเจริญและวาสนา พุกษ์ชัย. 2551. รายงานประจำปี 2550
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. บริษัท ธนาเพลสจำกัด,
กรุงเทพฯ.

จรรยา ดันติธรรม. 2536. รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการ
พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

_____. 2540. การพยาบาลผู้ป่วยโคโรนารีสะเต้นท์. รามาธิบดีสาร 3(1): 81-102.

_____. 2542. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์นิติบรรณการ, กรุงเทพฯ.

ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. เทพเนรมิตรการพิมพ์,
กรุงเทพฯ.

ทิพวรรณ เข้มศรีบัว. 2552. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับ
การผ่าตัดทำทางเบี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ทิพาพันธ์ ศศิธรเวชกุล. 2537. การให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลัน. วารสารการพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 5(1): 22-24.

- ชีวาสา ลีวัธนะ, แสงอรุณ อิศระมาลัย และ ช่อลดา พันธุ์เสนา. 2551. ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 26(2): 25-28
- นิธิ มหานนท์, ปิยะมิตร ศรีธรา และ สรณี บุญไชยพุกภัย, บรรณาธิการ. 2543. *กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. โอ เอส พรินติ้งเฮ้าส์ บางกอกน้อย, กรุงเทพฯ.
- นุชรรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์. 2549. *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร วชิรพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528. *จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข*. เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 9-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- ปิยาภรณ์ นิกษ์นิภา. 2549. *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เพลินดา พิพัฒน์สมบัติ. 2546. *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดตาย ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญส่ง และ สัมพันธ์ พรวิลาวัณย์. 2543. *การรักษาโดยการผ่าตัด: กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. โอ. เอส. พรินติ้งเฮ้าส์, กรุงเทพฯ.
- รัศมี สิทธิพันธ์. 2548. *ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- โรงพยาบาลรามาริบัติ. 2553. รายงานเวชสถิติประจำปี. แผนกเวชสารสนเทศ โรงพยาบาล รามาริบัติ, กรุงเทพฯ.
- ลัดดาวัลย์ อ้นเมฆ. 2545. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วราภรณ์ อุทัยแพน. 2547. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสวนหัวใจในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วิษชุดา ใจคุ้มเก่า. 2548. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพโดยผู้ดูแลวัยรุ่นในการส่งเสริม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัย แพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์.
- ศรีเพ็ญ สวัสดิ์มงคล. 2553. ปัจจัยที่มีการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของบุคลากรกรมควบคุม โรค กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2549. สถิติสาธารณสุข 2549. สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.
- สวรรยา เดชอุดม และ นพมาศ ไวยรัชพานิช. 2530. เผชิญกับภัยพิบัติ. ม.ป.พ., กรุงเทพฯ.
- เสก อักษรนุเคราะห์. 2534. การดูแลทางสายกลางเพื่อสุขภาพและชะลอความแก่. จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. การดูแลตนเองกับทัศนคติการพยาบาลของโอเรมในการ พยาบาลศาสตร์. โรงพิมพ์ วี.เจ. พรินท์ติ้ง, กรุงเทพฯ.
- สมชาติ โลจายะ. 2539. ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯเวชสาร, กรุงเทพฯ.

- สมทรง รัชย์เฝ้า และ สรวงศ์กัญจน์ ดวงคำสวัสดิ์. 2540. กระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- อิสรา สุขุมาลจันทร์. 2536. ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.
- อัจฉราภรณ์ ถนอมกิตติ. 2545. ประเมินผลของรูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- American Heart Association. 1997. **Heart and Stroke Facts**. American Heart Association, Texas.
- Beare, P.G., and J.L. Myers. 1994. **Principle and Practice in Adult Health Nursing**. Mosby, St. Louis.
- Becker, M.H. and L.A. Maiman. 1974. The Health Belief Model Theory. **Health Education Monograph** 2(47): 336-353.
- Becker, M.H., L.A. Maiman, J. Kirsschht, D. Haefner and R. Drachman. 1977. The Health Model and Compliance: A Field Experiment. **Journal of Health and Social Behavior**. 11: 10 -24.
- Bennett. 1997. Beliefs about Medication and Dietary Compliance in People with Heart Failure : An Instrument Development Study. **Heart & Lung** 26(4): 273-279.
- Braunwald, E. 1997. **Heart Disease: A Text of Cardiovascular Medicine**. 5 th ed.WB. Samders, Philadelphia.
- Bucher, L., and S. Melander. 1999. **Critical Care Nursing**. W. B. Saunders, Philadelphia.

- Capland, R.D. 1977. Social Support and Health. **Medical Care** 15: 47-58.
- Cobb, S. 1976. "Social Support as a Moderator of Life Stress". **Journal of Psychosomatic Medicine** 38(10): 300-314.
- Cupples, A.S. 1991. Effects of Timing and Reinforcement of Preoperative Education on Knowledge and Recovery of Patientshaving Coronary Artery Bypass Graft Surgery. **Heart & Lung** 20: 654-659.
- Friedman, E.H. 1997. Worry and Coronary Heart Disease. **Circulation** 96(10): 3800-3801.
- Green, L.W. 1980. **Health Education Planning: A Diagnostic Approach**. Mayfield Publishing Company, California.
- _____. and M.W. Kreuter. 1991. **Health Promotion Planning: An Education and Environmental Approach**. Mayfield Publishing Company, Toronto.
- House, J.S. 1981. **Work Stress and Social Support**. Reading, M.A. Aololison, Wesley.
- Kelback. 1990. Acute Effects of Alcohol and Food Intake Oncardiac Performance. **Progress in Cardiovascular Disease** 32(5): 347-364.
- McKenna, K.T., F. Mass and P.T. McGniery. 1995. Coronary Risk Factor Status after Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty. **Heart & Lung** 24: 207-211.
- Monahan, F.D., T. Drake and M. Neighbors. 1994. **Nursing Care of Adult**. W. B. Saunders, Philadelphia.

Oldenberg, B., N. Orem, M. Parle and M. Gowel. 1995. An Economic Evaluation of Four Worksite based Cardiovascular Risk Factor Intervention. **Health Education Quarterly**. 22 (1): 9-19.

Orem, D.E. 1971. **Nursing Concepts of Practice**. Mc Graw-Hill Book Company, New York.

_____. 1995. **Nursing Concepts of Praction**. 4 th ed. Mosby, St Louis.

Pender, N.J. 1987 . **Health Promoting in Nursing Practice**. 2 nd ed. Appleton and Lange, Connecticut.

_____. 1996. **Health Promotion in Nursing Practice**. (3rd ed). Stamford Connecticut: Appleton & Lange.

Pilisuk, M. 1982. "Delivery of Social Support: the Social Innovation". **American Journal Orthopsychiatry** 52 (1): 20-31.

Rosenstock, I. 1974. **Historical Origins of the Health Belief Model, The Health Belief Model and Personal Health Behavior**. Charles B. Slack, New Jersey.

Tantum, J.L. 1985. **Nursing Care: Long Term Adaptation After Cardiac Surgery**. F.A. Davis, Philadelphia.

World Health Organization. 1992. Cardiovascular Disease Risk Factor. **New Area for Research**. Geneva 23(27): 1-50.



ภาคผนวก





แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ข้อมูลที่รวบรวมได้จะนำไปเสนอ เป็นภาพรวม จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่าน จึงขอความกรุณาของท่าน โปรดให้ข้อมูลตามความเป็นจริงอย่างครบถ้วนทุกข้อ

1. แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ข้อมูลทางชีวสังคม) จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า ได้แก่

2.1 ความรู้เรื่องหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 15 ข้อ

2.2 การรับรู้เรื่องหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคการดูแลตนเองของโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ และการใช้สิทธิในการรักษาจำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนทางบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
จำนวน 20 ข้อ

2. โปรดอ่านคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนให้เข้าใจก่อนตอบ
3. โปรดตอบแบบสอบถามให้ครบทุกส่วน และทุกข้อตามความเป็นจริง
4. การตอบแบบสอบถามครั้งนี้ จะไม่ส่งผลกระทบต่อท่าน เพราะคำตอบของท่านจะเป็น ความลับ และจะไม่เปิดเผยที่ใดๆ เป็นรายบุคคล นอกจากนำผลรวมต่างๆ ไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จได้ด้วยความเมตตากรุณา และความอนุเคราะห์จากท่านผู้วิจัยจึง
ขอขอบพระคุณในความปรารถนาดีมา ณ โอกาสนี้

นางสาวอัญสินี นันตะสุนทร
นิสิตปริญญาโท ภาควิชาพลศึกษา วิชาเอกสุขศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ขอให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบคำถามต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน

1. เพศ

1.ชาย

2.หญิง

2. อายุปี

3. ระดับการศึกษา

1.ไม่ได้เรียน

2.ประถมศึกษา

3.มัธยมศึกษา

4.ปริญญาตรี

5.ปริญญาโท

6.ปริญญาเอก

4. สถานภาพสมรส

1.โสด

2.คู่

3.แยกกันอยู่ / หย่าร้าง

4.อื่นๆโปรดระบุ.....

5. อาชีพ

1.รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ

2.รับจ้าง

3.ว่างงาน

4.เกษียณ

5.ธุรกิจส่วนตัว

6.บริษัทเอกชน

6. รายได้ของท่านต่อค่าครองชีพรายเดือน

1. 5,000 – 10,000 บาท

2. 10,001 – 15,000 บาท

3. 15,001 – 20,000 บาท

4. 20,000 บาทขึ้นไป

7. บุคคลที่คอยดูแลขณะเจ็บป่วย

1.สามี / ภรรยา

2. บุตร / ธิดา

3.ญาติ พี่น้อง

4. บุคคลอื่น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ

2.1 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำตอบมีให้เลือก 2 คำตอบคือ

ถูก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง
 ผิด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ทราบว่าถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง

ข้อที่	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ
1	โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเกิดจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจมีการตีบแคบหรืออุดตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ			
2	ผู้ที่มีพ่อแม่ พี่น้อง เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ได้ง่ายกว่าผู้อื่น			
3	คนอ้วนมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ มากกว่าคนผอม			
4	การออกกำลังกายอย่างหนักครั้งละนานๆจะดีกว่า การออกกำลังกายทุกวัน			
5	การออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ			
6	การไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้			
7	ความเครียดหรือความวิตกกังวลจะไม่ส่งผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ			
8	คนที่มีไขมันในเลือดสูง ทำให้มีโอกาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าคนที่มีไขมันในเลือดปกติ			

ข้อที่	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ
9	คนเป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้			
10	คนที่มีความดันโลหิตสูง ทำให้มีโอกาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้มาก			
11	อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบบ่อย คือเจ็บแน่นบริเวณหน้าอก			
12	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถรักษาหายขาดได้ ถ้าสามารถวินิจฉัยได้ในช่วงแรกที่มีอาการ			
13	ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดี คือ รับประทานยาเท่านั้น			
14	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถหยุดยาด้วยตนเอง			
15	การตรวจสุขภาพโดยการซักประวัติ เอ็กซเรย์หัวใจ ปอด การทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นการตรวจหาความผิดปกติของหัวใจเบื้องต้น			

2.2 การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ คือ

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อคำถามนั้นทุกประการ

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อคำถามนั้นค่อนข้างมาก

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นด้วยน้อยหรือไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อคำถามนั้น

ข้อที่	ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	ไม่เห็นด้วย
1	การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ อาจทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ทันทีตลอดเวลา				
2	ท่านคิดว่าอาการเจ็บหน้าอกที่ท่านเป็นอยู่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด				
3	ท่านคิดว่าอาการเจ็บหน้าอกจะหายได้ถ้าได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใส่ขดลวด				
4	ท่านคิดว่าโรคที่ท่านเป็นอยู่สามารถกลับเป็นซ้ำได้อีกภายหลังการรักษา				
5	ท่านคิดว่าถ้าไม่ได้รับการรักษาอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น				
6	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ที่มีพ่อแม่ พี่น้องเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจจะมีโอกาสเป็นได้มาก				
7	คนที่มียอายุ 40 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น				

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	ไม่เห็นด้วย
8	ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงจะเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น				
9	ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจน้อยลง				
10	การกินไข่แดง เครื่องในสัตว์ กุ้งปลาหมึกเป็นประจำ ทำให้ร่างกายแข็งแรงมีโอกาสเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจน้อยลง				
11	ความเครียดและวิตกกังวลเป็นสาเหตุทำให้เกิด โรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น				
	การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ				
12	ท่านคิดว่าการขยายหลอดเลือด โดยใส่ขดลวดช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น				
13	ท่านคิดว่าภายหลังจากการขยายหลอดเลือดโดยใส่ขดลวดจะสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติภายในระยะเวลาไม่นาน				
14	ท่านคิดว่าการขยายหลอดเลือดโดยใส่ขดลวดใช้เวลานอนโรงพยาบาลน้อยกว่าการผ่าตัด				
15	ท่านคิดว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์โรงพยาบาลทำให้ท่านมีสุขภาพดีขึ้น				
	การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตนในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ				
16	การมารับการขยายหลอดเลือด โดยใส่ขดลวดท่านคิดว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก				
17	การมารับการขยายหลอดเลือด โดยการใส่ขดลวดต้องใช้เวลาานาน				
18	การมารับการขยายหลอดเลือด โดยใส่ขดลวดในโรงพยาบาลทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูง				
19	ท่านรู้สึกกังวลและกลัวว่าจะเกิดอันตรายจากการรักษาด้วยวิธีนี้				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยอื่น

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือกเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ คือ

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อคำถามนั้นทุกประการ

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อคำถามนั้นค่อนข้างมาก

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นน้อยหรือไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อคำถามนั้น

ข้อที่	ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	ไม่เห็นด้วย
1	การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพการใช้สิทธิในการรักษา บ้านของท่านมีระยะทางห่างไกลจากโรงพยาบาล				
2	ท่านต้องเสียเวลาในการเดินทางไปโรงพยาบาล				
3	ท่านใช้เวลาในการรอรับบริการนาน				
4	ท่านได้รับความสะดวกในการบริการจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล				
5	ท่านสามารถติดต่อสื่อสาร พูดคุยกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี				
6	ท่านทราบถึงขั้นตอนในการเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาล				
7	จำนวนสถานที่ที่ท่านสามารถเข้ารับบริการด้านสุขภาพมีเพียงพอและเหมาะสม				
8	ท่านได้รับความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมจากแพทย์พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์				
9	ท่านได้รับการดูแลจากทีมแพทย์พยาบาลอย่างทั่วถึงและเหมาะสม				

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	ไม่เห็นด้วย
10	ท่านสามารถปรึกษาปัญหาสุขภาพจากแพทย์พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ได้ตลอดเวลา				
11	ท่านต้องใช้เงินส่วนตัวเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษา				
12	ท่านได้รับสวัสดิการในการรักษาเป็นอย่างดี				
13	ท่านพึงพอใจในการใช้สิทธิในการรักษา				
14	เมื่อท่านต้องนอนโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิการรักษาเป็นอย่างดี				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเสริม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือกเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ คือ

ได้รับมากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์

ได้รับมาก หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

ได้รับน้อย หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่ได้รับเลย หมายถึง ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนเลย

ข้อที่	ข้อความ	ได้รับมากที่สุด	ได้รับมาก	ได้รับน้อย	ไม่ได้รับเลย
1	การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ สมาชิกในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระงานต่าง ๆ เพื่อให้ท่านมีเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ				

ข้อที่	ข้อความ	ได้รับมากที่สุด	ได้รับมาก	ได้รับน้อย	ไม่ได้รับเลย
2	ท่านได้รับการเอาใจใส่ พุดคุยปัญหาสุขภาพในครอบครัว				
3	เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ครอบครัวจะเป็นที่ปรึกษาและให้กำลังใจ				
4	เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านจะพุดคุยกับเพื่อนที่ไว้ใจได้				
5	ท่านได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ				
6	ท่านสามารถรับคำปรึกษาโรคหลอดเลือดหัวใจจากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ได้ตลอดเวลา				
7	แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์กระตุ้นให้ท่านไปรับการตรวจตามนัดเสมอ				
8	ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มเติมจากหนังสือพิมพ์, วิทยุ และโทรทัศน์				
9	ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มเติมจากสมาชิกในครอบครัว				
10	ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มเติมจากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลที่ท่านไปรับการรักษา				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือกเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ คือ

ปฏิบัติมากที่สุด หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ

ปฏิบัติมาก หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นประจำแต่ไม่สม่ำเสมอ

ปฏิบัติน้อย หมายถึง ท่านปฏิบัติ นานๆครั้งหรือทำเป็นบางครั้ง

ปฏิบัติน้อยที่สุด หมายถึง ท่านปฏิบัติน้อยจนถึงไม่ปฏิบัติเลย

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติ มาก ที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ น้อย ที่สุด
1	ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ คือ แป้ง โปรตีน ไขมัน วิตามินและเกลือแร่				
2	ท่านใช้น้ำมันพืชเช่น น้ำมันถั่วเหลือง ในการปรุงอาหาร				
3	ท่านไม่ดื่มสุราเพราะมีผลต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ				
4	ท่านสูบบุหรี่เพื่อช่วยคลายเครียด				
5	ท่านไม่สูบบุหรี่เพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ				
6	ท่านรับประทานยาตรงเวลาทุกวันไม่ขาดยาหรือหยุดยาเอง				
7	ท่านรับประทานยาถูกต้อง ถูกขนาดตามคำสั่งแพทย์อย่างสม่ำเสมอ				
8	เมื่อท่านมีอาการข้างเคียงจากยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ หน้ามืด ผื่นขึ้น จำเผลอตามฉีดยา ท่านจะรีบพบแพทย์ทันที				
9	ท่านพยายามได้ขึ้นไปด้วยทุกครั้งที่ต้องเดินทางออกนอกบ้าน				

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติ มาก ที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ น้อย ที่สุด
10	ท่านมีกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่นเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ				
11	หลังรับประทานอาหารอิ่ม ท่านจะคอยอย่างน้อย 30 นาที ก่อนไปออกกำลังกาย				
12	ถ้ามีอาการเหนื่อยหรือแน่นหน้าอก ขณะออกกำลังกาย ท่านจะหยุดทันที				
13	ภายหลังขยายหลอดเลือด โดยใส่ขดลวด ท่านจะต้องขอคำปรึกษาแพทย์ในการออกกำลังกาย				
14	ท่านนอนในห้องที่ปลอดโปร่ง สบายไม่มีสิ่งรบกวนการนอน				
15	ท่านคอยสังเกตและระวังอาการผิดปกติของตน เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ เหนื่อยง่าย				
16	ท่านหลีกเลี่ยงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการเจ็บหน้าอก เช่น อากาศเย็น ยกของหนัก อารมณ์โกรธ เครียด				
17	ก่อนจะทำฟันทุกครั้งท่านต้องปรึกษาแพทย์โรคหลอดเลือดหัวใจก่อน				
18	เมื่อมาตรวจตามนัดท่านบอกอาการเปลี่ยนแปลงหรือความไม่สบายต่างๆ ให้แพทย์ พยาบาลทราบ				
19	อาการที่หลอดเลือดตีบซ้ำคือ มีอาการเหมือนที่เคยเป็นมาก่อน เช่น เจ็บหน้าอก หายใจขัด เหงื่อแตก คลื่นไส้ อาเจียนท่านจะต้องมาพบแพทย์ทันที				
20	เมื่อมีภาวะฉุกเฉิน ท่านจะรีบไปรักษาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน				

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ – นามสกุล	นางสาวอัญศิณี นันตะสุนทร
วัน เดือน ปีเกิด	29 กรกฎาคม 2521
สถานที่เกิด	จังหวัดสมุทรสงคราม
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	หอผู้ป่วย ซี ซี ยู คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล