



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา

พลศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Factors Affecting Self-care Behaviors of Coronary Artery Disease Patients Receiving
Coronary Artery Bypass Graft at Phramongkutklao Hospital

นามผู้วิจัย ร้อยเอกหญิง ทิพวรรณ แยมศรีบัว

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์อลิสา นิติธรรม, ค.ม.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย, วท.ม.)

หัวหน้าภาควิชา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ มาลีหอม, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญญา วีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัด
ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Factors Affecting Self-care Behaviors of Coronary Artery Disease Patients Receiving Coronary
Artery Bypass Graft at Phramongkutklao Hospital

โดย

ร้อยเอกหญิง ทิพวรรณ แยมศรีบัว

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อขอความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2552

ทิพวรรณ แยมศรีบัว, ร้อยเอกหญิง 2552: ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์อลิศา นิธิธรรม, ค.ม.
164 หน้า

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่มาตรวจตามนัดหลังผ่าตัด ที่ห้องตรวจโรคเฉพาะทางศัลยกรรมทรวงอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 101 คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2551 ถึง เดือนมกราคม 2552 โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการทดสอบคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.55 2) ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ทักษะคิด การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 4) แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็น ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 5) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง มี 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง อายุ และ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้ร้อยละ 27.9 ตัวแปรที่ทำนายได้ดีที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง สามารถทำนายได้ร้อยละ 16.1

Tippawan Yamsribua, Captain 2009: Factors Affecting Self-care Behaviors of Coronary Artery Disease Patients Receiving Coronary Artery Bypass Graft at Phramongkutklao Hospital. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Alisa Nititham, M.Ed. 164 pages.

The purpose of this descriptive research was to study Factors Affecting Self-care Behavior of Coronary Artery Disease Patients Receiving Coronary Artery Bypass Graft (CABG) at Phramongkutklao Hospital. The samples was composed of 101 patients with post coronary artery bypass graft who achieved follow up treatment schedule at the out patient Cardio-thoracic surgery clinic from November 2008 to January 2009. Data were collected by using a questionnaire developed by the researcher and tested on reliability. The data were analysed by a computer statistical program, which included Percentage, Mean, Standard Deviation, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Multiple Regression Analysis.

The results showed that 1) The majority of the sample (45.55 percent) could achieve medium score on self-care behaviors of coronary artery disease patients post CABG 2) The bio-social factors which had significant correlation ($p < .05$) with self-care behaviors was age. 3) The internal factor that had significant correlation ($p < .01$) with self-care behaviors were attitude, perceived benefits, perceived barriers of self-care behaviors and self-efficacy 4) Social support, the external factor, had also significant correlation ($p < .01$) with self-care behaviors 5) There were 3 factors that could predict self-care behaviors accounting for 27.9 percent: self-efficacy, age and social support. The best predictor was self-efficacy of self-care behaviors which was 16.1 percent.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

____ / ____ / ____

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยความเรียบร้อยเป็นอย่างดี โดยได้รับความกรุณาเป็นอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ ดร. บุญส่ง โกสะ ประธานการสอบ รองศาสตราจารย์สุวัฒน์ เกียรติเสวี ผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์อลิสรา นิตธิธรรม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ รองศาสตราจารย์สุวัฒน์ วีระเวชเจริญชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ และข้อเสนอแนะ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ช่วยตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย พร้อมกันนี้ ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่ห้องตรวจโรคเฉพาะทางศัลยกรรมทรวงอก รพ.พระมงกุฎเกล้าทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและยินดีให้ข้อมูล จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

ขอขอบพระคุณ พท.หญิง สายพิน สุนทร และ พต.หญิง กัญญา ฝนทร รวมถึง คณาจารย์ หน่วยศัลยกรรมทรวงอก รพ.พระมงกุฎเกล้าทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และเป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ และขอบคุณน้อง ๆ ผู้ร่วมงาน หน่วยศัลยกรรมทรวงอก รวมทั้งเพื่อนนิสิตปริญญาโท สาขาสุขศึกษา ที่ให้ความช่วยเหลือ ความห่วงใย พร้อมทั้งให้กำลังใจซึ่งกันและกันตลอดมา

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ของผู้วิจัยที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

ทิพวรรณ เข้มศรีบัว

มีนาคม 2552

สารบัญ

หน้า

สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(5)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์	5
การตรวจเอกสาร	12
อุปกรณ์และวิธีการ	70
ผลและข้อวิจารณ์	88
ผล	88
ข้อวิจารณ์	115
สรุปและข้อเสนอแนะ	127
สรุป	127
ข้อเสนอแนะ	132
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	137
ภาคผนวก	144
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ	145
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	147
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	164

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	เกณฑ์ตัดสินภาวะผิดปกติของ Lipoprotien ในเลือด โดย NCEP	23
2	แสดงระดับไขมันที่ปกติ หรือมีความเสี่ยงต่ำ ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	23
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม	90
4	จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำแนกเป็นรายชื่อ	92
5	จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	94
6	จำนวนร้อยละของ ทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายชื่อ	94
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	95
8	จำนวนและร้อยละของการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคของผู้ป่วย ภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายชื่อ	96
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	97
10	จำนวนและร้อยละของ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจำแนกเป็นรายชื่อ	97
11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	98
12	จำนวนและร้อยละของการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายชื่อ	98
13	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	99

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
14	จำนวนและร้อยละของการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายข้อ	100
15	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ปัญหาและ อุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	101
16	จำนวนและร้อยละของการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายข้อ	101
17	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถ ของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	103
18	จำนวนร้อยละของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำแนกเป็นรายข้อ	103
19	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	104
20	จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายข้อ	105
21	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	106
22	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	107
23	สรุปความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด หัวใจ	109
24	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	111
25	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกตัวบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด หัวใจ	112

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
26	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แสดงตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	113
27	รูปแบบสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	113

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงความสมดุลในการดูแลสุขภาพของตนเอง	44
2	แสดงความไม่สมดุลในการดูแลสุขภาพของตนเอง	45
3	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค	51
4	แสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนกับความคาดหวัง ในผลของการกระทำ	53
5	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและความคาดหวัง ในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของบุคคล	54
6	กรอบแนวคิดในการวิจัย	68

**ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
ที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า**

**Factors Affecting Self – care Behaviors of Coronary Artery Disease Patients
Receiving Coronary Artery Bypass Graft at Phramongkutklao Hospital**

คำนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Artery Disease, Coronary Heart Disease or Artherosclerotic Heart Disease) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต จากรายงานสถานการณ์ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลก พบว่าประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 14 ล้านคนในปี พ.ศ. 2533 และในอีก 30 ปีข้างหน้า สถานการณ์ดังกล่าวนี้มีแนวโน้มที่จะเพิ่มความรุนแรงสูงขึ้นเป็นลำดับ โดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 25 ล้านคน ในปี 2563 (Global burden of Disease; Lancet: 1996) และในประเทศไทย พบว่า ปัจจุบันโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 3 ของโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 28.4 ต่อประชากรแสนคนต่อปี (สำนักงานนโยบายและแผนยุทธศาสตร์, 2549) และมีแนวโน้มที่อัตราการเกิดโรค และอัตราการเสียชีวิตของประชาชนจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติสาธารณสุขปี 2545 – 2549 พบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดคิดเป็นอัตรา 14.1, 19.1, 17.7, 18.7 และ 19.4 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ซึ่งในปี 2549 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรค หัวใจขาดเลือด จำนวน 12,163 คนต่อปี เฉลี่ย 33 คนต่อวัน (สำนักงานนโยบายและแผนยุทธศาสตร์, 2549) นอกจากนี้ยังเป็นโรคที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน เกิดภาวะทุพพลภาพ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมาก ซึ่งสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบส่วนใหญ่เกิดจากผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว และมีสารไขมันสะสมภายในผนังเยื่อด้านในของหลอดเลือด มีผลให้หลอดเลือดตีบแคบลง ทำให้เลือดไม่สามารถไหลผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และ กล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ผลที่ตามมาคือหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้เพียงพอ และอาจทำให้ถึงแก่ชีวิต

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีทั้งปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ เช่น อายุ เพศ กรรมพันธุ์ และปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ ระดับไขมันในเลือดสูง ความเครียด บุคลิกภาพชนิดเอ และ การขาดการออกกำลังกาย ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถควบคุมได้โดยพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (นิธิ และคณะ, 2543)

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในปัจจุบัน ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแผนการดำเนินชีวิต การรักษาด้วยยาในกรณีที่มีหลอดเลือดหัวใจตีบไม่มาก การขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีด้วยบอลลูน (Percutaneous transluminal coronary angioplasty; PTCA) และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft; CABG) ซึ่งการรักษาต่าง ๆ ตามที่กล่าวมาต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง และ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาระยะยาว ซึ่งการผ่าตัดนับเป็นทางเลือกสุดท้ายของการรักษาที่จะช่วยประคับประคองภาวะของโรค ให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะหัวใจล้มเหลว และ ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น ด้วยเหตุที่การผ่าตัดหัวใจเป็นการผ่าตัดใหญ่ (Major surgery) ดังนั้นความร่วมมือของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและความร่วมมือของญาติมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ผลของการผ่าตัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด

ในประเทศไทย มีผู้มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในปี พ.ศ. 2545-2550 จำนวน 2,190 2,355 2,872 3,062 3,280 และ 3,522 ราย ตามลำดับ (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2550) สำหรับโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีสถิติผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดหัวใจ ในปี พ.ศ. 2545-2550 จำนวน 172 253 305 300 239 และ 212 รายตามลำดับ และ เป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 101 110 140 157 119 และ 116 ราย ตามลำดับ (สถิติหน่วยศัลยกรรมทรวงอก รพ.พระมงกุฎเกล้า, 2545 -2550) จะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 60 ของจำนวนผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดหัวใจในแต่ละปี ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต และในความเป็นจริง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบแม้จะได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแล้ว ยังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก ถ้าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ภายหลังการผ่าตัดได้ เช่น ปอดแฟบ ปอดอักเสบติดเชื้อ การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ภาวะเหนื่อยง่าย หัวใจเต้นผิดปกติ เป็นต้น ดังนั้น หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจะทำให้มีระยะเวลาพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น หรือต้องเข้ารับการรักษาดูซ้ำอีก ซึ่งสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และยังมีผลต่อภาวะจิตใจทั้งของผู้ป่วยและญาติ

จากข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจย้อนหลัง ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ปี พ.ศ. 2543 และ 2544 (อ้างใน สุนทรี, 2548) พบว่า ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และ การดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านไม่ถูกต้อง โดยผู้ป่วยจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 23.6 ($n = 161$) มีภาวะไม่พึงประสงค์ภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ คือ หัวใจเต้นผิดปกติ (ใจสั่น) ร้อยละ 10.5 ภาวะเหนื่อยง่าย ร้อยละ 6.2 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 6.8 ตามลำดับ และ จากการศึกษาของ สุนทรี (2548) เรื่องประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล เพื่อป้องกันภาวะไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร พบว่า จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในวันที่ 12 และ 19 กรกฎาคม 2548 จำนวน 15 ราย ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ถึง 1 ปี ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมีภาวะไม่พึงประสงค์ หรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทั้งหมด 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.33 โดยแยกเป็น ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง จำนวน 5 ราย ร้อยละ 33.33 แผลผ่าตัดติดเชื้อ จำนวน 4 ราย ร้อยละ 26.66 การเต้นของหัวใจผิดปกติ จำนวน 3 ราย ร้อยละ 20 การบวมที่ขา จำนวน 2 ราย ร้อยละ 13.33 และ พบว่าสาเหตุของการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ หรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดร้อยละ 46.6 เกิดจากการไม่เห็นความสำคัญในการจำกัดอาหารเค็ม ร้อยละ 60 ไม่ทราบถึงวิธีการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ร้อยละ 66.67 ไม่ทราบถึงการออกกำลังกายที่ถูกต้องโดยออกกำลังกายเพียง 10-15 นาที ไม่ปฏิบัติทุกวัน และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

จะเห็นได้ว่าภาวะไม่พึงประสงค์เหล่านี้ส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด และอาจมีการกลับเป็นซ้ำของโรคทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว สังคม และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอง รวมถึงทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

พฤติกรรม การดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อ ลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในอนาคต และการที่ผู้ป่วยจะสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่ถูกต้องเสียก่อน จากแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพของ Becker (1977) พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรค และพฤติกรรม การดูแลตนเอง ได้แก่ การรับรู้ และความเชื่อของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยองค์ประกอบ 6 ประการ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคใน

การปฏิบัติตัว แรงจูงใจด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้ง ปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ปัจจัยด้านประชากร ด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านโครงสร้าง และ ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติตน

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่า การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีผลที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ครอบครัว ชุมชน รวมถึงผลที่มีต่อการพัฒนาประเทศ ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้อย่างมีสมรรถนะที่ดี ผู้วิจัย จึงมีความสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางการในการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนา การให้สุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยให้ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยลดภาวะไม่พึงประสงค์ หรือ ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประเด็นสำคัญต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางชีวสังคม กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ทักษะคิดต่อการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
5. ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประโยชน์ที่จะได้รับ

ในการวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ที่สำคัญ ดังนี้

1. ผลการวิจัยนำมาใช้เป็นข้อมูล ในการกำหนดนโยบาย และ เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
2. ผลการวิจัยนำไปใช้เป็นพื้นฐานข้อมูล ในการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง และ ปรับปรุงพัฒนางานด้านการให้สุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ผลการวิจัยจะใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม และเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจในการศึกษาวิจัยต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง ศัลยกรรมทรวงอก กองศัลยกรรม อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

กลุ่มประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ แบบไม่ฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และมารับการตรวจตามนัด ภายหลังการผ่าตัด ในเดือนพฤศจิกายน 2551 ถึง เดือนมกราคม 2552 ระยะเวลา 3 เดือน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ประกอบด้วย

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย

1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

1.2 พัฒนาคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

1.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

1.4 การรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด และโอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

1.5 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

1.6 การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

1.7 การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่

2.1 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว

2.2 การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ

2.3 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ

3. ปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย

3.1 เพศ

3.2 อายุ

3.3 สถานภาพสมรส

3.4 ระดับการศึกษา

3.5 อาชีพ

3.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

3.7 โรคประจำตัว

3.8 ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ประกอบด้วย

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในด้านต่อไปนี้

1. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด
2. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ การรับประทานยา การดูแลแผลผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติ การมาตรวจตามแพทย์นัด

นิยามศัพท์

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดคำนิยามที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

1. ปัจจัย หมายถึง สิ่งที่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2. ปัจจัยภายในตัวบุคคล หมายถึง คุณลักษณะภายในของบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเข้าใจ เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สามารถอธิบายเกี่ยวกับ ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สาเหตุของการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาการและอาการแสดง การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ รวมถึงการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2.2 ทักษะต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ ของแต่ละบุคคลอันเนื่องมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ ที่แสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีทั้งเชิงบวก และเชิงลบขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การเรียนรู้และความเชื่อของแต่ละบุคคล

2.3 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเชื่อ ความคิดเห็น ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และ ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ว่าเป็นอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพ อาจทำให้พิการ เสียชีวิต หรือมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ต่อครอบครัว และสังคม

2.4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และโอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือการคาดคะเนของผู้ป่วยเกี่ยวกับ โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับระบบต่าง ๆ ของร่างกายภายหลังการผ่าตัด และโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการผ่าตัดเมื่อมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง

2.5 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด ของผู้ป่วยถึงประโยชน์ที่ได้รับในการดูแลตนเองที่

ถูกต้องภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจว่ามีประโยชน์และผลดีกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างไร เช่น สามารถป้องกันหรือลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้

2.6 การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยถึงปัญหาที่ทำให้การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดไม่ถูกต้อง และเข้าใจอุปสรรคที่ขัดขวางการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2.7 การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตน หรือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และสามารถดูแลตนเองได้โดยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

3. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการส่งเสริม การสนับสนุน ช่วยเหลือ เพื่อให้ เกิดการรับรู้พฤติกรรม การดูแลตนเอง และการยอมรับภาวะร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

4. ปัจจัยทางชีวสังคม หมายถึง ลักษณะพื้นฐานของบุคคล หรือของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ตามสภาพที่เป็นอยู่ในขณะที่ทำการศึกษาวิจัย ซึ่งผู้วิจัยสนใจศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด

5. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง บุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจด้วยการนำเส้นเลือดดำบริเวณขา หรือ เส้นเลือดแดงบริเวณแขน หรือเส้นเลือดแดงบริเวณใต้กระดูกหน้าอก

มาตัดต่อทำทางเบี่ยงให้เลือดสามารถผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ ทดแทนหลอดเลือดแดงโคโรนารี ที่มีการตีบตัน ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

6. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่ผู้ป่วยกระทำอย่างมีเป้าหมาย เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่แสดงออก เพื่อดำรงรักษาชีวิต สุขภาพ และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การดูแลแผลผ่าตัดที่ถูกต้อง การสังเกตอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

การตรวจเอกสาร

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนงานวิจัย มีสาระสำคัญดังนี้

1. บริบทของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
 - 2.1 สาเหตุของการเกิดโรค และพยาธิสรีระวิทยา
 - 2.2 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
 - 2.3 อาการ และ อาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
 - 2.4 แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
 - 2.5 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
 - 2.6 การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
 - 2.7 การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด
3. แนวคิดและทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในงานวิจัย
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเอง
 - 3.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
 - 3.3 ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy Theory)
 - 3.4 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บริบทของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

บริบททั่วไป (General Context)

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นหน่วยขึ้นตรงของศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า ถือกำเนิดจากการที่กองทัพบกดำริที่จะจัดให้มีสถานพยาบาลส่วนกลางสำหรับทหารขึ้นใน พ.ศ. 2475 โดยจัดตั้งเป็นกองเสนารักษ์ จังหวัดทหารบกกรุงเทพ และได้รับพระราชทานพระราชวังพญาไท จากพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 7 ให้เป็นที่ตั้งสถานพยาบาล ต่อมา ในปี พ.ศ. 2476 ได้เปลี่ยนชื่อเป็นกองเสนารักษ์มณฑลทหารบกที่ 1 และใช้ชื่อนี้ตลอดมาจนกระทั่งวันที่ 3 มกราคม 2489 ได้แปรสภาพเป็นโรงพยาบาลกองทัพบก (โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2548)

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ คติภูมิของกองทัพบก ปฏิบัติงานในลักษณะของการเป็นศูนย์การแพทย์ทหารของกระทรวงกลาโหม ซึ่งนอกจากการเป็นสถาบันที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในทุกระดับการบริการแล้ว ยังเป็นสถาบันการศึกษาของวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางของแพทยสภา ซึ่งให้การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางได้ครบทุกสาขา และ มีภารกิจหน้าที่ให้บริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ (หน่วยตรวจโรค ณ ที่ตั้งของหน่วยทหารในสังกัดกองทัพบกในเขตกรุงเทพมหานคร) และตติยภูมิ (ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า) แก่ ทหาร ครอบครัว และประชาชนทั่วไป เปิดให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและโรคเฉพาะทาง ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม จักษุกรรม โสต ศอ นาสิกกรรม ออร์โธปิดิกส์ จิตเวช เวชศาสตร์ฟื้นฟู เวชกรรมฉุกเฉิน และอุบัติเหตุ โดยสาขาที่มีความเชี่ยวชาญพิเศษและได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นศูนย์การแพทย์เฉพาะทางในระดับตติยภูมิขั้นสูง (Center of Excellence) ได้แก่ ศูนย์มะเร็ง ศูนย์อุบัติเหตุ ศูนย์โรคหัวใจ นอกจากนี้ทางโรงพยาบาล มีนโยบายที่จะผลักดันให้เป็น ศูนย์การแพทย์ที่เป็นเลิศอีก 2 ศูนย์ ได้แก่ ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ และศูนย์เวชศาสตร์ทหาร

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็น “สถาบันหลัก” ในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ได้รับอนุมัติจากแพทยสภาให้เปิดฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาต่างๆ มากกว่า 30 หลักสูตร รวมถึงสาขาที่เปิดฝึกอบรมใหม่ 2 สาขา ได้แก่ สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และ เวชศาสตร์ครอบครัว และเป็นโรงเรียนแพทย์ซึ่งจัดการเรียนการสอนในระดับคลินิกให้แก่ นักเรียนแพทย์ทหารของวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า และนักเรียนพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ในแต่ละปีจะมีนักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้านจากต่างประเทศ มาขอศึกษาและ

ผลงานในสาขาต่างๆ ของโรงพยาบาล ได้แก่ อายุรกรรม (โรคติดเชื้อ) กุมารเวชศาสตร์ และเวชศาสตร์ครอบครัว และ เป็นศูนย์การแพทย์ที่ได้ผลิตผลงานวิจัยทางคลินิกและวิทยาศาสตร์พื้นฐานซึ่งได้รับการตีพิมพ์ทั้งในระดับประเทศและนานาชาติอย่างต่อเนื่อง โดยมีอาจารย์แพทย์ที่มีผลงานวิจัยและสิ่งประดิษฐ์ซึ่งได้รับรางวัลทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ

ปัจจุบันโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีขนาด 1200 เตียง และสามารถขยายได้ถึง 1600 เตียง เมื่อมีสถานการณ์การสู้รบ ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ส่วนใหญ่เป็นพลเรือนร้อยละ 75 เป็นทหารและครอบครัวร้อยละ 25

ในปี พ.ศ.2547 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยนอก จำนวน 942,808 ราย (สูงขึ้นกว่าปี พ.ศ.2546 ร้อยละ 5.5) โดยร้อยละ 68.8 เป็นผู้ป่วยสังกัดพลเรือน คงเป็นข้าราชการและครอบครัว ร้อยละ 31.2 และมีสถิติผู้ป่วยในรวม 27,335 ราย (สูงขึ้นกว่าปี พ.ศ.2546 ร้อยละ 3.6) โดยร้อยละ 77.1 เป็นผู้ป่วยสังกัดพลเรือน และ เป็นข้าราชการและครอบครัว ร้อยละ 22.9

การให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาด้วยโรคหัวใจ ในปี 2547 เป็นผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจ จำนวน 16,080 ราย ศัลยกรรมหัวใจ จำนวน 4,513 ราย

วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม

วิสัยทัศน์ (Vision) เป็นศูนย์การแพทย์ทหารที่มีความเป็นเลิศทางวิชาการ และงานบริการ เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและระดับภูมิภาค

พันธกิจ (Mission)

1. ให้บริการสุขภาพที่ประทับใจและถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพแก่ทหารครอบครัว ข้าราชการ และประชาชน
2. จัดฝึกศึกษาให้นักเรียนแพทย์ทหาร นักเรียนพยาบาล แพทย์ประจำบ้านตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับให้เพียบพร้อมด้วยคุณธรรม จริยธรรม และความรู้ความสามารถในทางการแพทย์

3. ผลิตผลงานวิจัยที่มีคุณภาพระดับสากลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาบริการสุขภาพที่จัดให้แก่ผู้ป่วย

4. ปฏิบัติภารกิจตามที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ

5. ส่งเสริมและธำรงรักษานบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมไทย

อุดมการณ์ (Core Values)

1. ภาวะผู้นำ (Leadership)

2. การบริการที่ดี (Service Mind)

3. การมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Achievement motivation)

4. การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ (Expertise)

5. การเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง ทั้งผู้รับผลงานในระดับองค์กร/ หน่วยบริการสุขภาพ ทหารและประชาชนผู้รับบริการ (Customer focus)

6. ความร่วมแรงร่วมใจทำงานเป็นทีม สามัคคี มีความเอื้ออาทร ในลักษณะกัลยาณมิตร (Teamwork)

7. วัฒนธรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (Learning dynamics)

8. การเป็นองค์กรที่มีวัฒนธรรมคุณภาพ การประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (Quality mind)

9. การรักษามาตรฐานและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพในระดับสูง (Integrity)

ลักษณะโดยรวมของบุคลากร จำนวน สัดส่วน ความเชี่ยวชาญ ผู้อยู่ในกำกับดูแล

1. อาจารย์แพทย์ที่มีความรู้ ประสบการณ์และทักษะในสาขาหลักและอนุสาขาต่างๆ ที่ได้รับ อนุมัติจากแพทยสภาให้เปิดฝึกอบรม มากกว่า 200 คน มีแพทย์ประจำบ้านในสาขาหลัก และแพทย์ ประจำบ้านต่อยอดในอนุสาขาต่างๆ รวมมากกว่า 200 คน โดยอาจารย์แพทย์นอกจากทำงานรักษา พยาบาลผู้ป่วย และสอนนักเรียนแพทย์/ แพทย์ประจำบ้านแล้วยังอุทิศตนเองให้กับงานวิจัยและงาน บริการทางวิชาการของราชวิทยาลัยฯ สมาคมวิชาชีพ และชมรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางต่างๆ และบางท่านได้รับการยอมรับให้ปฏิบัติหน้าที่อันทรงเกียรติในตำแหน่งประธานราชวิทยาลัยฯ นายกสมาคมฯ และประธานชมรมฯ อาจารย์แพทย์ส่วนใหญ่มีผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ

2. พยาบาลวิชาชีพซึ่งมีความรู้ ประสบการณ์ และทักษะวิชาชีพทั่วไป และเฉพาะทาง จำนวน 634 คน โดยเฉพาะในหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน ในระดับ คติภูมิขั้นสูง นอกจากนี้ ยังมีพยาบาลวิชาชีพจำนวนหนึ่งที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ ณ หน่วยตรวจโรคต่างๆ โดย พยาบาลส่วนหนึ่งแม้จะได้โอนย้ายไปรับตำแหน่งที่สูงขึ้นนอกโรงพยาบาล แต่ยังคงมาช่วยราชการ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าต่อไปในบทบาทที่ปรึกษาทางการพยาบาล

3. นักเรียนแพทย์ทหารและแพทย์ประจำบ้านที่ขึ้นมาปฏิบัติงานและรับการฝึกอบรม ทั้งนี้ การปฏิบัติงานอยู่ภายใต้การกำกับดูแลและรับผิดชอบของอาจารย์แพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญ และเป็นอวัยวะที่ต้องทำงานหนักที่สุดอวัยวะหนึ่งของร่างกาย ตำแหน่งอยู่บริเวณกึ่งกลางทรวงอก ค่อนไปทางด้านซ้าย มีรูปร่างทรงกรวย ปลายเรียวเล็กลง ขนาด เท่ากำปั้นของผู้ที่เป็นเจ้าของ ทำหน้าที่บีบตัวคล้ายปั๊มสูบฉีดโลหิต หัวใจแบ่งเป็นสองซีกซ้าย และ ขวาโดยมีผนังกัน มีห้องหัวใจจำนวนสี่ห้อง มีลิ้นหัวใจทั้งหมดสี่ลิ้น ทำหน้าที่ควบคุมการไหลของ เลือดภายในห้องหัวใจให้ไปในทิศทางที่ถูกต้อง และกั้นระหว่างห้องหัวใจและหลอดเลือด หัวใจ ทำงานโดย หัวใจซีกขวาจะรับเลือดเสียจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ผ่านจากหัวใจห้องบนขวาไปที่ ห้องล่างขวาและส่งไปฟอกที่ปอด ส่วนซีกซ้ายจะรับเลือดดีที่ฟอกแล้วจากปอดผ่านหัวใจห้องบนซ้าย ไปห้องล่างซ้ายและส่งไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทางหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) ซึ่งนอกจาก นำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายแล้ว หัวใจเองต้องได้รับเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจด้วย

จึงจะสามารถทำงานได้ โดยหัวใจจะได้รับเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดง 2 เส้นที่แยกมาจากเส้นเลือดแดงใหญ่ (Aorta) เรียกว่าหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary arteries) แบ่งเป็นหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้านขวา (Right coronary artery) และ หลอดเลือดแดงโคโรนารีด้านซ้าย (Left coronary artery) โดยหลอดเลือดแดงโคโรนารีทั้ง 2 เส้นจะแตกเป็นแขนงเล็กๆ กระจายไปรอบๆ พื้นผิวหัวใจ เพื่อลำเลียงเลือด ที่ประกอบด้วย ออกซิเจน และ อาหาร ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (อังจนา, 2531) และเมื่อใดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการตีบ หรืออุดตัน จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณที่หลอดเลือดแดงนั้นไปเลี้ยง เกิดการขาดเลือด (Myocardial ischemia) และนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardium infarction) ทำให้หัวใจไม่สามารถทำหน้าที่ปั๊มตัวเพื่อนำเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ เป็นผลให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อาจเสียชีวิตอย่างกะทันหัน

สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary artery disease, CHD) มีชื่อเรียกหลายชื่อ เช่น โรคหลอดเลือดโคโรนารีแข็งตัว (Artherosclerotic heart disease, ASHD) หรือ โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) เป็นโรคหัวใจที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง มีผลให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างการได้รับออกซิเจน กับความต้องการใช้ออกซิเจนของหัวใจ (Oxygen supply and oxygen demand) ซึ่งมีสาเหตุใหญ่ ๆ (จริยา, 2542) ดังนี้

1. หลอดเลือดโคโรนารีแข็งตัวจากการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ซึ่งร้อยละ 80-90 เกิดจากภาวะที่มีการหนาตัวและแข็งตัวของผนังหลอดเลือด (Atherosclerosis) ทำให้หลอดเลือดไม่สามารถขยายตัวได้เมื่อหัวใจบีบตัว เนื่องจากมีคราบไขมัน (Atherosclerotic plaque) ก่อตัวพอกสะสมเกาะตามผนังภายในหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้ทางเดินของเลือดตีบแคบหรืออุดตัน เป็นผลให้การไหลของเลือดช้าลง ขั้นตอนการเกิดคราบไขมันจะเป็นไปอย่างช้า ๆ เมื่อคราบไขมันสะสมและหนาตัวขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ผนังภายในหลอดเลือดตีบแคบ และถ้ามีการตีบเกิน 2 ใน 3 หรือร้อยละ 70 ของพื้นที่หน้าตัดของรูหลอดเลือดแดงโคโรนารี จะทำให้ปริมาณของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก (Angina pectoris) เมื่อมีการออกกำลังกายได้

2. ภาวะของหลอดเลือดโคโรนารีหดเกร็ง (Coronary spasm)

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

เกิดจากการหนาและแข็งตัวของผนังหลอดเลือด (Artherosclerosis) ซึ่งเป็นขบวนการเปลี่ยนแปลงที่สลับซับซ้อน แรกสุดจะมีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดชั้นใน (Intimal layer) โดยเซลล์เยื่อชั้นใน (Endothelial cell) จะทำหน้าที่ผิดปกติไปจากปกติ เกิดการเกาะจับของไขมัน มีการกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ macrophage และ lymphocyte ตลอดจนเกร็ดเลือด (platelets) ทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัวและหนาตัวขึ้น รูของหลอดเลือดก็จะตีบแคบเล็กลง มีผลให้เลือดไหลผ่านไม่สะดวก (สันต์, 2542)

จรรยา (2542) กล่าวถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็น 3 ระยะ ต่อไปนี้

ระยะที่ 1 รอยไขมัน (Fatty Steak Formation) เป็นลักษณะไขมันที่สะสมอยู่ตามเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของผนังชั้นในของหลอดเลือดโคโรนารี (Intimal layer) พบได้ในเด็กอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ไม่ทำให้เกิดการตีบตัน จัดเป็นพยาธิสภาพระยะเริ่มแรกของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ลักษณะที่เห็นด้วยตาเปล่า คือ ผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงมีลักษณะเป็นแผ่นสีเหลือง หรือสีขาว จะพบว่าผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงมีเซลล์กล้ามเนื้อเรียบได้แทรกกรูล้ำเข้ามาอยู่กับเซลล์เยื่อชั้นใน โดยที่เซลล์กล้ามเนื้อเรียบที่เข้ามาแทรกอยู่ในผนังชั้นในนี้มีลักษณะผิดปกติ

ระยะที่ 2 แผ่นพังพืด (Fibrous plaque Formation) เป็นส่วนของเซลล์กล้ามเนื้อ เรียบที่รูกูล้ำเข้ามาในผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดง โดยมีไขมันกั่งอยู่ภายในและภายนอกเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ และมีเนื้อเยื่อยึดเหนี่ยวเพิ่มมากขึ้นด้วย ต่อมากลายเป็นเนื้อเยื่อพังพืดหนาเป็นขั้นตอนการก่อตัวของคราบไขมันที่เพิ่มมากขึ้นจากระยะ Fatty Steak Formation พบได้อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป plaque มีลักษณะเป็นปื้นไขมันสีเหลือง (Atherosclerotic plaque) พอกติดอยู่ที่เยื่อชั้นในของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Endothelial cell)

ระยะที่ 3 บาดแผลซับซ้อน (Complicated or advance lesion) คือ แผ่นพังพืดแต่มีพยาธิสภาพที่มีความรุนแรงมากขึ้น กล่าวคือเยื่อชั้นในของผนังชั้นในหลอดเลือดแดง อาจถูกทำลายเกิดเป็นบาดแผลและมีเลือดออก มีหินปูนจับเกาะที่บาดแผลซับซ้อน พบได้ในอายุมากกว่า 30 ปี เป็นระยะที่คราบไขมันมีขนาดโตขึ้นกว่าระยะที่ 2 มีเซลล์พังพืดมาก และคราบไขมันอาจมีการปริหรือฉีกขาด (Plaque rupture) ทำให้มีลิ่มเลือดพอกติดบนคราบไขมัน ซึ่งจะทำให้ขนาดของ รัศมีรูหลอดเลือดลดลง

หากลิ้มเลือดมีขนาดใหญ่ หรือคราบไขมันที่มีลิ้มเลือดพอกติดมีการปริแตก จะทำให้ลิ้มเลือดไปอุดตัน หลอดเลือดโคโรนารีได้ ซึ่งมีผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

อิศรา (2536) กล่าวว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจแข็งยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัย ที่เรียกกันว่า เป็นปัจจัยเสี่ยง ซึ่งอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ และ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น เพศ อายุ กรรมพันธุ์ และ บางชนิดสามารถเปลี่ยนแปลง และ ควบคุมได้ด้วยพฤติกรรม การดูแลตนเอง เช่น การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ความอ้วน ความเครียด และ บุคลิกภาพชนิดเอ (Personality Type A) การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น (นิธิ และคณะ, 2543) ถ้าสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ได้ จะช่วยลดอัตราการเกิดโรค ลดอัตราการเสียชีวิต และ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลงได้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ (อภิชาติ และ ศรีณย์, 2546)

เพศ (Gender)

เพศชายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าเพศหญิง 3-5 เท่า เนื่องจากเพศหญิง มีฮอร์โมนเอสโตรเจนป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยจะช่วยลดการสะสมของไขมัน ลดการอักเสบที่ผิวของหลอดเลือด และช่วยให้ระบบการแข็งตัวของเลือดมีความสมดุล แต่เมื่อถึงวัยหมดประจำเดือนไม่ว่าโดยธรรมชาติ หรือโดยการไม่มีรังไข่ ก็จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสูงขึ้นใกล้เคียงกับเพศชาย

อายุ (Age)

โดยปกติเมื่ออายุเพิ่มขึ้น อวัยวะต่าง ๆ จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง หลอดเลือดก็เช่นกันจะเริ่มมีการแข็งตัวและมีคราบไขมัน (Atherosclerotic plaque) ก่อตัวพอกสะสมมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีไขมันสะสมในร่างกายเพิ่มขึ้น อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มักพบใน

คนอายุ 40 ปีขึ้นไป แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบโรคนี้ในคนอายุน้อยกว่า 40 ปี เนื่องจากรูปแบบการใช้ชีวิตของคนในยุคนี้เร่งรีบ นิยมรับประทานอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด ตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งอาหารประเภทนี้ มักเป็นอาหารที่มีไขมันสูง โดยเชื่อว่าภาวะหลอดเลือดแดงแข็งจะปรากฏชัดเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น เนื่องจากกระบวนการเสื่อมสลายของหลอดเลือด (degenerative changed)

กรรมพันธุ์ (Heredity)

ผู้ที่มีประวัติบิดา มารดาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จะมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคมากกว่าผู้ไม่มีประวัติกรรมพันธุ์ของครอบครัว ทั้งนี้เป็นเพราะยีนทางพันธุกรรมบางตัวจะกำหนดการควบคุมการใช้และการสะสมพลังงานของร่างกาย รวมทั้งระดับไขมันในเลือด จากการศึกษาของ Newman (อ้างใน อภิชาติ และ ศรีณย์, 2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับ Cholesterol ชนิดต่างๆ กับความดันโลหิตและน้ำหนักตัวของเด็กในเมืองโบคาลูซา สหรัฐอเมริกาพบว่า ไม่ว่าพ่อแม่หรือลูกหลานที่มีระดับ Cholesterol หรือ LDL สูง ลูกหลานของท่านจะมีโอกาสที่จะมีระดับ Cholesterol สูงกว่าลูกหลานของคนที่มีระดับ Cholesterol ปกติ 2- 5 เท่า

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ ได้แก่

2.1 ความดันโลหิตสูง (Hypertension)

จากข้อมูลของ Framingham heart study (อ้างใน อภิชาติ และ ศรีณย์, 2546) พบว่ากลุ่มผู้มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มม.ปรอท มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคระบบหัวใจ และหลอดเลือดได้สูงกว่าผู้มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 120/80 มม.ปรอท ถึง 2 เท่า เนื่องจากผู้มีความดันโลหิตสูงจะมีการเสื่อมของหลอดเลือดตามอวัยวะต่าง ๆ และเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท หัวใจต้องทำงานหนักเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เชื่อว่าแรงดันที่เพิ่มขึ้นจะก่อให้เกิดแรงกระทำทำให้ผนังหลอดเลือดฉีกขาด ทำให้เกร็ดเลือด และสารที่ทำให้เลือดแข็งตัวมาพอก และ ซ่อมแซมบริเวณที่ฉีกขาด เกิดลิ่มเลือดอุดตันเพิ่มขึ้น แม้ความดันโลหิตสูงไม่สามารถป้องกันได้ แต่สามารถควบคุมได้โดยการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

2.2 โรคเบาหวาน (Diabetic Mellitus)

ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการควบคุมระดับน้ำตาล ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดฝอย ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) ซึ่งเป็นผลจากการที่มีระดับไขมันในเลือดสูง และ ภาวะคีโตนชูรินีมีการเปลี่ยนน้ำตาลให้เป็นไกลโคเจน และไขมันสูงขึ้น เป็นผลให้เกิดหลอดเลือดตีบแคบ ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดน้อยลง ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติจึงเป็นเรื่องสำคัญและช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้

2.3 การสูบบุหรี่ (Cigarette smoking)

เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและพบได้บ่อยในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จากการศึกษาของ Framingham study and British Regional Heart study (อ้างใน จริยา, 2542) พบว่า ผู้สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 3 เท่า และ จากการศึกษาในประเทศจีน พบว่า ผู้ที่สูดดมควันบุหรี่ (Passive smoking) เพิ่มโอกาสเป็นโรคหัวใจถึงร้อยละ 25 (นิธิ และ คณะ, 2543)

สารในบุหรี่ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คือ ทาร์ นิโคติน และคาร์บอนมอนอกไซด์ โดย ทาร์ มีส่วนผสมของไฮโดรคาร์บอนและสารก่อมะเร็ง สารนิโคติน จะกระตุ้นระบบประสาทและต่อมหมวกไตให้หลั่งสาร Epinephrine มีผลทำให้ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดหดตัว และเพิ่มปริมาณไขมันในเลือด เช่น โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ มีผลให้เกิดหลอดเลือดเกาะกันมากขึ้น ทำให้เกิดการแข็งตัวและหนาตัวของผนังหลอดเลือดแดงในทุกส่วนของร่างกาย ไขมันของหลอดเลือดมักจับเกาะลงจนกระทั่งอุดตัน คาร์บอนมอนอกไซด์ จะเข้าปะปนในกระแสเลือดแย่งที่ออกซิเจนในเลือดทำให้เซลล์ทั่วร่างกายขาดออกซิเจน ร่างกายรับออกซิเจนน้อยลงทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น (จริยา, 2542)

2.4 ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia)

จริยา (2542) กล่าวว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีบทบาทสำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งสาเหตุของไขมันในเลือดสูงส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องกรรมพันธุ์

โรคบางอย่าง หรือการใช้ยาบางชนิด ในส่วนของการรับประทานอาหาร เกิดจากการรับประทาน อาหารประเภทไขมันอิ่มตัว (Saturate fat) ได้แก่ นม เนย ไขมันที่อยู่ในเนื้อสัตว์ การบริโภคไขมัน ชนิดนี้มากเกินไปจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างโคเลสเตอรอลมากขึ้นและอันตรายจากไขมันประเภท อิ่มตัวจะมีมากกว่าไขมันประเภทไม่อิ่มตัว (Unsaturate fat) ที่ได้จากพืช

ไขมันในเลือดที่สำคัญแบ่งออกเป็น

1. โคเลสเตอรอล (Total cholesterol) ประกอบด้วย

1.1 ไขมันชนิดความหนาแน่นต่ำ Low Density Lipoproteins Cholesterol (LDL-C) เป็น ไขมันชนิดเลวที่ได้มาจากกรดไขมันอิ่มตัว เพราะบรรจุโคเลสเตอรอลไว้เป็นปริมาณมาก คำว่า “ความหนาแน่นต่ำ” หมายความว่าในสภาพเลือดที่ไม่แข็งตัว ไขมันจะลอยตัวอยู่บนชั้นผิวของเลือด ในลักษณะเดียวกับน้ำมันที่มีมันเนยจับเป็นฝ้าลอยอยู่ข้างบน และสามารถตกตะกอนไปเกาะตาม ผนังหลอดเลือดได้

1.2 ไขมันชนิดความหนาแน่นสูง High Density Lipoproteins Cholesterol (HDL-C) เป็นไขมันชนิดดี มีหน้าที่สลายภาวะหลอดเลือดแข็งที่เกิดขึ้นกับผนังหลอดเลือด จะทำให้ LDL-C ที่เกาะติดกับหลอดเลือดออกจากเซลล์ไปสู่ตับ เพื่อแปรสภาพกลายเป็นน้ำดีช่วยย่อยอาหารและ ขับถ่ายออกจากร่างกายทางลำไส้ต่อไป

2. ไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) เป็นไขมันอีกชนิดหนึ่งในเลือดมักมีระดับสูงในคนอ้วน คนที่บริโภคน้ำตาลและบริโภคไขมันชนิดอิ่มตัว รวมทั้งผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ระดับไขมันในเลือดที่เป็นตัวบ่งชี้การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ต่างมีผลเป็นเอกเทศ ต่อกัน ในส่วนของระดับ โคเลสเตอรอล (Total cholesterol) และ Low Density Lipoproteins Cholesterol (LDL-C) ที่สูงกว่าปกติมีส่วนสำคัญในการทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างชัดเจน ส่วนระดับ ไขมันชนิดความหนาแน่นสูง High Density Lipoproteins Cholesterol (HDL-C) ที่ต่ำกว่าปกติก็มี ส่วนด้วยเช่นกัน (อภิชาติ และ ศรีณย์, 2546)

การบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันและแคลอรีสูงก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งใช้เกณฑ์ตัดสินภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ดังในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 เกณฑ์ตัดสินภาวะผิดปกติของ Lipoprotein ในเลือด โดย NCEP

ชนิดของไขมันในเลือด	ระดับความเสี่ยงต่อโรค (mg/dl)		
	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	เสี่ยงสูง
Total cholesterol	< 200	200-239	≥ 240
LDL-C	< 130	130-159	≥ 160
HDL-C	< 60	35- 59	≥ 35
Triglycerides	< 200	200-399	400-1000

ที่มา: อภิชาติ (2546)

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยได้วางเกณฑ์การตัดสินระดับไขมันในเลือดที่ปกติ ปี 2545 ดังในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 แสดงระดับไขมันที่ปกติ หรือมีความเสี่ยงต่ำ ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

Total cholesterol	น้อยกว่า	200 mg/dl
LDL-C	น้อยกว่า	130 mg/dl
HDL-C	มากกว่าหรือเท่ากับ	40 mg/dl
Triglycerides	น้อยกว่า	150 mg/dl
อัตราส่วน Total cholesterol / HDL-C	น้อยกว่า	4.5
อัตราส่วน LDL-C / HDL-C	น้อยกว่า	3

2.5 ความอ้วน (Obesity)

กรมอนามัย (2544) ได้ให้ความหมายว่า โรคอ้วน เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญพลังงาน ซึ่งเป็นผลจากการไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่เผาผลาญ ทำให้เกิดการสะสมในรูปของไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) และโรคอ้วนเป็นอันตราย อาจทำให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน โรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ เป็นต้น

การที่มีดัชนีมวลกาย (Body mass index , BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 30 เปอร์เซ็นต์ของมาตรฐาน ถือว่าเป็นโรคอ้วน ผู้มีน้ำหนักตัวเกณฑ์ปกติจะมีค่า BMI อยู่ระหว่าง 18.5- 24.9 ก.ก./ ม.² ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง 25- 29.9 ก.ก./ม.² แสดงว่าน้ำหนักเกิน และถ้ามีค่าตั้งแต่ 30 ก.ก./ม.² แสดงว่าเป็นโรคอ้วน

$$\text{การคำนวณดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็น กก.}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$$

ความอ้วนส่งเสริมให้เกิดภาวะคืออินซูลิน (Hyperinsulinemia) ไขมันในเลือดสูง (Hypertriglyceridemia) และความอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของสาเหตุการเสียชีวิตด้วยระบบหัวใจและหลอดเลือด Call, *et al.* (อ้างใน อภิชาติ และ ศรีณย์, 2546)

2.6 การขาดการออกกำลังกาย (Lack of exercise)

มีรายงานการศึกษามากมายที่สนับสนุนการออกกำลังกายที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ คือ หนึ่งสัปดาห์ออกกำลังกายอย่างน้อย 5 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที พบว่า สามารถช่วยลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ เพราะการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ จะช่วยเพิ่มระดับไขมัน HDL-C ช่วยลดระดับไขมัน LDL-C ลดความดันโลหิต เพิ่ม myoglobin ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดการเกาะกันของเกร็ดเลือด ซึ่งปัจจัยดังกล่าวล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทั้งสิ้น (จริยา , 2542)

2.7 ความเครียด (Stress) และบุคลิกภาพชนิดเอ (Personality type A)

ผู้ที่มีบุคลิกภาพชนิดเอ เป็นลักษณะของคนที่เอาใจจริงจังกับงาน มุ่งมั่น เกร็งเครียดคาดหวังในความสำเร็จมาก ชอบเอาชนะ จุนเจียวหงุดหงิดง่าย ใจร้อน พุดเร็ว ทำงานรีบเร่ง ไม่ค่อยอดทน ซึ่งผู้ที่มีบุคลิกภาพชนิดนี้มักจะเกิดความเครียดง่าย เมื่อเกิดความเครียดร่างกายจะเพิ่มการหลั่งสาร Catecholamine และกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic ทำให้หัวใจเต้นเร็ว เพิ่มความดันโลหิต เพิ่มการเกาะกันของเกร็ดเลือด และเพิ่มการสะสมของไขมัน ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบ

อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

จริยา (2542) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เริ่มจากการที่ผนังหลอดเลือดด้านในเสียหาย ทำให้ไขมันมาสะสมได้ง่าย ถ้ากล้ามเนื้อหัวใจยังคงได้รับเลือดและออกซิเจนอย่างเพียงพอปกติจะไม่มีอาการใดๆ แต่เมื่อหลอดเลือดถูกไขมันอุดตัน หรือตีบมากกว่าร้อยละ 75 จะทำให้เกิดมีอาการเจ็บหน้าอก (Chest pain) ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมที่ออกแรงมาก เพราะร่างกายและกล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้นแต่ปริมาณเลือดที่นำออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจมีปริมาณไม่เพียงพอ เนื่องจากการตีบแคบของหลอดเลือด และอาการจะทุเลาเมื่อได้พัก ในบางคนอาจพบอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นเองในขณะที่พัก แสดงว่าอาจมีการตีบของหลอดเลือดค่อนข้างมาก จึงควรรีบไปตรวจรักษา อาการเจ็บหน้าอกมีหลายลักษณะ คือ

1. อาการเจ็บแน่นช่วงออกแรงหรือออกกำลังกาย (Stable angina) เป็นอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นเฉพาะขณะออกแรงหรือออกกำลังกาย จะมีอาการไม่สบาย (discomfort) เจ็บตื้อคล้ายถูกของหนักกดทับหรือถูกบีบรัดบริเวณหน้าอก เจ็บทั่วทรวงอกทั้งสองข้างหรือรอบๆ ราวมนด้านซ้าย อาจเจ็บร้าวไปยังไหล่ซ้าย แขนซ้าย หลัง กราม หรือ คอ กินเวลาประมาณ 3-5 นาที หรือไม่เกิน 15 นาที อาการดีขึ้นเมื่อพักหรืออมยาได้ลิ้น

2. อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นในขณะที่พัก และออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย (Unstable angina) มีอาการเหมือน Stable angina แต่รุนแรงและนานกว่า อาจมีเหงื่อออก หน้ามืด เป็นลมร่วมด้วย

3. อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นในขณะที่พักหรือนอนหลับในเวลากลางคืน (Variant angina or Prinzmetal angina) เป็นอาการแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นโดยไม่มีการออกกำลังกาย หรือมีภาวะเครียดเกิดขึ้น เกิดจากหลอดเลือดหัวใจเกร็งตัว (Spasm) กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมากๆ จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย และเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา เช่น หัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือเสียชีวิตกระทันหันได้

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในปัจจุบัน มี 3 วิธี

1. การรักษาด้วยยา (Medicine) (จริยา, 2542)

เป็นการรักษาเพื่อประทุงอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ลด และบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ในกรณีที่มีการตีบของหลอดเลือดน้อยกว่าร้อยละ 75 โดยยาที่ใช้ ในการรักษา คือ

1.1 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant agent) เพื่อลดการขยายขนาดของลิ่มเลือด และเพิ่มกลไกการละลายลิ่มเลือดในหลอดเลือดหัวใจ

1.2 ยาขยายหลอดเลือด ยาไนเตรท (Nitrate) ช่วยลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยลดปริมาณเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ รวมทั้ง ลดการหดเกร็งของหลอดเลือด

1.3 ยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelets agent) ช่วยลดการเกาะกันของเกร็ดเลือด ช่วยลดหรือชะลอการเกิดการอุดตันจากการเกาะกันของลิ่มเลือดใหม่

1.4 ยาปิดกั้นเบต้า (Beta-Blocker) ช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ และลดความดันโลหิต ทำให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น ลดอาการเจ็บหน้าอก

1.5 ยาต้านแคลเซียม (Calcium antagonists) ช่วยในการขยายหลอดเลือดแดง ทำให้ความดันโลหิตลดลง ลดการหดเกร็งของหลอดเลือดโคโรนารี และ ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

2. การรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนหรือขดลวด (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA)

เป็นการรักษาที่ช่วยให้เกิดการไหลผ่านของเลือดในหลอดเลือดที่ตีบแคบ หรืออุดตัน ให้สามารถไหลผ่านไปยังกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามปกติ และเป็นการทำให้หลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบแคบเปิดกว้างออกไปใหม่ เลือดสามารถไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างเพียงพอ โดยการใส่สายสวนที่มีลูกโป่ง (Balloon) เล็ก ๆ ที่บริเวณส่วนหัวของสายสวน ไปยังตำแหน่งที่มีรอยตีบ แล้วใช้แรงดัน ทำให้บอลลูนกางออก แรงดันของบอลลูนจะดันลิ่มเลือด หรือ คราบไขมันให้แฟบติดกับผนังหลอดเลือด ทำให้เลือดสามารถไหลผ่านได้สะดวกขึ้น หรือ อาจทำการฝังขดลวดหรือโครงตาข่าย เนื่องจากรอยตีบยังขยายได้ไม่กว้างพอ หรือ เพื่อลดโอกาสเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ โดยจะใช้สายสวนที่มีขดลวดอยู่ที่ปลายสายใส่เข้าไปยังบริเวณที่เคยตีบในลักษณะเดียวกันกับที่ใส่สายบอลลูน และขยายขดลวดให้ขดลวดกางออกไปสัมผัสและยึดติดกับผนังหลอดเลือด การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และขดลวด มีข้อดี คือ ไม่ต้องทำการผ่าตัดและไม่ต้องดมยาสลบ

ดังนั้นโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงต่ำกว่าการผ่าตัด ส่วนข้อจำกัดของการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวด คือ ลักษณะการตีบบางอย่างไม่เอื้อต่อการทำบอลลูน อาจทำไม่สำเร็จ ไม่ปลอดภัย หรือได้ผลที่ไม่ดีนัก และที่สำคัญก็คือ อาจเกิดการตีบซ้ำบริเวณเดิมที่ทำบอลลูนหรือใส่ขดลวดไว้ (Restenosis)

3. การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft , CABG)

พันธุศักดิ์ และสัมพันธุ์ (2543) กล่าวว่า การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีความจำเป็นเฉพาะผู้ป่วยรายที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือ แพทย์จะพิจารณาทำการผ่าตัดในกรณีที่ไม่สามารถรักษาทางยา หรือการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือขดลวดได้ เนื่องจาก

3.1 มีการตีบหรืออุดตันมากกว่า 3 เส้นขึ้นไป

3.2 มีการตีบหรืออุดตันบริเวณต้นทางของหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้านซ้าย (Left main stenosis) มากกว่าร้อยละ 50

3.3 มีการตีบของหลอดเลือดหลายจุด ที่บริเวณตำแหน่งที่ยากต่อการขยายหลอดเลือดด้วยทำบอลลูนหรือขดลวด เพราะอาจทำไม่สำเร็จ หรือไม่ปลอดภัย

3.4 ในผู้ป่วยที่ทำการการขยายหลอดเลือดด้วยทำบอลลูนไม่สำเร็จ

3.5 มีโรคหัวใจอื่นร่วมด้วย เช่น มีลิ้นหัวใจพิการ มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft, CABG) เป็นการผ่าตัด โดยการนำเอาหลอดเลือดจากส่วนอื่นของร่างกายมาใช้ต่อเชื่อมเป็นทางเดินของเลือดอีกเส้นหนึ่ง โดยคร่อมส่วนของหลอดเลือดเดิมที่ตีบตันไป เพื่อให้เลือดสามารถไหลผ่านหลอดเลือดใหม่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามปกติ โดยไม่ต้องผ่านทางหลอดเลือดเดิมที่มีปัญหาการตีบตัน เหมือนเป็นการทำทางเบี่ยง (Bypass) เพื่อเปลี่ยนเส้นทางการไหลของเลือด คือ เมื่อเลือดไม่สามารถไหลผ่านเส้นเลือดเดิมได้ ก็จะไหลไปทางใหม่ที่แพทย์ทำให้ เช่นเดียวกับหลักการการสร้างถนนที่เราเรียกว่าทางบายพาส ซึ่งเป็นถนนที่อ้อมผ่านช่องทางที่การจราจรติดขัดมากๆ หลอดเลือดที่นำมาใช้ทำทาง

เบี่ยงนี้จะใช้หลอดเลือดดำบริเวณขา (Saphenous vein) หลอดเลือดบริเวณแขนท่อนล่างระหว่างข้อศอกกับข้อมือ (Radial artery) หรือหลอดเลือดแดงจากบริเวณใต้กระดูกหน้าอก (Internal mammary artery) มาต่อปลายด้านหนึ่ง เข้ากับเส้นเลือดแดงใหญ่ (Aorta) ส่วนปลายอีกด้านของหลอดเลือดจะต่อเข้ากับส่วนที่ต่ำกว่าบริเวณที่มีการตีตันของหลอดเลือด การต่อเชื่อมสามารถทำได้มากกว่า 1 จุด หากมีจุดที่หลอดเลือดอุดตันมากกว่า 1 จุด บนเส้นเลือด 1 เส้น ก็สามารถทำ Bypass ได้ 2 จุด หรือหลายจุดตามความเหมาะสม

การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดนับเป็นสิ่งสำคัญ เป็นการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น (อังฉรา, 2531)

1. พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอในคืนก่อนวันผ่าตัด
2. งดอาหารและน้ำตั้งแต่เที่ยงคืน (อย่างน้อย 8 ชม. ก่อนการผ่าตัด) เพื่อป้องกันการสำลักอาเจียน ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดด้วยวิธีดมยาสลบ
3. ฝึกบริหารการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจที่อาจเกิดขึ้นได้ จากการขยายตัวไม่ดีของปอด เนื่องจาก การดมยาสลบนาน และการเจ็บแผลผ่าตัดจะทำให้หายใจตื้นไม่สามารถไอเอาเสมหะออกมาได้ เป็นผลให้เกิดการติดเชื้อในปอดหรือปอดแฟบได้ ซึ่งจะทำได้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน

การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (อังฉรา, 2531)

1. หายใจลึกๆ ซ้ำๆ (Deep breathing) เพื่อช่วยในการขยายปอด และ ป้องกันภาวะปอดแฟบหรือปอดอักเสบภายหลังการผ่าตัด
2. ไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough)

3. พยายามเคลื่อนไหวร่างกายภายหลังการผ่าตัด เช่น ขยับแขนขา ขยับตัว ลุกนั่ง (Early Ambulation) ให้เร็วที่สุด เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ปกติ ช่วยให้ลำไส้ และระบบย่อยอาหารทำงาน ป้องกันปัญหาท้องผูก
4. ฝึกการบริหารร่างกายตามโปรแกรมการออกกำลังกายภายหลังการผ่าตัด
5. รับประทานอาหารอ่อน เคี้ยว และจำกัดการดื่มน้ำ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกินในร่างกายภายหลังการผ่าตัด
6. เมื่อเริ่มฝึกเดิน อาจมีการบวมบริเวณขาข้างที่เจาะหลอดเลือดดำได้ ดังนั้นควรสวมถุงน่องที่ช่วยพยุง หรือใช้ผ้ายืดพันให้กระชับตลอดเวลา ควรยกขาสูงเวลานั่ง หรือวางขาสูงบนหมอนเวลานอน ไม่ควรนั่งไขว่ห้าง และหมั่นบริหารบริเวณเท้า ข้อมเท้า ปลายเท้าอยู่เสมอ เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดดำเป็นปกติไม่เกิดการบวมบริเวณขา
7. เมื่อมีปัญหาเรื่องการขยับถ่าย หรือท้องผูก ไม่ควรเบ่งถ่ายอุจจาระเพราะอาจมีผลกระทบต่อหัวใจ ดังนั้นเมื่อมีปัญหาท้องผูกให้แจ้งแพทย์ หรือพยาบาลทราบ เพื่อให้ยาระบาย
8. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ
9. การดูแลแผลผ่าตัด ทั้งที่บริเวณหน้าอก และบริเวณขา แพทย์จะทำแผลให้ในช่วงแรก จากนั้นควรดูแลไม่ให้แผลผ่าตัดเปื่อยน้ำ หมั่นสังเกตบริเวณแผลผ่าตัด หากมีอาการปวด บวม มีเลือดออก ให้รีบแจ้งแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทราบ
10. รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง ตามแพทย์สั่ง

การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน (อัจฉรา, 2531, 2543)

1. การรับประทานยา

ควรทำความเข้าใจกับยาที่แพทย์สั่งให้รับประทานให้หมดข้อสงสัยโดยควรทราบเกี่ยวกับ ชนิด ขนาด และเวลาในการรับประทาน ถ้ามีข้อสงสัยใดๆ ให้ซักถามกับแพทย์หรือพยาบาลจนเข้าใจ ห้ามขาดยาหรือหยุดยาเองโดยเด็ดขาด

2. กิจกรรมที่ควรทำ

เมื่อแรกกลับไปอยู่บ้านให้ทำกิจกรรมต่างๆ เท่ากับขณะอยู่ในโรงพยาบาลและรักษา ระดับกิจกรรมที่ทำนี้ไปอีก 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นค่อยๆ เพิ่มกิจกรรมตามความเหมาะสม

2.1 การอาบน้ำ ในขณะที่แผลผ่าตัดยังไม่แห้งและติดสนิท ควรหลีกเลี่ยงการอาบน้ำ ชนิดที่ต้องอาบในอ่างอาบน้ำ ให้ใช้การเช็ดตัวก่อน เมื่อแผลแห้งดีแล้วจึงค่อยเริ่มอาบน้ำได้ ในการอาบน้ำ ระยะแรกอาจต้องใช้ผู้ช่วยเหลือในการอาบน้ำฝักบัวหรือตักอาบ ควรมีเก้าอี้สำหรับนั่งอาบ และควรหลีกเลี่ยงน้ำที่อุ่นจัด เพราะจะทำให้หลอดเลือดขยายตัว เกิดอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำลงได้

2.2 การพักผ่อน ควรนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ในเวลากลางวันประมาณ 20-30 นาที และประมาณ 8-10 ชั่วโมงในเวลากลางคืน ในระยะแรกควรงดการทำงานประจำที่เคยทำไว้ก่อน เพราะในระยะของการผ่าตัดอาจรู้สึกเหนื่อยง่าย

2.3 ควรหยุดทำกิจกรรมทันทีเมื่อเริ่มรู้สึกมีอาการผิดปกติ เช่น หายใจลำบาก ใจสั่น คล้ายจะเป็นลม หรือเหงื่อออกมากผิดปกติ หรือมีอาการเจ็บหน้าอก

2.4 กิจกรรมต่างๆ ควรทำในเวลากลางวัน ไม่ทำกิจกรรมหลายชนิดในเวลาเดียวกัน และไม่ควรทำกิจกรรมอย่างเร่งร้อน กิจกรรมเริ่มต้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จะรวมถึงการอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การเดิน การออกกำลังกาย การค่อยๆ เพิ่มกิจกรรม และ การพักผ่อนที่เพียงพอ ระหว่างกิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญ

การขึ้นบันไดควรก้าวขึ้นอย่างช้าๆ ถ้ารู้สึกเหนื่อยหรือหายใจลำบากให้นั่งลงพัก และหลีกเลี่ยงการขึ้นบันไดชั่วคราว

2.5 จำกัดการเยี่ยมของแขก เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน โดยเฉพาะในระยะ 2 สัปดาห์แรก หลังออกจากโรงพยาบาล

3. การออกกำลังกาย

จะช่วยให้ฟื้นคืนสภาพได้เร็ว ระยะแรกควรออกกำลังกายเบาๆ ก่อน เช่น การเดิน การออกกำลังกายเบาๆ แล้วค่อยๆ การออกกำลังกายมากขึ้น

กิจกรรมทางเพศ จะเริ่มมีกิจกรรมทางเพศได้เมื่อสภาพร่างกายพร้อม โดยเมื่อสามารถขึ้นบันไดอย่างเร็ว ๆ 2 ชั้น หรือเดินบนพื้นราบระยะทาง 1,000 เมตร ในเวลา 10 นาที ได้ โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

4. การดูแลแผลผ่าตัด

ทำความสะอาดแผลทุกวันอย่างแผ่วเบาด้วยน้ำอุ่น และสบู่อ่อน ๆ และซับให้แห้ง ไม่ควรทาครีม โลชั่น หรือโรยแป้งบริเวณแผลผ่าตัด และควรสังเกตบริเวณแผลผ่าตัด หากมีอาการปวดมาก รับประทานยาแก้ปวดแล้วไม่ดีขึ้น มีอาการบวมแดง ร้อน บริเวณแผล มีเลือด หรือหนองไหลออกมาจากบริเวณแผล ควรรีบมาพบแพทย์

กระดูกอกหรือกระดูกสันอก (Sternum) ขณะผ่าตัด กระดูกสันอกจะถูกตัดแยก และเย็บปิดด้วยวัสดุคล้ายลวดซึ่งเป็นชนิดที่สามารถค้างไว้ในร่างกายได้ โดยไม่เกิดอันตราย และไม่ต้องเอาออก กระดูกสันอกจะสมานหรือปิดสนิทภายในเวลา 3-6 สัปดาห์ ซึ่งระยะเวลาดังกล่าว ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกมีการเคลื่อนของกระดูกสันอกเล็กน้อยขณะไอ หายใจ หรือ เคลื่อนตัวเร็ว ๆ ซึ่งอาการเหล่านี้จะหายไปภายใน 4-12 สัปดาห์ ในระหว่างการสมานของกระดูกหน้าอก ควรดูแลสิ่งต่อไปนี้

หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรงยกหรือแบกของหนักมากกว่า 5 ปอนด์ (2.3 กิโลกรัม) หรืออุ้มเด็ก การยกกระเป๋าเดินทาง เป็นต้น เพราะอาจทำให้เกิดการแยกของกระดูกสันอกได้

หลีกเลี่ยงกิจกรรมการออกแรงผลักเคลื่อนวัตถุหนัก ๆ เช่น ตู้ เตียง ออกแรงผลักเพื่อเปิดปิดประตู เข็นเครื่องตัดหญ้า เป็นต้น เพราะอาจทำให้เกิดการแยกของกระดูกสันอกได้

หลีกเลี่ยงการขับรถ จักรยาน มอเตอร์ไซด์ ขับเรือ หรือขี่ม้า เนื่องจากอุบัติเหตุที่อาจเกิดจากการทำกิจกรรมดังกล่าว อาจทำให้การสมานของกระดูกสันอกยืดยาวต่อไป

แผลบริเวณขาที่เลาะหลอดเลือดออก อาจมีการบวมเกิดขึ้นได้ ดังนั้นควรสวมถุงน่องที่ช่วยพยุง หรือใช้ผ้ายืดพัน เพื่อดึงกระชับกล้ามเนื้อ และลดอาการบวม ควรยกขาสูงเวลานั่ง หรือวางขาสูงบนหมอนเวลานอน ไม่ควรนั่งไขว่ห้าง และหมั่นบริหาร บริเวณเท้า ข้อมเท้า ปลายเท้าอยู่เสมอ เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดดำเป็นปกติไม่เกิดการบวมบริเวณขา หลีกเลี่ยงการนั่งหรือยืนนาน ๆ ถ้ามีอาการบวมอยู่นานและไม่หายควรไปปรึกษาแพทย์

5. การรับประทานอาหาร

ควรรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย มีคุณค่าอาหารสูงและครบถ้วน รับประทานอาหารจำพวกที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ เช่น ผัก ผลไม้ต่าง ๆ ลดอาหารพวกเนื้อสัตว์ และไขมันจากสัตว์ ใช้วิธีการปรุงอาหารโดยการต้ม นึ่ง ลวก ย่าง แทนการทอด จำกัดและหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ กะทิ หอยนางรม ปลาหมึก เป็นต้น

ไม่ควรปรุงอาหารรสจัด หรือเติมสารปรุงรสที่มีโซเดียมสูง ลดหรือจำกัด อาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น เนื้อเค็ม กุ้งแห้ง ปลาเค็ม กะปิ ผัก ผลไม้ดอง เป็นต้น และไม่ควรเติมเกลือหรือสารปรุงรส เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส ลงในอาหารที่รับประทาน รวมทั้งไม่ควรซื้ออาหารสำเร็จรูป และอาหารที่ประกอบจากผงฟูมารับประทาน เนื่องจากมีปริมาณของมีโซเดียมอยู่มาก อาจเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดภาวะน้ำเกินในร่างกาย และเกิดภาวะหัวใจวายได้

งดดื่มสุราหรืออาหารที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เพราะจะทำให้เลือดออกง่าย รวมทั้งงดดื่ม ชา กาแฟ น้ำอัดลม เพราะ คาเฟอีนจะไปกระตุ้นหัวใจ อีกทั้งควรงดสูบบุหรี่ เพราะบุหรี่มีผลทำให้หลอดเลือดหัวใจเกิดการตีบตันได้

6. การควบคุมน้ำหนักตัว

ควรชั่งน้ำหนักตัวทุกวันในเวลาตรึงกันก่อนรับประทานอาหารเช้า และบันทึกไว้ ถ้าพบว่าน้ำหนักตัวเพิ่มมากกว่า 1 กิโลกรัมในวันเดียว ควรไปพบแพทย์

7. การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจนั้น ไม่สามารถรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่อาจเกิดขึ้นใหม่ได้ ซึ่งถ้าไม่มีการป้องกันล่วงหน้า อาจเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบขึ้นอีกได้ การป้องกันที่ดี คือ การลดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรค โดยการงดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ควบคุมน้ำหนักตัว ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ควบคุมเบาหวาน ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และลดความเครียด จะช่วยป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้

8. การสังเกตอาการผิดปกติ

หากมีอาการผิดปกติ ดังต่อไปนี้ ควรมาพบและปรึกษาแพทย์ เช่น มีอาการเหนื่อยง่าย หายใจไม่อิ่ม หอบ ไอบ่อย นอนราบไม่ได้ บวมตามมือและเท้า รู้สึกทรงตัวลำบาก เสื้อผ้าคับ น้ำหนักตัวเพิ่มมากกว่า 1 กิโลกรัมในวันเดียว มีไข้สูงมากกว่า 38.4 องศาเซลเซียส มีอาการบวม แดง ร้อน ที่แผลผ่าตัดบริเวณขา หรือหน้าอก มีหนอง หรือ เลือดไหลออกมาจากแผล รวมถึงมีความเจ็บปวด แผลบริเวณหน้าอก ขณะกลืนอาหาร หรือหายใจถี่ ๆ

แนวคิดทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในงานวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเอง

พฤติกรรม (Behavior) (ประภาพัฒ และ สวิง, 2536) หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมของบุคคลจึงหมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมต่างๆ ทุกประเภทที่บุคคลกระทำทั้งภายในและ ภายนอกตัวบุคคล ทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดและบอกได้ว่า ดีหรือไม่ดี เช่น ความคิดเห็นความรู้สึก ความเชื่อ เป็นต้น โดยพฤติกรรมของบุคคลมีความแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคมวัฒนธรรม และอิทธิพลความคาดหวังของบุคคลอื่น สภาพการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต

ธนวรรณ (2544) กล่าวว่า

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การแสดงออกของสิ่งมีชีวิตในลักษณะต่าง ๆ ตามสถานการณ์สถานะแวดล้อม และสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าแล้วแต่กรณี สำหรับพฤติกรรมของคน จำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมภายใน (Covert behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถมองเห็นได้ แต่มีความพร้อมที่จะแสดงออกมาให้ปรากฏได้ เช่น สัญชาตญาณ ความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ และเจตคติ ที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล

2. พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาให้มองเห็นหรือสังเกตได้ เช่น การกระทำ การปฏิบัติ การไม่กระทำ การไม่ปฏิบัติ รวมทั้งการพูด การเขียน ที่แสดงถึงความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ เจตคติ และที่ทำในเรื่องหนึ่งเรื่องใด

ชัยยง (อ้างใน รุ่งอรุณ, 2544) อธิบายพฤติกรรมว่า เป็นการกระทำ หรือ กิจกรรมทางกาย ทางวาจา ทางใจ ที่มนุษย์แสดงออกมาและสามารถสังเกตหรือวัดได้ การกระทำหรือกิจกรรมของคนมีรูปแบบต่าง ๆ กัน บางอย่างเราสามารถเห็นได้ด้วยตา หรือ ได้ยินด้วยหู บางอย่างเป็นความรู้สึกภายในจิตใจที่ไม่สามารถสังเกตได้ แต่สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ หรือตัวชี้วัด และมีกิจกรรมหลายอย่างที่คนแสดงออกมาทั้งที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว

โยธิน (อ้างใน รุ่งอรุณ, 2544) ให้นิยามกว้าง ๆ ว่า พฤติกรรมเป็นการกระทำทั้งหมดที่สังเกตได้ เช่น การพูด การเดิน การเดินของหัวใจ และยิ่งรวมถึงกระบวนการทางจิต เช่น การรับรู้ การคิด การจำ และการรู้สึก

จากความหมายที่นักวิชาการได้ให้ไว้ พอสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติ ที่บุคคลผู้นั้นแสดงออกเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งการตอบสนองนั้น สังเกตได้หรือเห็นได้ หรือไม่สามารถสังเกตเห็นได้ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องอาศัยปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัยด้วยกัน

แนวความคิดเกี่ยวกับการศึกษาพฤติกรรม

ทฤษฎีและวิธีทางพฤติกรรมศาสตร์และสุขศึกษาขึ้นมาหลายทฤษฎี โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้ดังนี้

แนวความคิดที่ 1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra - individual causality assumption) รากฐานแนวความคิดนี้มาจากสมมติฐานเบื้องต้น ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม มาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ ความตั้งใจ ใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น จากแนวความคิดดังกล่าว นักพฤติกรรมศาสตร์จึงสนใจศึกษาและสร้างทฤษฎีเกี่ยวกับ ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีเจตคติและการเปลี่ยนแปลง เจตคติ ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจ ทฤษฎีค่านิยม วิธีการศึกษาก็จะยึดทฤษฎีดังกล่าวเป็นหลัก โดยเน้นการให้ความรู้ การเปลี่ยนเจตคติ การสร้างแรงจูงใจ การสร้างค่านิยม การวัดผลของการดำเนินการสุขศึกษา ก็จะวัดในรูปของ

การเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ และค่านิยม ซึ่ง เรียกว่า KAP study (Knowledge Attitude Practice) นั้นเอง

แนวความคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกบุคคล (Extra - individual causality assumption) รากฐานแนวความคิดมาจากสมมติฐานที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคนอย่างไร ทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้จะเกี่ยวข้องกับทฤษฎีทางประชากรศาสตร์ สังคมศาสตร์ จิตวิทยา สังคม และเศรษฐศาสตร์ เป็นต้น

แนวความคิดที่ 3 ปัจจัยหลายปัจจัย (multiple causality assumption) รากฐานแนวความคิดมาจากสมมติฐานที่ว่า พฤติกรรมของคนนั้นเกิดมาจากทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และ ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้มีนักพฤติกรรมศาสตร์กลุ่มหนึ่งได้รวบรวมรูปแบบของพฤติกรรมอนามัย 14 รูปแบบ ประกอบด้วย ตัวแปร 109 ตัวแปร สรุปได้ว่า ปัจจัยต่อไปนี้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยของคน ดังนี้

1. ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
2. การประเมินผลประสิทธิภาพของการบริการสาธารณสุข
3. โลกทัศน์ เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรง และเสี่ยงต่อการเกิดโรค
4. องค์ประกอบทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม
5. ความรู้
6. องค์ประกอบด้านประชากร

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับทางด้านสุขภาพ บุญเยี่ยม (2528) ได้แสดงแนวคิดว่า พฤติกรรมจะมีการเปลี่ยนแปลงได้จะต้องมีสาเหตุ ดังนี้

1. พฤติกรรมของบุคคลจะต้องถูกกระตุ้นหรือถูกสิ่งเร้า จึงแสดงพฤติกรรมออกมา
2. พฤติกรรมที่แสดงออกนั้น เป็นพฤติกรรมที่แสวงหาจุดหมาย หรือเป้าหมายเพื่อลดความตึงเครียดของตน
3. เป้าหมายที่บุคคลตั้งใจนั้น เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อบุคคล ซึ่งบุคคลจะต้องเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ไปสู่จุดหมายนั้น
4. สภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น การจัดโอกาสให้คนได้รับการศึกษา ความยากง่ายของการเข้าไปใช้บริการ หรือ การมีโอกาสในการเปลี่ยนแปลง
5. พฤติกรรมจะผลักดันโดยพฤติกรรมภายในของตน หรือกระบวนการต่าง ๆ ที่อยู่ภายในจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงของตน
6. ความสามารถที่มีอยู่จะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมของคน คนที่มีพฤติกรรม หรือคนที่มีความสามารถต่างกัน จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่ต่างกัน แม้จะมี เพศ เชื้อชาติ อายุ เดียวกันก็จะมีความสามารถที่แตกต่างกัน

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

เฉลิมพล (2541) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติ หรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลดีต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

ธนวรรณ (2544) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องหรือมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ไม่ว่าจะเป็นในลักษณะที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ หรือในลักษณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ

จากความหมายดังกล่าว สรุปว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน นำมาเป็นแนวทางในการกระทำ หรือ งดเว้น

การกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองและบุคคลอื่น การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมได้นั้นจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และของชุมชนจำแนกได้ตามผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม แบ่งเป็น 3 ประเภท (ธนวรรธน์, 2544) คือ

1. พฤติกรรมเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Illness Behavior)

เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เป็นการแสดงออกของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยในลักษณะของการรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยหรือไม่ อย่างไร มากน้อยแค่ไหน และการเจ็บป่วยนั้น ๆ มีสาเหตุมาจากอะไร

2. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค

เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่ป้องกันมิให้ติดโรค การกระทำ หรือ การปฏิบัติที่ทำให้เกิดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่ทำให้เกิดการแพร่โรค รวมทั้งพฤติกรรมมารับการตรวจรักษา แต่เนิ่น ๆ และ พฤติกรรมมารับการรักษาย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เพื่อไม่ให้โรคแพร่กระจายออกไป ไม่ให้เกิดความพิการ และ ไม่ให้เสียชีวิตด้วย

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ และการดำรงชีวิต ตั้งแต่ก่อนเกิดจนถึงตาย กระบวนการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลและครอบครัวต่าง ๆ จึงเป็นกระบวนการแห่งชีวิตที่บุคคลต่าง ๆ ต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นในตนเองและในครอบครัวของตนเอง เพื่อให้มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพเป็นพื้นฐานสำคัญของการมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งการป้องกันโรคด้วย โดยเริ่มจากการดูแลสุขภาพก่อนการตั้งครรภ์ การดูแลสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์ การคลอด การเลี้ยงดูทารกและเด็ก ก่อนวัยเรียน การเลี้ยงดูเด็กวัยเรียน การพักผ่อนและการออกกำลังกายในผู้ใหญ่ การส่งเสริมโภชนาการ การพักผ่อน และการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลสุขภาพของบุคคลทุกวัย

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้ปฏิบัติต่อไป เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานครบ 5 หมู่ การแปรงฟัน การพักผ่อนที่เพียงพอ

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงลบ หรือ พฤติกรรมเสี่ยง (Negative Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลเสียต่อสุขภาพหรือโรค เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันเกินความจำเป็น เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนและควบคุมไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ต่อสุขภาพ พรหมณี (อ้างใน วราภรณ์, 2547) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ มี 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ หรือ พุทธิปัญญา (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญาด้านสุขภาพ พฤติกรรมด้านความรู้ประกอบด้วยความสามารถระดับต่าง ๆ โดยเริ่มต้นจากการเรียนรู้ระดับง่าย ๆ จากนั้น เพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญาให้มากขึ้น ได้แก่ ขันความรู้ ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ และการประเมินค่า

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้สึก หรือความชอบ (Affective domain) การสร้างเจตคติต่อสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ เป็นการมุ่งสร้างความศรัทธา คุณค่า หรือความรู้สึกที่ดีในเรื่องสุขภาพ หรือเพิ่มพูนมากกว่าเดิม เจตคติจะเปรียบเสมือนความพร้อมทางจิตใจที่ป้อนข้อมูลให้ร่างกายปฏิบัติ ซึ่งถ้าผู้เรียนคิดตามแล้วเกิดความเชื่อหรือเกิดความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ ย่อมนำไปสู่การปฏิบัติตามเจตคติไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่จะมีลำดับขั้นจากง่ายไปยาก 5 ขั้น คือ ขั้นการรับรู้ ขั้นการตอบสนอง ขั้นการสำนึกในคุณค่า ขั้นการรวมตัวของคุณค่า และ ขั้นตรึงมั่นในคุณค่า

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) พฤติกรรมนี้เป็นกระบวนการทางร่างกาย เป็นการแสดงออกที่สังเกตได้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายอันเป็นเป้าหมายของการสอนสุขภาพ ซึ่งการปฏิบัติที่ดี ที่ถูกหรือที่ควรนั้น จะเกิดขึ้นเมื่อประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้อง มีเจตคติที่ดี

ต่อสิ่งนั้น และการปฏิบัติที่ดีนั้นก็ต้องเป็นการปฏิบัติที่มีทักษะ มีความคล่องแคล่ว การเกิดทักษะนี้มิใช่เกิดขึ้นง่าย ๆ ต้องมีการกระทำเป็นขั้นเป็นตอน มีการฝึกปฏิบัติ ทักษะมีการพัฒนา 5 ขั้นตอน โดยเริ่มจากการเลียนแบบ การลงมือทำตามแบบความถูกต้อง ความต่อเนื่อง และการกระทำอย่างเป็นธรรมชาติ

ความหมายของการดูแลตนเอง

Levin (1976) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์ ทั้งทางด้านการประเมินอาการขึ้นต้น การรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ

Hill and Smith (1985) มีแนวความคิดว่าพฤติกรรมของการดูแลตนเองเป็นกิจกรรม ที่ประชาชนได้ริเริ่มกระทำอย่างมีจุดหมาย และมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ การป้องกัน หรือ การรักษาโรค ซึ่งมนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้ หรือพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง ที่กำลังเริ่มเกิดขึ้น ไม่ภายในก็ภายนอกของแต่ละบุคคล และองค์ประกอบของการดูแลตนเองนั้นประกอบด้วย การดูแลตนเองทางด้านร่างกาย และทางด้านจิตใจ

Norris (1987) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกระบวนการที่ประชาชนและครอบครัวมีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบกันเองด้านสุขภาพอนามัย เนื่องจากประชาชนเล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง โดยมีสาเหตุหลักดันมาจากความไม่พอใจต่อการรักษาของแพทย์ที่เห็นคนไข้เป็นเพียงวัตถุ หรือขึ้นส่วนในการรักษาเท่านั้น และ ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มีราคาแพง อีกทั้งตระหนักว่าตนมีศักยภาพในการพัฒนาความสามารถเพื่อการดูแลตนเองได้

สมจิต (2536) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเอง เป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และการพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเอง รวมถึงการมุ่งจัดการหรือแก้ปัญหาเกี่ยวกับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่ง ชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพที่ดีของตนเอง ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ในขณะที่ปกติ และ เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ตามขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของคน

แนวคิดและทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem

Orem (1985) ได้กล่าวถึง แนวคิดการดูแลตนเองจากความเชื่อที่ว่าบุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อ

1. ควบคุมและควบคุมกระบวนการของชีวิต ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ
2. ดำรงการเจริญเติบโต พัฒนาการของชีวิต และวุฒิภาวะที่เหมาะสม
3. ป้องกัน ควบคุม หรือบำบัดรักษาโรค และอันตรายจากการได้รับบาดเจ็บ
4. ป้องกันความพิการ หรือทดแทนสิ่งที่สูญเสีย
5. ส่งเสริมความเป็นปกติสุข

Orem (1991) ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำอย่างต่อเนื่องมีเป้าหมาย และเป็นการกระทำที่ตั้งใจ เพื่อดำรงรักษาสุขภาพอนามัย ความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองไว้ ตลอดจนหลีกเลี่ยงโรคและภัยอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งเมื่อกระทำอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงจุดสูงสุดได้

ทฤษฎีของ Orem ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่

1. ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory)
2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit)
3. ทฤษฎีระบบพยาบาล (The theory of nursing system)

ซึ่งจะขอกล่าวถึง ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของ Orem เพียง 2 ทฤษฎี คือ

1. ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory) เป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่พึ่งพา กล่าวคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่ผู้ใหญ่มาก มีการเรียนรู้ ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการ ควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิก ในครอบครัวหรือบุคคลอื่น

กระบวนการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ (สมจิต, 2536)

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ จะเห็นว่า บุคคลที่สามารถจะทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม และต้องเห็นว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ ดังนั้นการดูแลตนเอง จึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้อง กระทำ จึงจะสามารถที่จะพิจารณา ตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย และมีความสำคัญ อย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติ ในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนจะดำเนินการอย่างไรเพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก จะทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพหรือไม่ และต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องทำการดูแลตนเองนั้น จะขัดขวาง การดำเนินกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำถูกต้อง ถ้าต้องการความ ช่วยเหลือจะมีใครช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะมีแรงจูงใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะคิดเป็น สุนัขยคิดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นจะกระทำไปโดยไม่ระลึกถึงเป้าประสงค์ ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติดูแลตนเอง เพื่อดำรงการรักษาและส่งเสริมสุขภาพผู้ปฏิบัติ จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุนัขยในการปฏิบัติ เมื่อสร้างสุนัขยในการปฏิบัติได้ บุคคลจะกระทำโดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือความรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

องค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังต่อไปนี้
(Orem อ้างใน สมจิต, 2536)

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Disposition) สำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่วไป ประกอบด้วย

1.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ การรับรู้ ความจำ ความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล

1.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

1.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

1.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

1.5 นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ เข้าใจ ห่วงใย

1.6 การยอมรับในตนเอง

1.7 การจัดลำดับความสำคัญรู้จักแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

1.8 ความสามารถที่จะจัดการกับตนเอง

ระดับที่ 2 พลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ (Ten Power Components) เป็นเหมือนตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้กับการกระทำของมนุษย์ ซึ่งเป็นการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ได้แก่

2.1 ความสนใจเอาใจใส่ตนเอง ภาวะแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตนเองรวมทั้งปัจจัยสำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง

2.2 ความสามารถในการควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนให้เพียงพอ ที่จะเริ่มและปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายส่วนต่างๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ และความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และ ปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สถิติปัญญา การรับรู้ จัดทำ คิดต่อและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 สามารถจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และ สอดแทรกการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต และกระทำการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องได้

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for Self-care Operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับบุคคลที่จะต้องใช้ในการดูแลตนเองประกอบด้วย

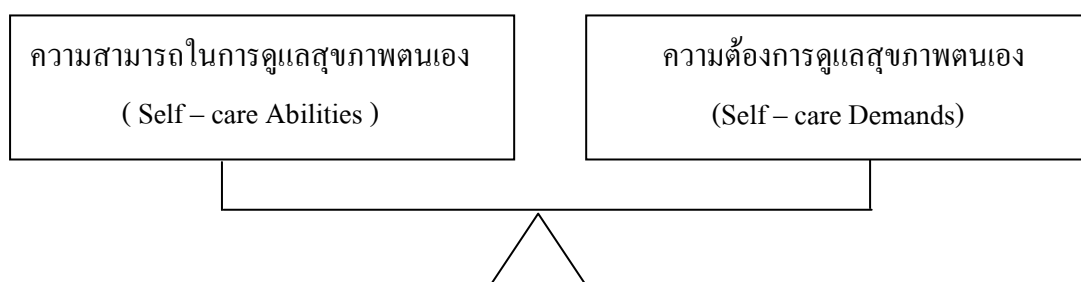
3.1 การคาดการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม (Estimative Operation) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องสำหรับการดูแลตนเอง

3.2 การปรับเปลี่ยน(Transitional Operation) เป็นกระบวนการวางแผน และตัดสินใจเลือกกระทำในสิ่งที่ควรกระทำ เพื่อสนองความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites)

3.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive Self-care Operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit)

ทฤษฎีนี้กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเอง หรือดูแลบุคคลในปกครองได้ บุคคลนั้นอยู่ในภาวะบกพร่องการดูแลตนเอง (Self - care deficits) ความบกพร่องในการดูแลสุขภาพตนเอง คือ บุคคลไม่มีความสามารถที่จะดูแลสุขภาพตนเอง เพราะว่าความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมีน้อยกว่าความต้องการดูแล ดังนั้น บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ (Self - care abilities) เมื่อมีความต้องการดูแลสุขภาพตนเองในทางที่เหมาะสม อย่างเพียงพอ และ มีความพอใจ เต็มใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอ ถ้าทั้งสองด้าน คือ ความต้องการดูแลสุขภาพตนเอง และ ความสามารถของบุคคลที่มีอยู่ในการดูแลสุขภาพตนเองมีความสมดุลกัน ก็จะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ดังแสดงในภาพที่ 1

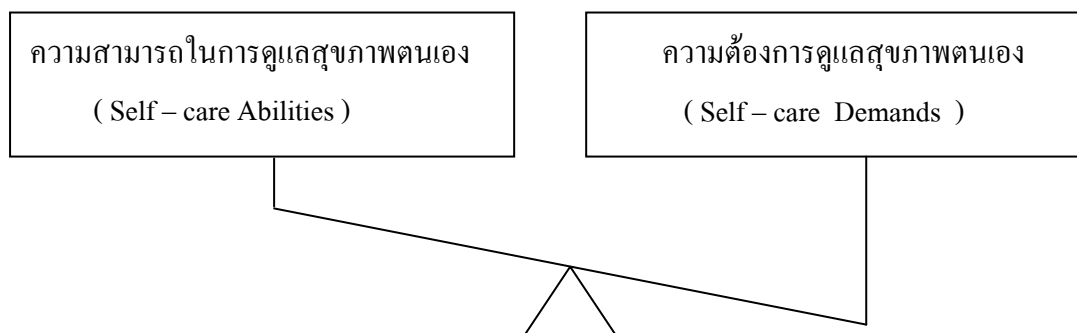


ภาพที่ 1 แสดงความสมดุลในการดูแลสุขภาพตนเอง

ที่มา: Orem (1991)

อย่างไรก็ตาม ถ้าบุคคลมีประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองไม่ถูกต้อง และ ไม่มีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ในบางส่วนหรือทั้งหมด นั่นคือ ความต้องการดูแลสุขภาพตนเองมีมากกว่า ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองที่มีอยู่ก็จะอยู่ในภาวะมีความ

บกพร่องในการดูแลสุขภาพตนเอง (self – care deficit) หรือการปฏิบัติตัวไม่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของตน ก็จะเกิดความไม่สมดุลขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงความไม่สมดุลในการดูแลสุขภาพตนเอง

ที่มา: Orem (1991)

สรุปได้ว่า การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพราะเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่แต่ละบุคคล ต้องมีความต้องการ และ ริเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต สุขภาพอนามัย และ สวัสดิภาพ ของตน และเป็นการกระทำที่จิตใจ มีเป้าหมาย ซึ่งอาศัยความสามารถในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ การที่จะดูแลตนเองได้ดีนั้น ต้องมีความสมดุลกันระหว่างความสามารถในการดูแล สุขภาพตนเอง (Self – care abilities) และ ความต้องการดูแลสุขภาพของตนเอง (Self - care demands)

แนวคิดและทฤษฎีด้านสุขภาพ

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อ เป็นการยอมรับเกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่าง ๆ และเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่ง ฝังแน่นอยู่ในความนึกคิด หรือความเข้าใจต่อสิ่งหนึ่ง อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และ จะ ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น ๆ เมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใด สิ่งหนึ่ง ความเชื่อในสิ่งนั้นจะทำให้บุคคลปฏิบัติตามสิ่งที่สอดคล้องกับความเชื่อนั้น ความเชื่อจึง เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของบุคคล (จรรยา, 2541)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ และการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคความเชื่อเดิม ความสนใจ และค่านิยม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้พัฒนาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของ Kert Lewin ซึ่งได้อธิบายว่าในช่วงชีวิตของบุคคล (Life space) จะมีส่วนที่เป็นแรงด้านบวก (Positive space) แรงด้านลบ (Negative space) และส่วนที่เป็นกลาง (Relative space) โดยแรงด้านบวกจะเป็นสิ่งซึ่งดึงดูดบุคคลให้เข้าสู่เป้าหมายที่ปรารถนา ส่วนแรงด้านลบจะเป็นตัวผลักดันบุคคลเคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา สำหรับส่วนที่เป็นกลาง คือ ส่วนที่สมดุลระหว่างด้านบวกและด้านลบ ซึ่งได้นำมาอธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542) โดยเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม และมีสมมุติฐานว่าพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับ คุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับ และ ความเชื่อในผลที่จะได้รับจากการกระทำของตน

Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไว้ว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่า

1. เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต
3. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้นจะเกิดผลดีในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย เป็นต้น

Becker (1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบาย และ อธิบายถึงพฤติกรรมเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้

1. การยินยอมให้ความร่วมมือที่จะรักษาโรค เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยพิจารณาตัดสินใจจากการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น (Perceived Severity)

2. ความเชื่อในประสิทธิภาพของการรักษา โดยบุคคลจะประเมินและพิจารณาถึง ความสะดวกหรือความเป็นไปได้ทางปฏิบัติและผลที่ได้รับว่ามีประโยชน์เพียงใด (Perceived Benefit)

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Due to action) อาจเป็นสิ่งชักนำภายในคน เช่น อาการ หรือ ความเจ็บป่วย หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชนต่างๆ ญาติ แพทย์

ต่อมา Becker (1977) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบาย และ ทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying and Enabling factor) และ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ หรือแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) ที่พบว่ามอิทธิพลต่อการปฏิบัติตน ในการป้องกันโรค ดังนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีด้วยกัน 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อ หรือ การคาดคะเนว่า ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด โดยแต่ละ บุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกันออกไป ดังนั้นพฤติกรรมการป้องกันโรค จะแตกต่างกัน ตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค บุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการ วินิจฉัยของตนเองแล้ว จะมีความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงเปลี่ยนแปลงไป บุคคลที่เคยเจ็บป่วยจะมี การคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้อีก และบุคคลที่กำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการ รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ แทรกซ้อนได้มากขึ้น แสดงว่าบุคคลใดที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูงจะปฏิบัติตนใน การป้องกันโรคดีกว่าบุคคลที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ

ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถือว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นปัจจัย ที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่น ๆ โดยจะส่งผลให้คนปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ดังนั้น Becker จึงสรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็น โรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำท่ายพฤติกรรม การปฏิบัติ เพื่อป้องกันรักษาโรคของบุคคล

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยาก ลำบาก และ การใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือผลกระทบทางสังคม การปฏิบัติตาม คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และพฤติกรรมการดูแลตนเองจะไม่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าบุคคล จะรับรู้โอกาส

เสี่ยงของการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อน หากไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของโรคสูงเกินไปก็อาจทำให้เกิดความกลัว กังวล และอาจทำให้ข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องได้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้ เป็นสิ่งที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยง (กองสุขศึกษา, 2542) ถ้าบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ แต่ไม่มีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยนั้นก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือผลกระทบต่อฐานะและบทบาททางสังคมของตนแล้ว บุคคลนั้นจะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แต่ถ้าบุคคลรับรู้ว่าจะได้รับอันตรายจากความรุนแรงของโรค จะมีผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกัน หรือรักษาโรคนั้น

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้ไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจจะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความอาย ความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย ภาวะอาการแทรกซ้อน หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้ โดยทั่วไปบุคคลจะเลือกที่จะปฏิบัติวิธีที่เขารับรู้ว่าจะให้ประโยชน์มากที่สุด และมีอุปสรรคน้อยที่สุด ซึ่งมักพบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ นอกจากนั้น ความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล ที่มีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายใน และภายนอกตัวบุคคล สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะได้รับการยอมรับ ได้รับคำแนะนำ การได้รับความร่วมมือ และ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร เอกสาร คำแนะนำด้านสุขภาพ เป็นต้น แรงจูงใจเหล่านี้จะช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำ เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสุขภาพ โดยทั่วไปแล้ว แรงจูงใจของบุคคลสามารถวัดได้จาก ระดับความพึงพอใจ ความสนใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และ ความตั้งใจของบุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แรงจูงใจมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัจจัยด้านความรู้ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยง และอันตรายต่าง ๆ ที่เกิดจากรโรคเพิ่มมากขึ้น จะทำให้ความเชื่อของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป เป็นผลให้มีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มมากขึ้น

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) หมายถึง ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากองค์ประกอบที่กล่าวข้างต้น เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริม หรือ เป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ประกอบด้วย

6.1 ปัจจัยด้านประชากร (Demographic Variables) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ

6.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Sociopsychological Variables) เช่น บุคลิกภาพ ระดับชั้นในสังคม

6.3 ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structural Variables) เช่น ความรู้ หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรค

6.4 ปัจจัยด้านการกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to Action) เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสมเกิดขึ้น อาจเป็นปัจจัยภายในตนเอง เช่น การรับรู้สภาพของตนเอง หรือปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น ข้อมูลจากสื่อหรือบุคคลต่าง ๆ ความเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น

Karl and Cobb (1985) ได้ประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น และได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ คือ

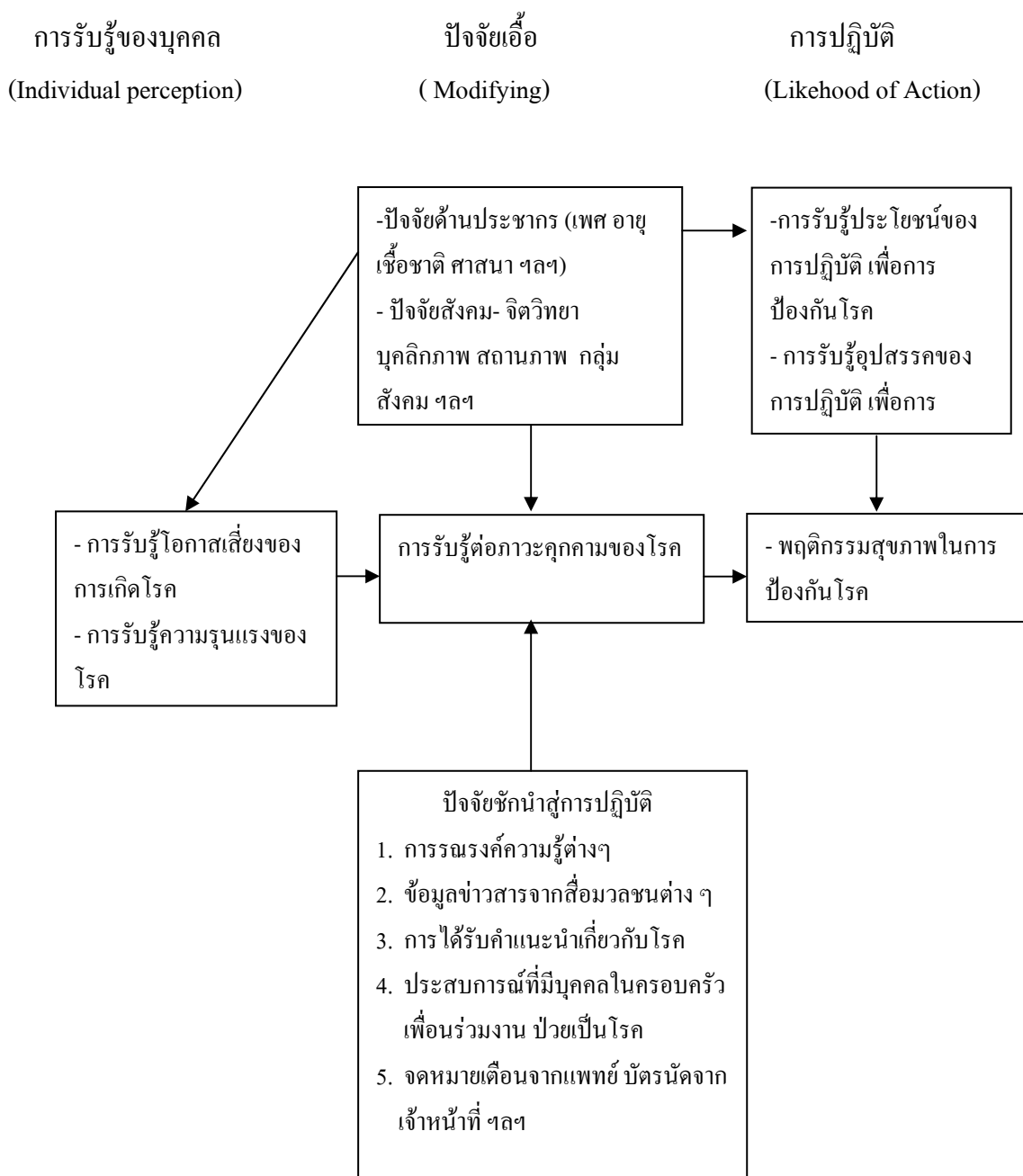
1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behaviors) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behaviors) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วยและรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (sick role behaviors) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ นั้น มีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและการร่วมมือในการรักษา เป็นต้น

จากที่กล่าวมา แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำมาอธิบายพฤติกรรม การปฏิบัติตนในการป้องกันโรค พฤติกรรมเมื่อเกิดความเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการแสวงหาการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นกับองค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุของการเกิดโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แบบแผนความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับการเอาใจใส่ และแรงจูงใจต่อการดูแลสุขภาพ เป็นต้น ดังแสดงในภาพที่ 3

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค



ภาพที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

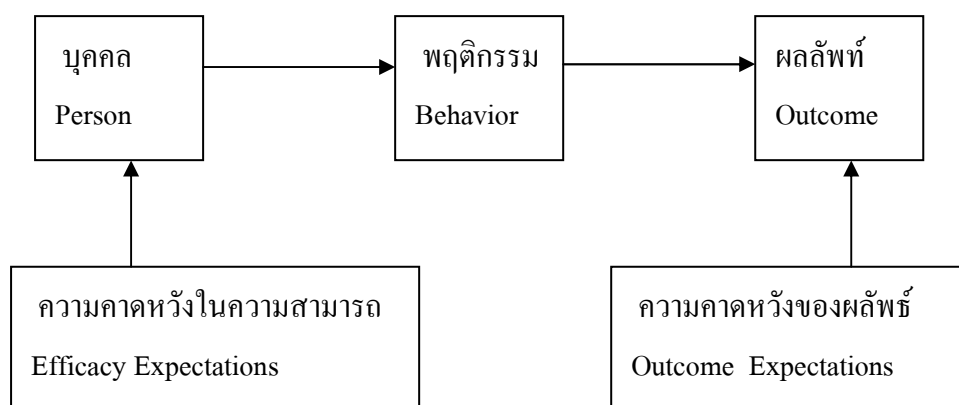
ที่มา: Becker and Maiman (1974)

ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self- Efficacy Theory)

ทฤษฎีความสามารถของตนเอง มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning Theory) ของ Skinner (สมจิต และคณะ, 2543) ซึ่งได้ศึกษาค้นคว้าพัฒนา และขยายแนวความคิดให้กว้างขวางขึ้น โดยนักจิตวิทยาชาวแคนาดา ชื่อ Albert Bandura จากนั้นได้เปลี่ยนชื่อเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive Theory) Bandura ได้ศึกษาถึงความเชื่อของบุคคลในเรื่องความสามารถที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความสามารถของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้ จึงเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ทราบว่าจะทำอะไร (Know what to do) กับสิ่งที่ต้องปฏิบัติจริง (Actually doing it) โดยมีแนวความคิดว่า พฤติกรรมที่จะเปลี่ยนแปลงนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อม

Bandura (1977) มีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่อาจมีพฤติกรรมที่มีคุณภาพแตกต่างกัน แม้ในบุคคลคนเดียวกัน หากรับรู้ความสามารถตนเองในสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้ Bandura พบว่าความสามารถของคนเราไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้น ๆ นั่นคือ ถ้าเรามีความเชื่อว่ามีความสามารถก็จะแสดงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อดสาเห ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด

การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นจะเกี่ยวข้องหรือแตกต่างกันอย่างไร กับความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น (Outcome expectation) เพื่อให้เข้าใจชัดเจน ได้เสนอภาพแสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังในผลของการกระทำ

ที่มา: Bandura (1977)

จากโครงสร้างของทฤษฎีในภาพที่ 4 แสดงให้เห็นแนวคิดที่สำคัญ คือ

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำพฤติกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ในระดับใด หรือเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต โดยพิจารณาจากความรู้สึกรู้สึก ความคิด การตั้งใจ และพฤติกรรม เป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม
2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ เป็นความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะที่ปฏิบัติอันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้น สืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

จากรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำนั้น ไม่สามารถแยกจากกันได้ชัดเจน เพราะบุคคลมองผลของการกระทำที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงพอเหมาะ เพียงพอของพฤติกรรมที่ได้กระทำไป และยังเป็นสิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น หรือพฤติกรรมอื่นหรือไม่ ถ้าสามารถควบคุมตัวแปรต่าง ๆ ในการวิเคราะห์ผลทางสถิติแล้วจะพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองจะเป็นตัวทำนายแนวโน้มในการกระทำพฤติกรรมได้ดีกว่า การคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

สูง

ต่ำ

การรับรู้ความสามารถของ
ตนเอง

สูง

มีแนวโน้ม ที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้ม ที่จะไม่ทำ
มีแนวโน้ม ที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำแน่นอน

ต่ำ

ภาพที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และ ความคาดหวังใน
ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของบุคคล

ที่มา: สมโภชน์ (2539)

จากภาพที่ 5 ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการกระทำที่จะเกิดขึ้นสูง บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำ จะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการกระทำที่จะเกิดขึ้นต่ำ และมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ความมั่นใจในความสามารถของตนจึงเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ สำหรับผู้ที่มีการรับรู้ในความสามารถตนเองต่ำ จะเกิดความกลัว และพยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองช่วยให้เกิดความไม่หวาดหวั่นล่วงหน้าในการทำงาน และทำให้เกิดความเพียรพยายาม ไม่ท้อถอยเมื่อพบอุปสรรค ยังมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนมาก จะยังมีความพยายามและกระตือรือร้นในการทำงานมาก

Bandura (1994) กล่าวว่า การตระหนักในความเชื่อประสิทธิภาพในตนเองของบุคคลพัฒนามาจากปัจจัยหลัก 4 ปัจจัย คือ

1. ความสำเร็จในการกระทำ (Performance accomplishment) เป็นประสบการณ์ตรงจึงมีผลต่อการตระหนักในความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนเป็นอย่างมาก ซึ่งเบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ความสำเร็จในการกระทำจะเป็นตัวเพิ่มความตระหนักในความเชื่อแห่ง

ประสิทธิภาพในตนของบุคคล และการไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำหลายครั้งซ้ำ ๆ กันจะเป็นตัวลดการตระหนักในความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตน

2. การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) เป็นสิ่งแนะ หรือต้นแบบที่บุคคลนำมาพิจารณาประสิทธิภาพของตน เมื่อบุคคลสังเกตเห็นผู้อื่นได้รับความสำเร็จในการทำงานยาก โดยไม่มีผลเสียตามมาทำให้เกิดการตระหนักว่า ตนก็มีประสิทธิภาพที่จะทำงานนั้นได้ ถ้าตั้งใจและพยายาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งอยู่ในวัยเดียวกัน เพศเดียวกัน ประสิทธิภาพ และประสบการณ์ในอดีตไม่แตกต่างกัน

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) เป็นการรับเอาคำแนะนำชักจูงจากผู้อื่นมาเป็นข้อมูล เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพของตน ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจว่าตนมีมีประสิทธิภาพที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จได้ เป็นการเพิ่มกำลังใจและความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความพยายามกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จ วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากวิธีหนึ่ง ในกรณีที่ไม่สามารถสาธิตให้ดู หรือไม่สามารถให้ลองทำเองได้ด้วยตนเอง

4. การกระตุ้นอารมณ์ (Emotional arousal) บุคคลจะรับรู้ว่าคุณมีความวิตกกังวลหรือความกลัวจากอาการกระตุ้นของร่างกาย ในสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากจะทำให้การทำงานได้ผลไม่ดี หากบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความวิตกกังวลในระดับสูง บุคคลจะตระหนักในความเชื่อประสิทธิภาพในตนต่อการทำงานนั้นในระดับต่ำ แต่ให้การปลุกเร้าความรู้สึกอยากจะทำด้วยความสำนึกในตนเองอย่างแท้จริง

ความตระหนักในความเชื่อประสิทธิภาพในตนนั้น สามารถเกิดขึ้นได้จากปัจจัยหลายประการที่กล่าวมา และการตระหนักในความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนนั้น อาจเกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง หรือ อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการมาผสมผสานกันก็ได้ Bandura (1994) ได้เสนอลักษณะการตระหนักในความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนเป็น 3 มิติ คือ

มิติที่ 1 เกี่ยวกับปริมาณการตระหนัก (Magnitude) การตระหนักในความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ในการกระทำพฤติกรรมหนึ่ง ในบุคคลเดียวกัน จะแตกต่างในพฤติกรรมที่แสดงออกมาในความยากง่าย เป็นการตระหนักในความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนว่าจะทำงานสำเร็จถึงระดับไหน

มิติที่ 2 เกี่ยวกับการนำไปใช้ (Generality) การตระหนักในความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนเองต่อการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่น ซึ่งประสบการณ์การปฏิบัติงานบางอย่างก่อให้เกิดประสิทธิภาพ ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นที่คล้ายกัน แต่ในปริมาณที่แตกต่างกันได้ ประสบการณ์บางอย่างไม่อาจนำการตระหนักในความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนเองไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้

มิติที่ 3 เกี่ยวกับความเข้มหรือความมั่นใจ (Strength) ถ้าการตระหนักในความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนเองมีความเข้ม หรือ ความมั่นใจน้อย บุคคลจะไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของตนเองเมื่อประสบการณ์ไม่เป็นไปตามที่หวัง จะทำให้การตระหนักในความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนเองลดลง ตรงกันข้าม ถ้าความเข้มหรือความมั่นใจมีมาก บุคคลจะมีความบากบั่นมานะพยายามมาก แม้ว่าจะประสบเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังบ้างก็ตาม

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสามารถของตนเอง

Bandura (1977) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความสามารถตนเองว่า มีปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. แหล่งของความเชื่อในความสามารถ (Sources of Self Efficacy Beliefs)
2. กระบวนการกระตุ้นความสามารถ (Efficacy Activated Processes)
3. ผลประโยชน์ในแง่ดีที่มีต่อความเชื่อในความสามารถตนเอง (Adsertive Benefits of Optimistic Self –Beliefs of Efficacy)
4. การพัฒนา และ การฝึกหัดการมีความสามารถตนเองตนเองตลอดชีวิต (Development of Self – Efficacy over the Lifespan)

โดยสรุปแล้วทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self- Efficacy) อธิบายถึงความสัมพันธ์ของพฤติกรรมของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งพฤติกรรมจะเปลี่ยนแปลงไปในทางใดขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในบุคคล เช่น ความคิด ความคาดหวัง และ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และ ความคาดหวังในผลจากการกระทำที่เกิดขึ้น

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) คือ สิ่งที่ผู้ได้รับ จากผู้ให้การสนับสนุน ผู้คิดค้นทฤษฎี ประกอบด้วย Caplan, Casel และ Core ในปี ค.ศ.1972 (อ้างใน บุญเยี่ยม, 2528)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ได้

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อบุคคล ทั้งภาวะปกติและภาวะวิกฤตของชีวิต แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมได้รับความสนใจ และ ถูกนำมาใช้ในระบบบริการสุขภาพ เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมยังช่วยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้กับบุคคล และยังทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาจะได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องนับถือและมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และ กลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ได้ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิต และการส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมถูกใช้ในการช่วยทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในด้านการรักษาพยาบาล และมีพฤติกรรมเอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค เช่น การให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย เป็นต้น

แนวคิดและความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Caplan (1974) ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลที่ได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นข้อมูลข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือการผลักดันทางด้านอารมณ์ ซึ่งจะทำให้บุคคลไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

Cobb (1976) ให้ความหมายว่า คือการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตนเองเชื่อว่ามีบุคคลที่ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และให้การยกย่อง โดยบุคคลนั้นเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคมนั้น

Kahn (อ้างใน มนต์ธีรา, 2548) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งแสดงถึงความรู้สึกที่กระหว่างบุคคล การยอมรับพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้หรือแสดงออกให้เห็นถึงการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Pilisuk (อ้างใน มนต์ธีรา, 2548) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ และความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าเขาได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

Norbeck (1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลงจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง สามารถป้องกันการเกิดโรค และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล

Thoits (1982) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งเกิดจากมีการติดต่อกับบุคคลอื่น โดยการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด และการตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็วขึ้น

บุญเยี่ยม (2528) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ทำให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคล หรือกลุ่มบุคคล เช่น บุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามี ญาติ พี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความร่วมมือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้รับแรงสนับสนุน และมีผลให้ผู้รับแรงสนับสนุนปฏิบัติตนในทิศทางที่ผู้ให้การสนับสนุนต้องการ

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลในสังคมได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านวัตถุ และความมั่นคงทางอารมณ์ จากบุคคล หรือกลุ่มบุคคลในเครือข่ายของสังคมนั้น ๆ และผลของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนรู้สึกว่าเขาเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่น และเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้นเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม

หลักการของการสนับสนุนทางสังคม (Pilisuk, อ้างใน มนต์ธีรา, 2548) ประกอบด้วย

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน

2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์ นั้นจะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับ เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่มีความรัก ความหวังดี ในตนอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้น เป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์ แก่สังคม

3. ปัจจัยนำมาของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

ประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม มี 4 รูปแบบ (บุญเยี่ยม, 2528) คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้การยอมรับนับถือ ความห่วงใย เอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ ความไว้วางใจความรักและความผูกพันต่อกัน

2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (appraisal support) ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมา และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคมซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง คำแนะนำ ตักเตือน การให้คำปรึกษา การบอกแนวทางเลือกหรือแนวทางปฏิบัติ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

4. การช่วยเหลือด้านสิ่งของ (instrument support) เป็นการช่วยเหลือโดยจัดหา เงินทุน อุปกรณ์ เครื่องมือ แรงงาน และบริการที่จำเป็น

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มสังคมโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (บุญเยี่ยม, 2528) คือ กลุ่มปฐมภูมิ และ กลุ่มทุติยภูมิ

กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน

กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ

ระบบการสนับสนุนทางสังคม

Pender (1987) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบคือ

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีบทบาทสำคัญมากที่สุดต่อผู้ป่วย เพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็ก เป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อแบบแผนพฤติกรรม การปฏิบัติสัมพันธ์และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตอันจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย

2. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการ และสามารถติดต่อ

ชักจูงผู้ป่วยได้โดยง่าย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งประสบความสำเร็จ และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่าง ๆ ในชีวิตได้

3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนา หรือแหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ (Religious Organizations of denomination) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอนคำแนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำรงชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น

4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งสนับสนุนแห่งแรกที่ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งจะมีความสำคัญต่อเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organized support system not directed by health professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการ อาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help groups) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb (อ้างใน มนต์ธีรา, 2548) ได้แบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับกว้าง (Macro level) การวัดโดยพิจารณาถึงกิจกรรมร่วมและการมีส่วนร่วมในสังคม ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับบุคคลต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการวัดอย่างเจาะจงถึงกลุ่มที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำการช่วยเหลือด้านวัสดุ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3. ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของบุคคลที่ใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่ายแรงสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ กลุ่มสมรส บุตร และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด ให้การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักและห่วงใย (Affective support)

แรงการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ชนิด (อ้างใน มนต์ธีรนา, 2548) คือ

1. ความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) เป็นความรู้สึกอบอุ่น มั่นคงปลอดภัย มีคนรักใคร่เอาใจใส่ ซึ่งส่วนใหญ่ได้จากกลุ่มสมรสและเพื่อนสนิท ถ้าขาดแรงสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยว

2. การมีส่วนร่วมในสังคม (Social integration) ทำให้บุคคลมีโอกาสผูกมิตรกัน มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมด้วยกัน รู้สึกมีเป้าหมายและมีคุณค่าต่อสังคม ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคม และ รู้สึกเบื่อหน่ายในการดำรงชีวิต

3. โอกาสในการอบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น (Opportunity for nurturance) ได้แก่ การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข ซึ่งทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และเป็นผู้พึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้ จะเกิดความคับข้องใจและทำให้รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์และไร้จุดหมาย

4. ส่งเสริมให้มีความมั่นใจในคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) ได้แก่ การที่บุคคลได้รับการเคารพ ยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและผู้ร่วมงาน ถ้าได้รับการส่งเสริมจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี (Sense of reliable alliance) ความรู้สึกเช่นนี้ได้มาจากครอบครัวหรือเครือข่าย ซึ่งสมาชิกแต่ละคนต่างคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดความรู้สึกเช่นนี้ ทำให้บุคคลรู้สึกขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับคำชี้แนะ (Obtaining of guidance) เป็นความต้องการในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต ทำให้ต้องการคำปลอบใจ คำแนะนำจากบุคคลที่ตนศรัทธาและเชื่อมั่น ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้รู้สึกสิ้นหวัง

จากทฤษฎีต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล และ เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือแสดงพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งใจนำแนวคิดต่างๆ จากทฤษฎีต่าง ๆ ที่ศึกษามาประยุกต์ใช้ในการหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และใช้ในการทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการใช้ดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภรณ์ (2541) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี พบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี ($r = -.289$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 2) ภาวะสุขภาพความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี ($r = -.327$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 3) ความรู้สึกไม่แน่นอนความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี ($r = .328$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 4) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองสามารถรวมอธิบายความผันแปรของความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี ได้ร้อยละ 21.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลัดดาวัลย์ (2545) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี และ โรงพยาบาลเลิศจิน พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม คือ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ การศึกษา และ รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นเดียวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล

ซึ่งได้แก่ ทักษะคิดต่อพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค และ การรับรู้ประโยชน์ และ อุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

วรลักษณ์ (2545) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลองซ้ำ มีคุณลักษณะภายในตัวบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหัวใจโคโรนารี การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจโคโรนารี การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหัวใจโคโรนารี การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า คุณลักษณะภายในตัวบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกันทั้ง 2 กลุ่ม

เพลินตา (2546) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มา รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดขยาย ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่า 1) พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 35 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มา รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มา รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 3) ความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มา รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .014) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษารายได้ และบุคคลใกล้ชิด ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มา รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

วรารณ (2547) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการสวนหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของธอร์นไดค์ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเจตคติ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา และแนวคิดของ

เอ็ดการ์เดล ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และ หลังทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัศมี (2548) ได้ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี โดยรวมอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน ระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 0.05 และ 0.001 ตามลำดับ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

วิชชุดา (2548) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยผู้ดูแล้วยุ่ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการปฏิบัติในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ดีวก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่สร้างโดยประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาสามารถนำมาใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

สุนทรี (2548) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อป้องกันภาวะไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง เรื่องภาวะไม่พึงประสงค์หลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในเรื่องการ

เจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย ใจสั่น มากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งหลังการทดลองทันที และติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน และพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนต่อการป้องกันการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์หลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ความคาดหวังประสิทธิผลของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

นุชรินทร์ (2549) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่า 1) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีทรัพยากรสนับสนุน การส่งเสริมสุขภาพ และการมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปิยาภรณ์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า 1) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ และ ตำแหน่ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 4) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 5) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุน จากครอบครัว ญาติ

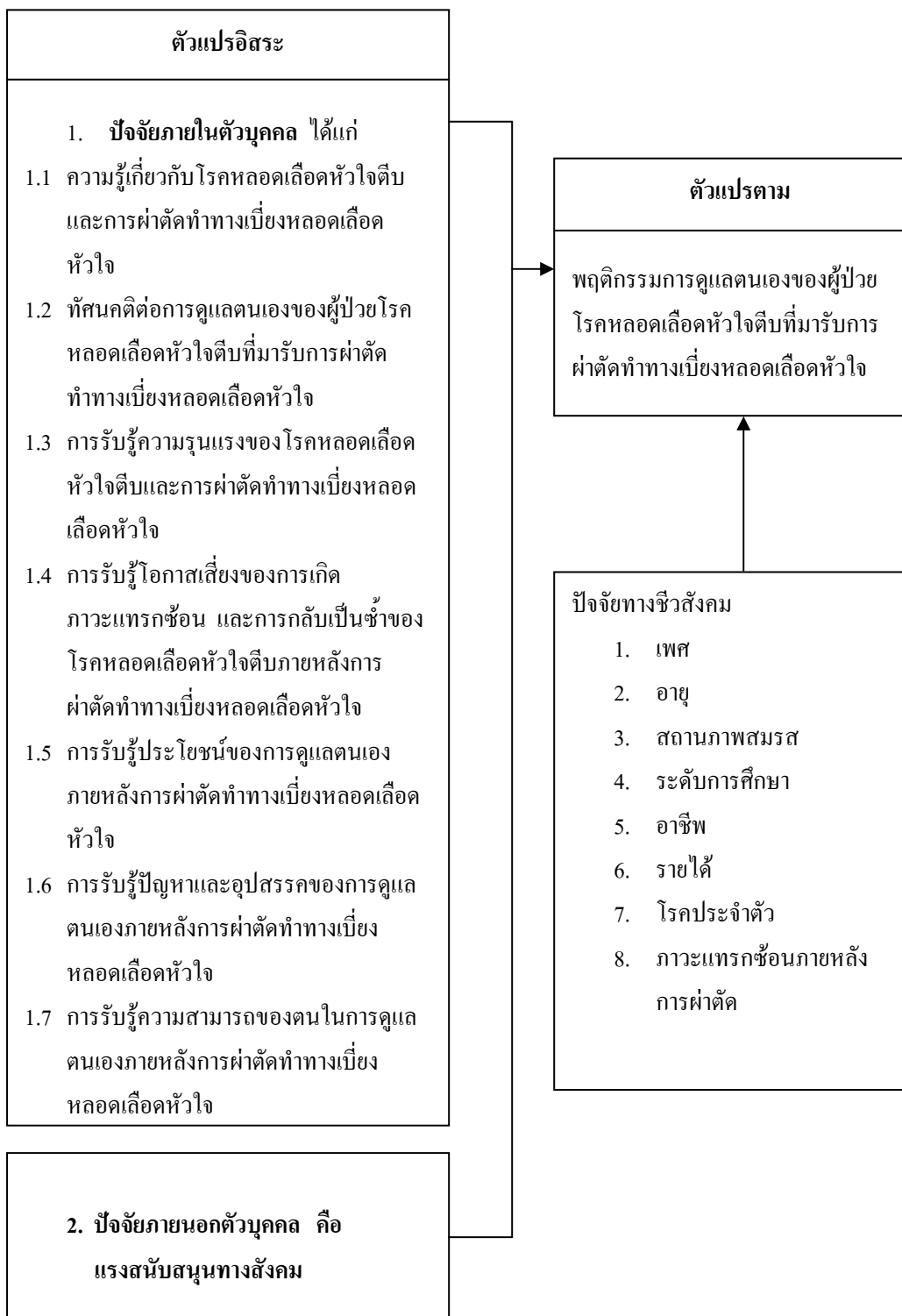
และเพื่อนร่วมงาน การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกตัวแปร ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุด คือ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีตัวแปรร่วมทำนาย ได้แก่ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงาน ตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 24.2

ธิวาสา และคณะ (2551) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยใช้การวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับคุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง รวมทั้งทดสอบอำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐาน อันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ระดับการศึกษารายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส ศาสนา และปัจจัยด้านสุขภาพ คือ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 100 ราย พบว่า 1) การดูแลตนเองและระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี 2) ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) ระดับสมรรถภาพของหัวใจและรายได้ครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 14 ($p < .05$) และการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 23 ($p < .05$)

Bental and Baren (1990) ได้ทดลองวิธีการควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชนเมืองอิสราเอล โดยวิธีให้สุขศึกษาโดยใช้ชาวบ้านเป็นแรงกระตุ้นในการนำข่าวสารแจ้งให้ชุมชนทราบ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ อบรมทักษะการทำงานในชุมชน ทำกลุ่มและฝึกให้ความช่วยเหลือ หลังจากนั้นประเมินความรู้ ทักษะติดต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

จากการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลหรือพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

จากการศึกษาและประมวลผลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค และ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานที่ 4 ตัวแปรจากปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล และ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวเดียว

อุปกรณ์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Study) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยศึกษาความสัมพันธ์ทางปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 116 คน (สถิตินายกัลยาณมิตรหอเดือนมกราคม – เดือนธันวาคม 2550) และจากสถิติเดือน พฤศจิกายน 2550 ถึง เดือนมกราคม 2551 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 66 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และมารับการตรวจตามนัดหลังผ่าตัด ที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกเฉพาะทางศัลยกรรมทรวงอก กองศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)(กัลยา ,2550) จากกลุ่มประชากรที่ได้รับการตรวจตามนัดหลังผ่าตัด ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2551 ถึง เดือนมกราคม 2552 มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น จำนวน 101 คน โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ คือ

1. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และมารับการตรวจตามนัดภายหลังการผ่าตัดที่ห้องตรวจโรคเฉพาะทางศัลยกรรมทรวงอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ไม่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉิน
3. รู้สึกตัวดีไม่มีความผิดปกติทางด้านระบบสมอง และ จิตประสาท
4. สามารถอ่านออกเขียนได้ ฟังภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จาก ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยแบ่ง เป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 13 ข้อ ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0– 13 คะแนน มีค่าพิสัยของคะแนนจริง (สูงสุด – ต่ำสุด) เท่ากับ 3– 13 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลมีดังนี้

คำตอบที่ถูกต้อง	ได้	1	คะแนน
คำตอบที่ผิด	ได้	0	คะแนน
คำตอบไม่ทราบ	ได้	0	คะแนน

การประเมินผล แบ่งระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้จากค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ (บุญธรรม, 2542) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ($\bar{X}$) เท่ากับ 9.78 และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 2.365 มีระดับค่าคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนการแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ระดับสูง	หมายถึง คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$
ระดับต่ำ	หมายถึง คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนต่ำสุด

มีความรู้อยู่ในระดับสูง	ได้ค่าคะแนนระหว่าง 10.96 - 13.00	คะแนน
มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง	ได้ค่าคะแนนระหว่าง 8.61 - 10.95	คะแนน
มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ	ได้ค่าคะแนนระหว่าง 3.00 - 8.60	คะแนน

และแบ่งเกณฑ์ประเมินระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกรายข้อออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าพิสัย (บุญธรรม, 2542) ดังนี้

$$\text{Min} = 0 \text{ Max} = 1 \text{ S.D.} = .33 \text{ (} 1 - 0/3 = 0.33 \text{)}$$

ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง 0.68 - 1.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง 0.34 - 0.67	คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง 0.00 - 0.33	คะแนน

2.2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ สร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert's Scale) นำมาปรับเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นประโยคบอกเล่า มีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ (Positive or Negative Statement) จำนวน 7 ข้อ มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7 – 28 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนนจริง (สูงสุด – ต่ำสุด) เท่ากับ 28 – 13คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล ดังนี้

ข้อความที่เป็นทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่เป็นทางลบ (Negative statement)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การประเมินผล แบ่งระดับทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับทัศนคติจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ (บุญธรรม, 2542) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ($\bar{X}$) เท่ากับ 21.23 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 2.709 มีระดับคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนการแบ่งระดับทัศนคติการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ระดับสูง	หมายถึง คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$
ระดับต่ำ	หมายถึง คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนต่ำสุด

มีทัศนคติต่อการดูแลตนเองระดับสูง ได้ค่าคะแนนระหว่าง 22.58 - 28.00

คะแนน

มีทัศนคติต่อการดูแลตนเองระดับปานกลาง ได้ค่าคะแนนระหว่าง 19.89 - 22.57

คะแนน

มีทัศนคติต่อการดูแลตนเองระดับต่ำ ได้ค่าคะแนนระหว่าง 13.00 - 19.88 คะแนน

และแบ่งเกณฑ์ประเมินระดับทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำแนกรายข้อออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าพิสัย (บุญธรรม, 2542) ดังนี้

$$\text{Min} = 1 \text{ Max} = 4 \text{ S.D.} = 1.00 \text{ (} 4 - 1/3 = 1.00 \text{)}$$

ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	3.01- 4.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	2.01- 3.00	คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	1.00 -2.00	คะแนน

2.3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

2.3.1 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ สร้างตามแบบการวัดของลิเคอร์ท (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นประโยคบอกเล่ามีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ (Positive or Negative Statement) จำนวน 7 ข้อ มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7 – 28 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนนจริง (สูงสุด – ต่ำสุด) เท่ากับ 28 – 15 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล ดังนี้

ข้อความที่เป็นทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่เป็นทางลบ (Negative statement)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การประเมินผล แบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรับรู้ความรุนแรงจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (บุญธรรม, 2542) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ($\bar{X}$) เท่ากับ 22.46 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 2.7548 มีระดับคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนการแบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ระดับสูง หมายถึง คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
 ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
 ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง ได้ค่าคะแนนระหว่าง 23.71- 28.00 คะแนน

การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ได้ค่าคะแนนระหว่าง 21.01- 23.70
 คะแนน

การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ ได้ค่าคะแนนระหว่าง 15.00- 21.00 คะแนน

และแบ่งเกณฑ์ประเมินระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกรายข้อออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าพิสัย (บุญธรรม, 2542) ดังนี้

$$\text{Min} = 1 \text{ Max} = 4 \text{ S.D.} = 1.00 \text{ (} 4 - 1/3 = 1.00 \text{)}$$

ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	3.01- 4.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	2.01- 3.00	คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	1.00 - 2.00	คะแนน

2.3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นประโยคบอกเล่ามีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ (Positive or Negative Statement) จำนวน 5 ข้อ มีค่าคะแนนรวมระหว่าง 5 - 20 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนนจริง (สูงสุด – ต่ำสุด) เท่ากับ 20 – 13 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล ดังนี้

ข้อความที่เป็นทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่เป็นทางลบ (Negative statement)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การประเมินผล แบ่งระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (บุญธรรม, 2542) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ($\bar{X}$) เท่ากับ 16.43 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 1.931 มีระดับคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนการแบ่งระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ระดับสูง	หมายถึง คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับต่ำ	หมายถึง คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

การรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ได้ค่าคะแนนระหว่าง 17.39 - 20.00 คะแนน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ได้ค่าคะแนนระหว่าง 15.41 - 17.38 คะแนน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ ได้ค่าคะแนนระหว่าง 13.00 - 15.40 คะแนน

และแบ่งเกณฑ์ประเมินระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงจำแนกรายข้อออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าพิสัย (บุญธรรม, 2542) ดังนี้

$$\text{Min} = 1 \quad \text{Max} = 4 \quad \text{S.D.} = 1.00 \quad (4 - 1/3 = 1.00)$$

ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	3.01- 4.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	2.01- 3.00	คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	1.00 -2.00	คะแนน

2.3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ สร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นประโยคบอกเล่ามีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ (Positive or Negative Statement) จำนวน 5 ข้อ มีค่าคะแนนรวมระหว่าง 5 - 20 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนนจริง (สูงสุด – ต่ำสุด) เท่ากับ 20 – 14 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล ดังนี้

ข้อความที่เป็นทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่เป็นทางลบ (Negative statement)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การประเมินผล แบ่งระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ (บุญธรรม, 2542) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ($\bar{X}$) เท่ากับ 17.47 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 2.023 มีระดับคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนการแบ่งระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ระดับสูง หมายถึง คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด
 ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$
 ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนต่ำสุด

การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง ได้ค่าคะแนนระหว่าง 18.48 - 20.00 คะแนน

การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง ได้ค่าคะแนนระหว่าง 16.46 - 18.70

คะแนน

การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับต่ำ ได้ค่าคะแนนระหว่าง 14.00 - 16.45 คะแนน

และแบ่งเกณฑ์ประเมินระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำแนกรายข้อออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าพิสัย (บุญธรรม, 2542) ดังนี้

$$\text{Min} = 1 \text{ Max} = 4 \text{ S.D.} = 1.00 \text{ (} 4 - 1/3 = 1.00 \text{)}$$

ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	3.01- 4.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	2.01- 3.00	คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	1.00 -2.00	คะแนน

2.3.4 การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด สร้างตามแบบการวัดของลิเคอร์ท (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นประโยคบอกเล่ามีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ (Positive or Negative Statement) จำนวน 7 ข้อ ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7-28 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนนจริง (สูงสุด – ต่ำสุด) เท่ากับ 28 – 7 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผลดังนี้

ข้อความที่เป็นทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่เป็นทางลบ (Negative statement)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การประเมินผล แบ่งระดับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (บุญธรรม, 2542) ซึ่งมีคะแนนค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ($\bar{X}$) เท่ากับ 20.93 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 3.573 มีระดับคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนการแบ่งระดับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด

ระดับสูง	หมายถึง คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับต่ำ	หมายถึง คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคอยู่ในระดับสูง ได้ค่าคะแนนระหว่าง 22.71 – 28-00

คะแนน

การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ได้ค่าคะแนนระหว่าง 19.11 - 22.70 คะแนน

การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ ได้ค่าคะแนนระหว่าง 7.00 -19.10 คะแนน

และแบ่งเกณฑ์ประเมินระดับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด จำแนกรายข้อออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าพิสัย (บุญธรรม, 2542) ดังนี้

$$\text{Min} = 1 \text{ Max} = 4 \text{ S.D.} = 1.00 \text{ (} 4 - 1/3 = 1.00 \text{)}$$

ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	3.01- 4.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	2.01- 3.00	คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	1.00 -2.00	คะแนน

2.3. 5 การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ สร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นประโยคบอกเล่ามีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ (Positive or Negative Statement) จำนวน 12 ข้อ ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12 – 48 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนนจริง (สูงสุด – ต่ำสุด) เท่ากับ 48 – 26 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล ดังนี้

ข้อความที่เป็นทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่เป็นทางลบ (Negative statement)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

การประเมินผล แบ่งระดับการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (บุญธรรม, 2542) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ($\bar{X}$) เท่ากับ 36.35 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 4.298 มีระดับคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนการแบ่งระดับการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ระดับสูง หมายถึง คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
 ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
 ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

การรับรู้ความสามารถของตนอยู่ในระดับสูง ได้ค่าคะแนนระหว่าง 38.49- 48
 คะแนน

การรับรู้ความสามารถของตนอยู่ในระดับปานกลาง ได้ค่าคะแนนระหว่าง
 34.21-38.48 คะแนน

การรับรู้ความสามารถของตนอยู่ในระดับต่ำ ได้ค่าคะแนนระหว่าง 26.00-34.20
 คะแนน

และแบ่งเกณฑ์ประเมินระดับการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำแนกรายข้อออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าพิสัย (บุญธรรม, 2542) ดังนี้

$$\text{Min} = 1 \text{ Max} = 4 \text{ S.D.} = 1.00 \text{ (} 4 - 1/3 = 1.00 \text{)}$$

ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	3.01- 4.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	2.01- 3.00	คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	1.00- 2.00	คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย ภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ สร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นประโยคบอกเล่ามีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ (Positive or Negative Statement) จำนวน 8 ข้อ ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8– 32 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนนจริง (สูงสุด – ต่ำสุด) เท่ากับ 32 – 14 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล ดังนี้

ข้อความที่เป็นทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่เป็นทางลบ (Negative statement)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
มากที่สุด	4	มากที่สุด	1
มาก	3	มาก	2
น้อย	2	น้อย	3
น้อยที่สุด	1	น้อยที่สุด	4

การประเมินผล แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้จากค่ามัธยฐาน คณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (บุญธรรม, 2542) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ($\bar{X}$) เท่ากับ 25.61 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 3.447 มีระดับคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนการแบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ระดับสูง	หมายถึง คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับต่ำ	หมายถึง คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ได้ค่าคะแนนระหว่าง 27.33-32.00 คะแนน

ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ได้ค่าคะแนนระหว่าง 23.89-27.32 คะแนน

ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ได้ค่าคะแนนระหว่าง 14.00-23.88 คะแนน

และแบ่งเกณฑ์ประเมินระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำแนกรายข้อออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าพิสัย (บุญธรรม, 2542) ดังนี้

$$\text{Min} = 1 \text{ Max} = 4 \text{ S.D.} = 1.00 \text{ (} 4 - 1/3 = 1.00 \text{)}$$

ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	3.01- 4.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	2.01- 3.00	คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	1.00 - 2.00	คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ สร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert's Scale) แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 อันดับตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติมาก ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นประโยคบอกเล่า มีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ (Positive or Negative Statement) จำนวน 18 ข้อ ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18 -72 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนนจริง (สูงสุด – ต่ำสุด) เท่ากับ 43 – 72 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล ดังนี้

ข้อความที่เป็นทางบวก (Positive statement)		ข้อความที่เป็นทางลบ (Negative statement)	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	ปฏิบัติเป็นประจำ	1
ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	3	ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	3
ไม่ปฏิบัติเลย	1	ไม่ปฏิบัติเลย	4

การประเมินผล แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้จากค่ามัธยฐานคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ (บุญธรรม, 2542) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ($\bar{X}$) เท่ากับ 59.62 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 6.517 มีระดับคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนการแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ระดับสูง หมายถึง คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนต่ำสุด

พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ได้ค่าคะแนนระหว่าง 62.87 - 72 คะแนน

พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ได้ค่าคะแนนระหว่าง 56.37- 62.86 คะแนน

พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ ได้ค่าคะแนนระหว่าง 43 -56.36 คะแนน

และแบ่งเกณฑ์ประเมินระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำแนกรายข้อออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าพิสัย (บุญธรรม, 2542) ดังนี้

Min = 1 Max= 4 S.D.= 1.00 (4-1/3 = 1.00)

ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	3.01- 4.00	คะแนน
----------	----------------	------------	-------

ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	2.01- 3.00	คะแนน
--------------	----------------	------------	-------

ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	1.00- 2.00	คะแนน
----------	----------------	------------	-------

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาสร้างแบบสอบถาม โดยให้มีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนอคณะกรรมการที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง และนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไข

3. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

3.1 ตรวจสอบความตรง (Content Validity) โดยนำเครื่องมือ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน (ภาควิชา ก) เพื่อตรวจสอบว่าตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด มีความถูกต้องและชัดเจนของการใช้ภาษาเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไข ในด้านของการใช้ภาษา ดัดข้อคำถามบางข้อที่เป็นข้อความปฏิเสธซ้อนปฏิเสธออก และเพิ่มข้อคำถามให้ตรงกับเนื้อหาของการวิจัยเพิ่มขึ้น ให้ตรงตามกับผู้เชี่ยวชาญ เสนอแนะ เพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์

3.2 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามความรู้ใช้วิธี Kuder Richardson (KR-20) ส่วนแบบสอบถามด้านอื่นทดสอบความเชื่อมั่นโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปได้ค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.882 และค่าความเชื่อมั่นของแต่ละส่วน ดังนี้

แบบวัดความรู้	ค่าความเชื่อมั่น = 0.740
แบบวัดทัศนคติ	ค่าความเชื่อมั่น = 0.627
แบบวัดการรับรู้ความรุนแรง	ค่าความเชื่อมั่น = 0.739
แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยง	ค่าความเชื่อมั่น = 0.824
แบบวัดการรับรู้ประโยชน์	ค่าความเชื่อมั่น = 0.744

แบบวัดการรับรู้ปัญหาและอุปสรรค	ค่าความเชื่อมั่น = 0.920
แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	ค่าความเชื่อมั่น = 0.797
แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม	ค่าความเชื่อมั่น = 0.832
แบบวัดพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง	ค่าความเชื่อมั่น = 0.813

4. นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแบบสอบถามขั้นสุดท้าย ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เรื่องขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตการทำวิจัยในคนต่อคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และมารับการตรวจตามนัดที่ห้องตรวจโรค ผู้ป่วยนอกเฉพาะทางศัลยกรรมทรวงอก กองศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. หลังจากได้รับหนังสืออนุญาต ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือและถามความสมัครใจในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตอบแบบสอบถามอย่างอิสระและเก็บแบบสอบถามคืนในวันเดียวกัน เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนจากความคิดของคนอื่นในการตอบแบบสอบถาม
4. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ทุกฉบับ ก่อนนำมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่เก็บได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติวิเคราะห์ ดังนี้ (กัลยา, 2550)

1. ข้อมูลทางชีวสังคม นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะประชากร
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square)
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล และ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)
4. วิเคราะห์หาตัวแปรทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Stepwise Method

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล และ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่มาตรวจตามนัดหลังผ่าตัด ในระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2551 ถึง เดือนมกราคม 2552 จำนวน 101 คน

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการวิเคราะห์ และประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยใช้สถิติค่าไคสแควร์ (χ^2 - test) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์หาตัวแปรทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Stepwise Method

การเสนอผลการวิจัย นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำอธิบาย โดยแบ่งการนำเสนอเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตอนที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ทำการศึกษาดังต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่

2.1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรค และการผ่าตัด

2.1.2 ทักษะคิดต่อการดูแลตนเอง

2.1.3 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและการผ่าตัด

2.1.4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดและการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

2.1.5 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง

2.1.6 การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง

2.1.7 การรับรู้ในความสามารถของตนในการดูแลตนเอง

2.2 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ได้กำหนดไว้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรายละเอียดของแต่ละตอนมีดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยง
หลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม

(n = 101)		
ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	74	73.30
หญิง	27	26.70
2. อายุ (ปี)		
41 – 50 ปี	6	5.90
51 – 60 ปี	27	26.70
61 – 70 ปี	33	32.70
71 – 80 ปี	33	32.70
81 ปีขึ้นไป	2	2.00
$\bar{X} = 65.19$ S.D. = 9.476 สูงสุด = 84 ปี ต่ำสุด = 41 ปี		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	1	1.00
สมรส	86	85.10
หม้าย	12	11.90
หย่า	2	2.00
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	4	4.00
ประถมศึกษา	38	37.60
มัธยมศึกษา / ปวช.	30	29.70
อนุปริญญา / ปวส.	6	5.90
ปริญญาตรี	19	18.80
สูงกว่าปริญญาตรี	4	4.00

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n = 101)		
	ปัจจัยทางชีวสังคม	ร้อยละ
5. อาชีพ		
	รับจ้างทั่วไป	7 6.90
	ค้าขาย	8 7.90
	เกษตรกร	7 6.90
	ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	34 33.70
	ธุรกิจส่วนตัว	10 9.90
	พนักงานบริษัท	6 5.90
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	29 28.80
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	21 20.80
	5,001 – 10,000 บาท	29 28.70
	10,001– 15,000 บาท	13 12.90
	15,001– 20,000 บาท	11 10.90
	20,001– 25,000 บาท	7 6.90
	25,001– 30,000 บาท	6 5.90
	30,001 บาทหรือมากกว่า	14 13.90
$\bar{X} = 19903.47$ S.D. = 19365.067 สูงสุด = 100,000 บาท ต่ำสุด = 0 บาท		
7. โรคประจำตัว		
	เบาหวาน	8 7.90
	ความดันโลหิตสูง	30 29.70
	เบาหวานและความดันโลหิตสูง	22 21.80
	ความดันโลหิตสูงและโรคไต	2 2.00
	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไต	3 3.00
	ไม่มีโรคประจำตัว	33 32.60
	โรคอื่นๆ ระบุ	3 3.00
8. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด		
	มี	16 15.80
	ไม่มี	85 84.20

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.30 มีอายุระหว่าง 61-80 ปี ร้อยละ 65.40 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.60 ประกอบอาชีพรับจ้างราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 33.70 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 28.70 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.40 และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายหลังผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 84.20

ตอนที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วยปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2.1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล

2.1.1 ความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือด

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายชื่อ

(n = 101)				
ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
1	โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เกิดจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยง หัวใจมีการตีบแคบหรืออุดตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ	.93	.255	ระดับสูง
2.	การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นการผ่าตัดโดยใช้ เส้นเลือดดำบริเวณขา เส้นเลือดแดงใต้กระดูกหน้าอก หรือ เส้นเลือดแดงบริเวณแขน ไปต่อเพิ่มเพื่อให้เลือดสามารถไหล ไปเลี้ยงหัวใจได้มากขึ้น	.93	.255	ระดับสูง
3.	เมื่อท่านมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกควรหยุดพักหรือ อมยาใต้ลิ้น	.91	.286	ระดับสูง
4.	การออกกำลังกายติดต่อกัน 15-30 นาที อย่างสม่ำเสมอ สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้	.91	.286	ระดับสูง
5.	ผู้ที่ไขมันในเลือดสูง มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้มากกว่าคนที่ไขมันในเลือดปกติ	.90	.300	ระดับสูง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

(n = 101)				
ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
6.	การสูบบุหรี่ ทำให้หลอดเลือดแข็ง และเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ง่าย	.85	.357	ระดับสูง
7.	ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	.75	.434	ระดับสูง
8.	ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และผู้ที่มีความดันโลหิตสูง มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้มาก	.74	.439	ระดับสูง
9.	คนพอมมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนอ้วน	.67	.471	ระดับปานกลาง
10.	ผู้ที่มีอายุมากมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย	.65	.478	ระดับปานกลาง
11.	โรคหลอดเลือดหัวใจตีบสามารถรักษาให้หายขาดได้ และจะไม่กลับเป็นซ้ำอีก	.58	.495	ระดับปานกลาง
12.	ผู้ที่มีพ่อ แม่ พี่น้อง เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้ง่ายกว่าผู้อื่น	.52	.502	ระดับปานกลาง
13.	ผู้ชาย มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบน้อยกว่าผู้หญิง	.42	.495	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของความรู้ในแต่ละข้ออยู่ในระดับสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เกิดจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจมีการตีบแคบหรืออุดตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ และ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นการผ่าตัดโดยใช้เส้นเลือดดำบริเวณขา เส้นเลือดแดงได้กระดูกหน้าอก หรือเส้นเลือดแดงบริเวณแขนไปต่อเพิ่มเพื่อให้เลือดสามารถไหลไปเลี้ยงหัวใจได้มากขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับคือ .93 รองมาคือ เมื่อท่านมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ควรหยุดพัก หรือ อมยาใต้ลิ้น และ การออกกำลังกายติดต่อกัน 15-30 นาที อย่างสม่ำเสมอสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้ค่าเฉลี่ย .91 ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้มากกว่าคนที่ไม่มีไขมันในเลือดปกติ ค่าเฉลี่ย .90

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

(n = 101)			
	ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	มีค่าคะแนนระหว่าง 10.96 - 13.00	28	27.70
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 8.61 - 10.95	48	47.50
ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนระหว่าง 3.00 - 8.60	25	24.80
$\bar{X} = 9.78$ S.D. = 2.365 สูงสุด = 13 คะแนน ต่ำสุด = 3 คะแนน			

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.50 รองลงมาที่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 27.70

2.1.2 ทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายข้อ

(n = 101)				
ข้อ	ทักษะการดูแลตนเอง	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
1.	การดูแลเอาใจใส่ตนเองอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัดทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ	3.52	.502	ระดับสูง
2.	หลังผ่าตัด การสูบบุหรี่แม้จำนวนไม่มาก หรือนาน ๆ ครั้ง ก็ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้	3.40	.601	ระดับสูง
3.	หลังผ่าตัด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ ช่วยทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดได้ดี และแข็งแรงขึ้น	3.27	.720	ระดับสูง
4.	หลังผ่าตัด ไม่ควรออกกำลังกาย เพราะอาจทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น	3.08	.703	ระดับสูง
5.	เมื่อท่านแก้ปัญหาไม่ได้ เกิดความเครียด ควรรับประทานยาคลายเครียดเพื่อให้รู้สึกดีขึ้น	2.88	.828	ระดับปานกลาง

ตารางที่ 6 (ต่อ)

(n = 101)				
ข้อ	ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
6.	การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นเรื่องที่ยุ่งยาก	2.58	.765	ระดับปานกลาง
7.	การควบคุมอาหาร เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก	2.50	.832	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของทัศนคติในแต่ละข้ออยู่ในระดับสูง 3 อันดับแรกได้แก่ การดูแลเอาใจใส่ตนเองอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัดทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ค่าเฉลี่ย 3.52 รองลงมา คือ หลังผ่าตัดการสูบบุหรี่แม้จำนวนไม่มาก หรือนาน ๆ ครั้ง ก็ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ ค่าเฉลี่ย 3.40 และ หลังผ่าตัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ ช่วยทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดได้ดี และ แข็งแรงขึ้น ค่าเฉลี่ย 3.27 ส่วนค่าเฉลี่ยที่ต่ำสุดในด้านทัศนคติด้านข้อคือ การควบคุมอาหาร เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก มีค่าเฉลี่ย 2.50

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

(n = 101)			
	ระดับทัศนคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	มีค่าคะแนนระหว่าง 22.58 - 28.00	36	35.65
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 19.89 - 22.57	27	26.73
ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนระหว่าง 13.00 - 19.88	38	37.62

$\bar{X} = 21.23$ S.D. = 2.709 สูงสุด = 28 คะแนน ต่ำสุด = 13 คะแนน

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 37.62 รองลงมามีทัศนคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 35.65

2.1.3 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายชื่อ

(n = 101)				
ข้อ	การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
1.	ผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หากไม่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไปนี้ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ ความเครียด และภาวะไขมันในเลือดสูง อาการจะรุนแรงมากขึ้น	3.57	.517	ระดับสูง
2.	โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาจทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง จนเสียชีวิตได้ทันทีตลอดเวลา	3.43	.606	ระดับสูง
3.	โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่พบมากในปัจจุบัน	3.32	.488	ระดับสูง
4.	หลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ เช่น ภาวะปอดอักเสบ แผลผ่าตัดติดเชื้อ	3.30	.671	ระดับสูง
5.	ผู้ที่เคยได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหากกลับเป็นซ้ำอีก การผ่าตัดจะทำได้ยากขึ้น	3.08	.688	ระดับสูง
6.	โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นแล้ว ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ต้องรักษาไปตลอดชีวิต	2.91	.694	ระดับปานกลาง
7.	การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ เช่น ไตวาย อัมพฤกษ์- อัมพาต ภาวะตกเลือดหลังผ่าตัด	2.85	.740	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงในแต่ละข้ออยู่ในระดับสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หากไม่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไปนี้ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ ความเครียด และภาวะไขมันในเลือดสูงอาการจะรุนแรงมากขึ้น มีค่าเฉลี่ย 3.57 รองลงมา คือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาจทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง จนเสียชีวิตได้ทันทีตลอดเวลา ค่าเฉลี่ย 3.43 และ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่พบมากในปัจจุบัน ค่าเฉลี่ย 3.32 ส่วนค่าเฉลี่ยที่ต่ำสุดของการรับรู้ความรุนแรง คือ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ เช่น ไตวาย อัมพฤกษ์- อัมพาต ภาวะตกเลือดหลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ย 2.85

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด

(n = 101)

	ระดับการรับรู้ความรุนแรง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	มีค่าคะแนนระหว่าง 23.71 - 28.00	22	21.80
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 21.01 - 23.70	42	41.60
ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนระหว่าง 15.00 - 21.00	37	36.60

$\bar{X} = 22.46$ S.D. = 2.748 สูงสุด = 28 คะแนน ต่ำสุด = 15 คะแนน

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.60 รองลงมาคือ มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับต่ำ ร้อยละ 36.60

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำแนกเป็นรายชื่อ

(n = 101)

ข้อ	การรับรู้โอกาสเสี่ยง	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
1.	การขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	3.41	.533	ระดับสูง
2.	การสูบบุหรี่หลังผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	3.38	.507	ระดับสูง
3.	หลังผ่าตัด หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ และควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	3.26	.541	ระดับสูง
4.	การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เช่น ปอดแฟบ แผลผ่าตัดติดเชื้อ ส่วนหนึ่งเกิดจากการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง	3.22	.599	ระดับสูง
5.	หากท่านไม่ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำได้อีก	3.17	.584	ระดับสูง

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงในแต่ละข้ออยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.17 – 3.41

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

(n = 101)			
	ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	มีค่าคะแนนระหว่าง 17.39 - 20.00	27	26.70
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 15.41 - 17.38	30	29.70
ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนระหว่าง 13.00 - 15.40	44	43.60
$\bar{X} = 16.43$ S.D. = 1.931 สูงสุด = 20 คะแนน ต่ำสุด = 13 คะแนน			

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.60 รองลงมาคือ มีการรับรู้ความโอกาสเสี่ยงในระดับปานกลาง ร้อยละ 29.70

2.1.4 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายข้อ

(n = 101)				
ข้อ	การรับรู้ประโยชน์	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
1.	การดูแลตนเอง ด้วยการมาตรวจตามนัดเป็นประจำ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง และเบาหวานให้ปกติ ช่วยลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค หลอดเลือดหัวใจตีบได้	3.62	.487	ระดับสูง
2.	การดูแลตนเอง ด้วยการพักผ่อนและนอนหลับให้เพียงพอ จะ ทำให้หัวใจ และร่างกายแข็งแรง ดำรงชีวิตประจำวันได้ ตามปกติ	3.51	.522	ระดับสูง

ตารางที่ 12 (ต่อ)

(n = 101)				
ข้อ	การรับรู้ประโยชน์	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
3.	การดูแลตนเอง ด้วยการหมั่นสังเกตอาการผิดปกติ และ แผล ผ่าตัด ช่วยให้มาพบแพทย์ได้ในระยะแรก และแก้ไขความ ผิดปกติได้ทันเวลาที่	3.50	.502	ระดับสูง
4.	การดูแลตนเอง ด้วยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 15-30 นาที ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจตีบซ้ำได้	3.44	.555	ระดับสูง
5.	การดูแลตนเอง ด้วยการฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี และ ไออย่าง มีประสิทธิภาพ ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนของปอดภายหลัง การผ่าตัดได้	3.39	.632	ระดับสูง

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในแต่ละข้ออยู่ในระดับสูง โดยมี
ค่าเฉลี่ย 3.39 – 3.62

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแล
ตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

(n = 101)			
	ระดับการรับรู้ประโยชน์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	มีค่าคะแนนระหว่าง 18.48 - 20	38	37.62
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 16.46 – 18.47	26	25.74
ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนระหว่าง 14 – 16.45	37	36.64

$\bar{X} = 17.47$ S.D. = 2.023 สูงสุด = 20 คะแนน ต่ำสุด = 14 คะแนน

จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลัง
การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 37.62 รองลงมา คือ มีการรับรู้ประโยชน์
ของการดูแลตนเองในระดับต่ำ ร้อยละ 36.64

2.1.5 การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยง หลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการ
ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายข้อ

(n = 101)

ข้อ	การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
1.	การมาพบแพทย์ตามนัดหลังการผ่าตัดเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก	3.17	.679	ระดับสูง
2.	การหาเวลา และ สถานที่ ในการออกกำลังกายตามที่แพทย์ พยาบาลแนะนำ ก่อนข้างลำบาก	3.09	.567	ระดับสูง
3.	ยาที่รับประทานมีหลายชนิด ทำให้เกิดการสับสนไม่สามารถ รับประทานได้ครบและถูกต้อง	3.00	.693	ระดับสูง
4.	เมื่อมีความสงสัยในเรื่องการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด ท่านไม่กล้าซักถาม แพทย์ หรือพยาบาล	2.95	.712	ระดับ ปานกลาง
5.	การดูแลตนเองหลังผ่าตัด มีรายละเอียดมาก ไม่สามารถ จำได้หมด	2.95	.654	ระดับ ปานกลาง
6.	แพทย์ และ / หรือ พยาบาล อธิบายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ด้วยภาษาที่เข้าใจยาก	2.93	.697	ระดับ ปานกลาง
7.	การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อหัวใจ และร่างกาย เช่น อาหารที่มีไขมันน้อย อาหารเค็มน้อย เป็นสิ่งที่ปฏิบัติ ได้ยาก	2.84	.758	ระดับ ปานกลาง

จากตารางที่ 14 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ปัญหาและอุปสรรค ในแต่ละข้อ อยู่ในระดับสูง 3 อันดับแรก คือ การมาพบแพทย์ตามนัด หลังการผ่าตัดเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก มีค่าเฉลี่ย 3.17 รองลงมา คือ การหาเวลา และ สถานที่ ในการออกกำลังกายตามที่แพทย์ พยาบาลแนะนำ ก่อนข้าง ลำบาก ค่าเฉลี่ย 3.09 และ ยาที่รับประทานมีหลายชนิด ทำให้เกิดการสับสนไม่สามารถรับประทาน ได้ครบและถูกต้อง มีค่าเฉลี่ย 3.00 ส่วนค่าเฉลี่ยที่ต่ำสุดของการรับรู้ปัญหาและอุปสรรค คือ การเลือก รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อหัวใจ และร่างกาย เช่น อาหารที่มีไขมันน้อย อาหารเค็มน้อย เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก มีค่าเฉลี่ย 2.84

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

(n = 101)

	ระดับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	มีค่าคะแนนระหว่าง 22.71 - 28	17	16.83
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 19.11 - 22.70	66	65.35
ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนระหว่าง 7.00 - 19.10	18	17.82

$\bar{X} = 20.93$ S.D. = 3.573 สูงสุด = 28 คะแนน ต่ำสุด = 7 คะแนน

จากตารางที่ 15 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.35 รองลงมาคือ มีการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองในระดับต่ำ ร้อยละ 17.82

2.1.6 การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายข้อ

(n = 101)

ข้อ	การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
1.	ท่านสามารถทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ทำให้มีสุขภาพที่ดี	3.34	.496	ระดับสูง
2.	เมื่อท่านมีอาการผิดปกติหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ท่านสามารถไปพบแพทย์เพื่อขอคำแนะนำ และการรักษาได้เสมอ	3.29	.554	ระดับสูง
3.	ท่านสามารถรับประทานยาทุกชนิด ได้ถูกต้องตามแพทย์สั่ง	3.29	.535	ระดับสูง
4.	ท่านสามารถรับประทานอาหาร รสเค็มจัด หวานจัด และ มีไขมันสูง เพราะรู้ว่าไม่มีประโยชน์ต่อร่างกายและ ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำได้อีก	3.23	.631	ระดับสูง

ตารางที่ 16 (ต่อ)

(n = 101)				
ข้อ	การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
5.	ท่านสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรค หลอดเลือดหัวใจได้ เช่น การควบคุม ความดันโลหิต ควบคุมเบาหวาน การงดสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนักตัว และ การควบคุมอาหาร	3.23	.691	ระดับสูง
6.	ท่านเชื่อว่า ถ้าสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง จะไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด หัวใจ	3.16	.596	ระดับสูง
7.	ท่านสามารถทำงานได้ตามปกติ ทั้งงานนอกบ้าน และ ในบ้านหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	2.95	.654	ระดับ ปานกลาง
8.	ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายภายหลังการ ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้เอง	2.99	.574	ระดับ ปานกลาง
9.	ท่านไม่สามารถนอนหลับสนิทได้ในช่วงเวลากลางคืน โดยไม่ รับประทานยานอนหลับ	2.91	.789	ระดับ ปานกลาง
10.	การดูแลตนเองหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่ยากสำหรับท่านเพราะท่าน ไม่มีความรู้	2.86	.775	ระดับ ปานกลาง
11.	ท่านไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้ด้วยตนเอง	2.71	.698	ระดับ ปานกลาง
12.	ท่านสามารถดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด หัวใจได้โดยไม่ต้องพึ่งพา หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น	2.40	.813	ระดับ ปานกลาง

จากตารางที่ 16 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนในแต่ละข้อ อยู่ในระดับสูง 3 อันดับแรก คือ ท่านสามารถทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ได้อย่างถูกต้อง ทำให้มีสุขภาพที่ดี มีค่าเฉลี่ย 3.34 รองลงมาคือ เมื่อท่านมีอาการผิดปกติหลัง ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ท่านสามารถไปพบแพทย์เพื่อขอคำแนะนำ และการรักษา ได้เสมอ และ ท่านสามารถรับประทานยาทุกชนิด ได้ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ 3.29 ส่วนค่าเฉลี่ยที่ต่ำสุดของการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ คือ ท่านสามารถดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด หัวใจได้โดยไม่ต้องพึ่งพา หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นมีค่าเฉลี่ย 2.40

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

(n = 101)

	ระดับการรับรู้ความสามารถของตน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	มีค่าคะแนนระหว่าง 38.49- 48	28	27.70
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 34.21-38.48	32	31.70
ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนระหว่าง 26.00-34.20	41	40.60

$\bar{X} = 36.35$ S.D. = 4.298 สูงสุด = 48 คะแนน ต่ำสุด = 26 คะแนน

จากตารางที่ 17 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.60 รองลงมาคือ มีการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.70

2.2 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายชื่อ

(n = 101)

ข้อ	แรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
1.	สมาชิกในครอบครัวพูดคุยให้กำลังใจท่านสม่ำเสมอ	3.42	.553	ระดับสูง
2.	ท่านได้รับคำแนะนำ และ อธิบายเกี่ยวกับโรค อาการ แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จากแพทย์ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	3.41	.551	ระดับสูง
3.	สมาชิกในครอบครัวของท่านให้ความช่วยเหลือท่านทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ	3.40	.567	ระดับสูง
4.	สมาชิกในครอบครัวของท่านคอยสอบถามอาการเจ็บป่วยของท่านสม่ำเสมอ	3.33	.634	ระดับสูง

ตารางที่ 18 (ต่อ)

(n = 101)				
ข้อ	แรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
5.	สมาชิกในครอบครัวจัดหาอาหารที่มีประโยชน์มาให้ท่านรับประทานอย่างสม่ำเสมอ	3.21	.653	ระดับสูง
6.	ท่านได้รับเอกสารแผ่นพับแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นคู่มือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	3.09	.722	ระดับสูง
7.	ความรู้จากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ วิทยู โททัศน์ และอินเทอร์เน็ต ช่วยกระตุ้นให้ท่านสนใจดูแลตนเองมากขึ้น	2.99	.685	ระดับปานกลาง
8.	ท่านสามารถโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่รักษาได้ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด	2.78	.820	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 18 พบว่า ค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม ในแต่ละข้อ อยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ อันดับแรก คือ สมาชิกในครอบครัวพูดคุยให้กำลังใจท่านสม่ำเสมอ มีค่าเฉลี่ย 3.42 และ ส่วนค่าเฉลี่ยที่ต่ำสุดของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีค่าเฉลี่ย 2.7

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

(n = 101)			
	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	มีค่าคะแนนระหว่าง 27.33 - 32	32	31.70
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 23.89 - 27.32	28	27.70
ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนระหว่าง 14.00 - 23.88	41	40.60

$\bar{X} = 25.61$ S.D. = 3.447 สูงสุด = 32 คะแนน ต่ำสุด = 14 คะแนน

จากตารางที่ 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.60 รองลงมาคือ มีแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในระดับสูงร้อยละ 37.70

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำ
ทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด
ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายข้อ

(n = 101)

ข้อ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
1.	ท่านสูบบุหรี่	3.89	.422	ระดับสูง
2.	ท่านมาตรวจตามแพทย์นัด	3.85	.384	ระดับสูง
3.	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.81	.417	ระดับสูง
4.	ท่านรับประทานอาหารจานด่วน เช่น แฮมเบอร์เกอร์ มันทิ้งทอด	3.68	.528	ระดับสูง
5.	ท่านชอบรับประทานอาหารรสเค็มจัด	3.49	.716	ระดับสูง
6.	ท่านดื่ม ชา กาแฟ น้ำอัดลม	3.32	.799	ระดับสูง
7.	ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ	3.31	.784	ระดับสูง
8.	ท่านรับประทานอาหารทะเลประเภท กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม	3.30	.671	ระดับสูง
9.	ท่านสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ขาบวม ชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ แผลผ่าตัดบวมแดง	3.26	.879	ระดับสูง
10.	เมื่อมีอาการท้องผูก ท่านเบ่งถ่ายอุจจาระ	3.25	.888	ระดับสูง
11.	ท่านรับประทานอาหารประเภท ผัก ผลไม้	3.21	.683	ระดับสูง
12.	ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ไข่แดง แกงกะทิ ปาต่องไก่ ข้าวขาหมู หรือ เนื้อสัตว์ติดมัน	3.13	.673	ระดับสูง
13.	ท่านออกกำลังกาย เช่น เดินหรือวิ่ง 15-30 นาที/ครั้งอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์	3.09	.928	ระดับสูง
14.	ท่านสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายภายหลังการ รับประทานยาแต่ละชนิด	3.04	.948	ระดับสูง
15.	ท่านรับประทานอาหารหวาน และขนมต่าง ๆ	3.01	.671	ระดับสูง
16.	ท่านหยุดออกกำลังกายเมื่อท่านรู้สึกหายใจลำบาก ใจสั่น หรือ มีเหงื่อออกมากผิดปกติ	3.00	1.010	ระดับ ปานกลาง
17.	ท่านควบคุมน้ำหนักตัว	2.97	.943	ระดับ ปานกลาง
18.	ท่านไปพบแพทย์/ พยาบาล เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น มึนงง เหงื่อออกมาก	2.95	.931	ระดับ ปานกลาง

จากตารางที่ 20 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ 3 อันดับแรก ได้แก่ ท่านสูบบุหรี่ ค่าเฉลี่ย 3.89 รองลงมาคือท่านมาตรวจตามแพทย์นัด ค่าเฉลี่ย 3.85 และ ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ค่าเฉลี่ย 3.81 ส่วนค่าเฉลี่ยที่ต่ำสุด ของพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วย ภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำแนกเป็นรายชื่อ คือ ท่านไปพบแพทย์ / พยาบาล เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น มึนงง เหงื่อออกมาก มีค่าเฉลี่ย 2.95

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

(n = 101)			
	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	มีค่าคะแนนระหว่าง 62.87 - 72	26	25.74
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนระหว่าง 56.37- 62.86	46	45.55
ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนระหว่าง 43-56.36	29	28.71

$\bar{X} = 59.62$ S.D. = 6.517 สูงสุด = 72 คะแนน ต่ำสุด = 43 คะแนน

จากตารางที่ 21 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.55 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 28.71

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ได้กำหนดไว้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การวิเคราะห์ในส่วนนี้ใช้การวิเคราะห์ค่าไคสแควร์ (Chi-square test) ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

(n=101)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง			รวม	χ²	p-value
	จำนวนร้อยละ					
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
1. เพศ					1.421	.491
ชาย	21 (20.79)	36 (35.64)	17 (16.83)	74 (73.26)		
หญิง	8 (7.92)	10 (9.90)	9 (8.91)	27 (26.73)		
2. อายุ (ปี)					6.780*	.034
ต่ำกว่า 60 ปี	15 (14.90)	12 (11.90)	6 (5.90)	33 (32.70)		
สูงกว่า 60 ปี	14 (13.80)	34 (33.63)	20 (19.90)	68 (67.30)		
3. สถานภาพสมรส					3.362	.186
โสด /หม้าย/ หย่า /แยก	7 (6.90)	4 (4.00)	4 (4.00)	15 (14.90)		
สมรส	22 (21.80)	42 (41.50)	22 (21.80)	86 (85.10)		
4. ระดับการศึกษา					3.437	.488
ไม่ได้ศึกษา และ	11 (10.90)	17 (16.80)	14 (13.90)	42 (41.60)		
ประถมศึกษา						
มัธยมศึกษา /	11 (10.90)	13 (12.90)	6 (5.90)	30 (29.70)		
อนุปริญญา						
ปริญญา /สูงกว่าปริญญา	7 (6.93)	16 (15.84)	6 (5.90)	29 (28.70)		

ตารางที่ 22 (ต่อ)

(n=101)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง			รวม	χ^2	p-value
	จำนวนร้อยละ					
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
5. อาชีพ					2.123	.908
รับจ้าง / เกษตรกร	4 (4.0)	5 (4.95)	5 (4.95)	14 (13.90)		
ค้าขาย /ธุรกิจส่วนตัว	4 (4.0)	10 (9.90)	4 (4.0)	18 (17.8)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ / พนักงานบริษัท	11 (10.9)	19 (18.8)	10 (9.90)	40 (39.6)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10 (9.90)	12 (11.90)	7 (6.93)	29 (28.7)		
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					5.661	.932
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	5 (5.00)	10 (9.90)	6 (5.90)	21 (20.80)		
5,001 – 10,000 บาท	8 (7.90)	13 (12.90)	8 (7.90)	29 (28.70)		
10,001–15,000 บาท	4 (4.00)	4 (4.00)	5 (4.00)	13 (12.90)		
15,001– 20,000 บาท	3 (3.00)	5 (5.00)	3 (3.00)	11 (10.90)		
20,001–25,000 บาท	1 (1.00)	5 (5.00)	1 (1.00)	7 (6.90)		
25,001–30,000 บาท	2 (2.00)	3 (3.00)	1 (1.00)	6 (5.90)		
30,001 บาท หรือมากกว่า	6 (5.90)	6 (5.90)	2 (2.00)	14 (13.90)		

ตารางที่ 22 (ต่อ)

(n=101)						
ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง			รวม	χ ²	p-value
	จำนวนร้อยละ					
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
7. โรคประจำตัว					7.82	.676
มีโรคประจำตัว	18 (17.80)	33 (32.70)	18 (17.80)	69 (68.30)		
ไม่มีโรคประจำตัว	11 (10.90)	13 (12.90)	8 (7.90)	32 (31.70)		
8. ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด					4.87	.784
มี	5 (5.00)	8 (7.90)	3 (3.00)	16 (15.90)		
ไม่มี	24 (23.70)	38 (37.60)	23 (30.00)	85 (84.10)		

* P< .05

ตารางที่ 23 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

(n = 101)

ปัจจัยทางชีวสังคม	χ^2	p-value
เพศ	1.421	.491
อายุ	6.780*	.034
สถานภาพสมรส	3.362	.186
ระดับการศึกษา	3.437	.488
อาชีพ	2.123	.908
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	6.605	.883
โรคประจำตัว	.782	.676
ภาวะแทรกซ้อน	.487	.784

* P< .05

จากตารางที่ 22 และ 23 พบว่าปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยทางชีวสังคมอื่น ๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานเพียงบางส่วน

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน ในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หมายถึง ดัชนีที่ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว หรือมากกว่า 2 ตัว ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง $+1$ ดังนี้

ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นลบแสดงว่าตัวแปรทั้งสองนั้นมีความสัมพันธ์ในทางกลับกัน คือ ถ้าตัวแปรตัวหนึ่งมีค่าสูง ตัวแปรอีกตัวหนึ่งมีแนวโน้มที่จะมีค่าต่ำ และ ถ้าตัวแปรตัวหนึ่งมีค่าต่ำ ตัวแปรอีกตัวหนึ่งมีแนวโน้มที่จะมีค่าสูง

ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นบวก แสดงว่าตัวแปรทั้งสองนั้น มีความสัมพันธ์ในทางเดียวกัน คือถ้าตัวแปรหนึ่งมีค่าสูงตัวแปรอีกตัวหนึ่งก็มีแนวโน้มที่จะมีค่าสูงด้วย

ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นศูนย์แสดงว่าตัวแปรทั้งสองนั้นไม่มีความสัมพันธ์กัน (กัลยา, 2550)

การพิจารณาว่าตัวแปร 2 ตัวนั้นมีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใด พิจารณาได้จากตัวเลขของค่าสัมประสิทธิ์ ดังนี้ (กัลยา, 2550)

1. เมื่อ r มีค่า 0.8 ขึ้นไป ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง
2. เมื่อ r มีค่า 0.6 - 0.8 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างสูง
3. เมื่อ r มีค่า 0.4 - 0.6 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
4. เมื่อ r มีค่า 0.2 - 0.4 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำ
5. เมื่อ r มีค่าต่ำกว่า 0.2 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

(n = 101)

ปัจจัยภายในตัวบุคคล	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด	-.094	.352
ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง	.255*	.010
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.186	.063
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.053	.596
การรับรู้ประโยชน์	.209*	.036
การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค	.248*	.012
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.411**	.000

* $P < .05$ ** $P < .01$

จากตารางที่ 24 พบว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการผ่าตัด การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับเป็นซ้ำของ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ แต่ ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ 2 เป็นบางส่วน

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ตารางที่ 25 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกตัวบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

(n = 101)

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	.408**	.000

** P< .01

จากตารางที่ 25 พบว่า ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ 3

สมมติฐานที่ 4 ตัวแปรจากปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะการรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด และ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise Method)

ความหมายตามตาราง

R	หมายถึง สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R ²	หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์ภาพการทำนาย
R ² Change	หมายถึง ค่าประสิทธิภาพการทำนายที่เปลี่ยนแปลงเมื่อสมการเปลี่ยน
F	หมายถึง ค่าสถิติทดสอบ

ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แสดงตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยง
หลอดเลือดหัวใจ

ลำดับ ที่	ตัวแปรทำนาย	R	R ²	Adjusted R ²	R ² Change	F-change
1	การรับรู้ความสามารถของตนใน การดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด	.411	.169	.161	.169	20.122**
2	อายุ	.480	.231	.215	.062	7.848**
3	แรงสนับสนุนทางสังคม	.528	.279	.256	.048	6.477**

ตารางที่ 27 รูปแบบสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ลำดับ ที่	ตัวแปรทำนาย	b	Std.Error	Beta	t	p-value
1.	การรับรู้ความสามารถของตนใน การดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด	.466	.154	.307	3.033**	.003
2.	อายุ	.166	.060	.242	2.779**	.007
3.	แรงสนับสนุนทางสังคม	.485	.190	.256	2.545**	.013
	ค่าคงที่	19.434	6.797	-	2.859	.005

** P< .01

จากตารางที่ 26 และ 27 พบว่า เมื่อนำตัวแปรอิสระทั้งหมด ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล รวม 17 ตัวแปร มาใช้ในการทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เทคนิควิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบเป็นขั้นตอน และ นำตัวแปรทั้งหมดหาความสัมพันธ์ตามเงื่อนไข พบว่า มีตัวแปรอิสระ 3 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อายุ และ แรงสนับสนุนทางสังคม ที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดทำทาง เบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายร้อยละ 27.9 ($R^2 = .279$) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางของความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ความสามารถของตน อายุ และ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

จากการวิเคราะห์ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้ เป็นอันดับแรก ซึ่งทำนายได้ร้อยละ 16.1 (Adjust $R = .161$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง ($Beta = .307$) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก แสดงว่า การรับรู้ ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง มีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มา รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นร้อยละ 16.9 เมื่อ เพิ่มตัวทำนาย คือ อายุเข้าไป สามารถเพิ่มอำนาจการทำนายพฤติกรรมดูแลตนเอง ได้อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ อีกร้อยละ 6.2 ($R^2_{\text{Change}} = .62$) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง ($Beta = .242$) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก และ เมื่อเพิ่มตัวทำนาย คือ แรงสนับสนุนทางสังคม เข้าไปสามารถเพิ่ม อำนาจการทำนายพฤติกรรมดูแลตนเอง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกร้อยละ 4.8 ($R^2_{\text{Change}} = .48$) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง ($Beta = .256$) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก

ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน สรุปได้ว่า ตัวแปรที่สามารถ ร่วมทำนายพฤติกรรม มี จำนวน 3 ตัว ได้แก่ ตัวแปรจากปัจจัยภายในตัวบุคคล คือ การรับรู้ความสามารถ ของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด ตัวแปรจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุน ทางสังคม และ ปัจจัยทางชีวสังคม คือ อายุ มีอำนาจการทำนายได้ร้อยละ 27.9 และตัวแปรทำนายที่ดี ที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง

สามารถเขียนสมการการทำนายได้ดังนี้

สมการในรูปแบบคะแนนดิบ คือ

$$Y = b_0 + b_1(x_1) + b_2(x_2) + b_3(x_3)$$

พฤติกรรมการดูแลตนเอง = 19.434 + .466 (การรับรู้ความสามารถของตน)
1.66 (อายุ) + .485 (แรงสนับสนุนทางสังคม)

สมการในรูปค่าคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z = B_1(Z_1) + B_2(Z_2) + B_3(Z_3)$$

พฤติกรรมการดูแลตนเอง = .307 (การรับรู้ความสามารถของตน)
.242 (อายุ) + .256 (แรงสนับสนุนทางสังคม)

ข้อวิจารณ์

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีประเด็นสำคัญ นำมาเป็นข้อวิจารณ์ได้ 3 ประเด็น ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.55 รองลงมา คือระดับต่ำ ร้อยละ 28.71 และระดับสูง ร้อยละ 25.74 และเมื่อพิจารณาจากการตอบแบบสอบถามรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ยังมีพฤติกรรมการสังเกตอาการตนเอง และพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหาร ไม่ถูกต้อง Orem (1980) กล่าวว่า มนุษย์มีความรับผิดชอบต่อการดูแลตนเองและการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ ซึ่งการดูแลตนเองเป็นผลรวมจากประสบการณ์ สิ่งแวดล้อม และความสามารถเฉพาะบุคคล เป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดผลดีต่อตนเอง ฉะนั้นการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในด้านต่าง ๆ ให้เพิ่มมากขึ้น

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

การวิจัยในครั้งนี้ได้ตั้งสมมติฐานเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งผลจากการวิจัยมีดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จากผลการวิจัย พบว่า

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.30 อธิบายได้ว่าเป็นไปตามอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ อภิชาติ และศรีนัย (2546) ว่าเพศชายมีโอกาสดเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าเพศหญิง 3-5 เท่า และจากแนวคิดของ Orem (1985) กล่าวว่าเพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกความแตกต่างทางด้านร่างกาย และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านค่านิยม และยังเป็นตัวกำหนดบทบาทของบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคมอีกด้วย ดังนั้นเพศที่ต่างกันจึงมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน แต่เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ ด้าน สาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเป็นวัยสูงอายุ และมีการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน จึงมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองคล้าย ๆ กัน จึงทำให้เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินตา (2546) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดบาย พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดบาย เป็นเพศชาย และเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และสอดคล้องกับ รัศมี (2548) ที่ศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี ที่มีเพศแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่าง

อายุ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล อายุเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับสิ่งใหม่ ผู้ที่มีอายุแตกต่างกัน ย่อมมีสภาพจิตใจ อารมณ์ แนวความคิด และประสบการณ์ในการดำรงชีวิตที่แตกต่างกัน

อันเป็นผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน Orem (1991) กล่าวว่า มนุษย์มีความรับผิดชอบต่อการดูแลตนเองและการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ ซึ่งการดูแลตนเองเป็นผลรวมจากประสบการณ์ สิ่งแวดล้อม และความสามารถเฉพาะบุคคล เป็นการปฏิบัติเพื่อบำรุงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดผลดีต่อตนเอง ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีเวลาพักผ่อนมากขึ้น มีเวลาให้ความสนใจ และเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนมากขึ้น และมีความต้องการที่จะมีอายุยืนยาวเพื่อความสำเร็จของบุตรหลาน รวมถึงได้ผ่านประสบการณ์ ในเรื่องการรักษามาเป็นเวลานาน เพราะเป็นโรคที่เรื้อรัง จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้มีอายุน้อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ รัศมี (2548) ที่ได้ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน ระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05

สถานภาพสมรส พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จึงอธิบายว่าสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพลินดา (2546) ซึ่งศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่หลอดเลือดบาย พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่หลอดเลือดบาย

ระดับการศึกษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของเพลินดา (2546) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่หลอดเลือดบาย พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รัศมี (2548) ซึ่งศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจส่วนใหญ่ร้อยละ 40.8 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และพบว่าการศึกษาที่แตกต่างกันของผู้ป่วยมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจหลังผ่าตัดมีการศึกษาหลายระดับแต่มีการได้รับความรู้หรือคำแนะนำจากแพทย์มากขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจที่จะดูแลตนเองมากขึ้น จึงทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น จึงไม่พบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับการศึกษาที่ต่างกัน

อาซิฟ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มารับผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเกษียณอายุแล้ว ดังนั้นจึงพบว่าอาซิฟไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของเพลินดา (2546) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่หลอดเลือดบาย พบว่า อาซิฟ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และ สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ (2545) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของญาติในการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจใน โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี และ โรงพยาบาล เลิศสิน พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม คือ เพศ อายุ อาซิฟ สถานภาพ การศึกษา และรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินดา (2546) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับ การขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่หลอดเลือดบาย พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ แต่ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1987) ที่กล่าวว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองต่อ ความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีอายุสูงกว่า 60 ปีขึ้นไป อยู่บ้านเฉยๆกับบุตรหลานและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ให้การดูแล สนับสนุน ดังนั้นรายได้จึงไม่มีผลกับผู้ป่วย และพฤติกรรมการดูแลตนเองจะเกิดขึ้นเกี่ยวเนื่องมาจากความ ตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพของแต่ละบุคคล หากได้คำนึงถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพก็จะมีการ ปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่า

โรคประจำตัว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ส่วนใหญ่จะมีปัจจัยเสี่ยงมาจาก โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงร่วมด้วย เป็นผล ทำให้ หลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) นิธิ และคณะ (2543) และโรคดังกล่าวเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจึงมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเอง

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

สรุปได้ว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เหลือต่อเดือน โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีเพียงอายุเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงยอมรับสมมุติฐานที่ 1 เพียงบางส่วน

สมมุติฐานที่ 2 ปัจจัยภายในตัวบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จากผลการวิจัย พบว่า

ความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรค และการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.50 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดค่อนข้างมาก ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ และจากสื่อต่าง ๆ แต่พฤติกรรมดูแลตนเองอาจเป็นไปตามความเคยชินที่เคยปฏิบัติ ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม แม้ว่าความรู้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติด้านสุขภาพของบุคคล แต่ต้องอาศัยปัจจัยอื่น ๆ อีกมาก ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดแรงจูงใจของบุคคลที่จะใช้ความรู้ที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติตน หรือกระทำการต่าง ๆ ได้ โดยสรุปก็คือความรู้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่ความรู้อย่างเดียวยังไม่เป็นการเพียงพอสำหรับที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1980) ที่กล่าวว่า แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จิตใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้รับรู้ถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนุชรรัตน์ (2549) ที่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล

ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่าทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย อธิบายว่าผู้ป่วยที่มีทัศนคติต่อการดูแลตนเองที่ดี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของ (Green , 1980) ซึ่งกล่าวว่า เจตคติหรือ ทัศนคติ คือ แนวโน้มของจิตใจ หรือความรู้สึกที่คงที่ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์เป็นผลมาจากประสบการณ์และความเชื่อที่สะสมกันมานาน และผ่านการประเมินคุณค่าว่ามีลักษณะดีหรือไม่ดี พฤติกรรมของบุคคลนั้นจะเป็นไปตามทิศทางนั้นตามทัศนคติของตน เช่นเดียวกับแนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติที่เป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรม ทัศนคติเป็นผลรวมของความเชื่อความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งนั้นในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย สอดคล้องกับทฤษฎี PRECEDE model (กองสุขศึกษา, 2542) ซึ่งกล่าวว่า ทัศนคติเป็นหนึ่งในปัจจัยนำซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม ทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ และการมีประสบการณ์มากกว่าเป็นสิ่งที่เกิดเองตามธรรมชาติ ซึ่งตรงกับผลการวิจัยของ ลัดดาวัลย์ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และ สอดคล้องกับ ปิยาภรณ์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าทัศนคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิจัยพบว่า ระดับของการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.6 แสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ แต่เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคเรื้อรัง มีการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และเกิดความละเลยที่จะปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง รวมถึงผู้ป่วยอาจคิดว่าความรุนแรงนั้นคงไม่เป็นอันตรายถึงชีวิตและสามารถแก้ไขได้ สอดคล้องกับ รัศมี (2548) ได้ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าการรับรู้

ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี และ สอดคล้องกับ เพลินตา(2546) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดบาย ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้โอกาสเสี่ยง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิจัยพบว่าระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.6 จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไว้ว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัติ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้นจะเกิดผลดีในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด และช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ และ Becker (1978) ได้กล่าวว่าแม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันโรคหรือพฤติกรรมดูแลสุขภาพจะไม่แสดงออกจนกว่าจะมีความเชื่อว่า โรคนั้นมีอันตราย สามารถทำลายชีวิตหรืออาจมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายและมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม ซึ่งจะช่วยให้มีการตัดสินใจทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินตา (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดบาย ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ต้องรับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดบาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชรรัตน์ (2549) ซึ่งได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การรับรู้ประโยชน์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 37.62 สอดคล้องกับการศึกษาของ รัศมี (2548) ซึ่งได้ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หมายความว่าเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาที่ดี จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย และ สอดคล้องกับลัดดาวัลย์ (2545) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และ ยังสอดคล้องกับ แนวคิดของ Becker (1974) ที่ว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือ ในการรักษาโรคของผู้ป่วยและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยได้แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองกล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูงก็มีแนวโน้มว่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีด้วย เนื่องจากการรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยภายในอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมตามการรับรู้ของตน ดังนั้นผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์แตกต่างกันย่อมทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมแตกต่างกันด้วย

การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค พบว่า การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 65.35 จากแนวคิดของ Becker (1974) ได้สรุปผลการศึกษารูปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่าบุคคลต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วยซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรม การให้ความร่วมมือในการป้องกันโรค และ การรักษาได้ สอดคล้องกับ ปิยาภรณ์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด

หัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับ วราลักษณ์ (2545) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า คุณลักษณะภายในตัวบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหัวใจโคโรนารี การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจโคโรนารี การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหัวใจโคโรนารี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลองซ้ำ

การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับ Orem ที่กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพว่าบุคคลมีความต้องการ การเรียนรู้ เข้าใจ และมองเห็นคุณค่าในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดกระบวนการในการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และ Bandura (1977) กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการกระทำที่จะเกิดขึ้นสูง บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำ จะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการกระทำที่จะเกิดขึ้นต่ำ และมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ความมั่นใจในความสามารถของตนจึงเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพสูง จะมีความคาดหวังถึงผลของการกระทำนั้นสูงด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองดี สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ชีวสา และคณะ (2551) ซึ่งได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และ พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปได้ว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการผ่าตัด การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด

ทัศนคติต่อการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด และการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ดังนั้นจึงยอมรับสมมุติฐานที่ 2 เพียงบางส่วน

สมมุติฐานที่ 3 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จากผลการวิจัย พบว่า

แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ร้อยละ 40.6 และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับ ปิยาภรณ์ (2549) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินตา (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดบาย-pass ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่าความสัมพันธ์ ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดบาย-pass อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ รัศมี (2548) ซึ่งศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านเครื่องมือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปได้ว่า ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่ศึกษา คือ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น จึงยอมรับสมมุติฐานที่ 3

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานที่ 4 ตัวแปรจากปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล และ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวเดียว ผลการวิจัยพบว่า

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า มีตัวแปรร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง 3 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อายุ และ แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้ร้อยละ 27.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยมีการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นตัวแปรทำนายที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดถึงร้อยละ 16.1 สอดคล้องกับ ปิยาภรณ์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และญาติ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ร้อยละ 24.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับ ภารณี (2541) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองสามารถร่วมอธิบายความผันแปรของความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี ได้ร้อยละ 21.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล และ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม ได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว และสามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้ โดยจะต้องพิจารณาจากองค์ประกอบหลายๆ ด้าน และวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ ก่อนจึงจะสามารถวางแผนหรือกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป นำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ 4

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ถูกต้อง ลด ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในอนาคต ลดภาระต่อครอบครัว และสังคม เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการผ่าตัด นำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย และแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข หรือ ปัญหาที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตนของผู้ป่วย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ ถูกต้อง รวมถึงเพื่อพัฒนาการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกเฉพาะทางศัลยกรรมทรวงอก กองศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากกลุ่มประชากรที่มารับการตรวจตามนัดหลังผ่าตัดระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2551 ถึงเดือนมกราคม 2552 มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 101 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล และ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน และได้ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับ ผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาคำนวณหาระดับความเชื่อมั่น ของเครื่องมือ ในส่วนของปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล และ พฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และ ใช้สูตร KR- 20 (Kuder - Richardson) ในส่วนของความรู้ที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทำทางเบี่ยง หลอดเลือดหัวใจ พบว่า ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.882 และค่าความเชื่อมั่นของแต่ละส่วน ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

เท่ากับ 0.740 ด้านทัศนคติต่อการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเท่ากับ 0.627 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 0.739 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเท่ากับ 0.824 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเท่ากับ 0.744 การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 0.920 การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 0.797 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 0.832 และพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 0.813 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี stepwise method สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. สรุปผลตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยครั้งนี้ คือ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายปัจจัย ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy Theory) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ที่ได้นำมาวิเคราะห์ และทำให้ทราบว่าปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2. สรุปผลตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย และสมมุติฐานของการวิจัย ได้กำหนดไว้ดังนี้

2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.55 รองลงมา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 28.71 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 25.74

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.3 มีอายุระหว่าง 61 -80 ปี ร้อยละ 65.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.6 ประกอบอาชีพรับข้าราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 33.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท/ เดือน ร้อยละ 20.8 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.4 และส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 84.2

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ด้วยสถิติไคสแควร์ (χ^2 test) พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ส่วนอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนในการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.50 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 27.70 และในระดับต่ำร้อยละ 24.80

ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทัศนคติต่อการดูแลตนเอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 37.62 รองลงมา คือระดับสูง ร้อยละ 35.65 และในระดับปานกลางร้อยละ 26.73

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.60 รองลงมาคือ ระดับต่ำ ร้อยละ 36.60 และในระดับสูงเพียง ร้อยละ 21.80

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.60 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.70 และ ในระดับสูง ร้อยละ 26.70

การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 37.62 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 36.64 และในระดับปานกลางร้อยละ 25.74

การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคต่อการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคต่อการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.35 รองลงมาคือ ระดับต่ำ ร้อยละ 17.82 และในระดับสูง ร้อยละ 16.83

การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.60 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 31.70 และในระดับสูง ร้อยละ 27.70

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .225$) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .209$) การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .248$) การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .411$) สรุปได้ว่า หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองที่ดี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย

2.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.60 รองลงมาคือ ระดับสูงร้อยละ 37.70 และ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.70

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .408$) สรุปได้ว่า หากผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ดีด้วย

2.5 เพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมการทำนายพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีจำนวน 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ความสามารถของตนในการ自我ดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อายุ และ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งทำนายพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ได้ร้อยละ 27.9 โดยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ自我ดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นตัวแปรทำนายที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดถึงร้อยละ 16.1

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และทราบถึงปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยขอให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากผลการวิจัย พบว่า ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง และจากการตอบแบบสอบถามรายชื่อพบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ที่ถูกต้องครอบคลุมเกี่ยวกับเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค และการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ดังนั้นจึงควรมีการวางแผนการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การ自我ดูแลตนเองและการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และประชาชนทั่วไป โดยการจัดให้มีกิจกรรมต่างๆ ในวันหัวใจโลกของทุกปี

2. จากผลการวิจัย พบว่า ทักษะคิดต่อการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับต่ำ และจากการตอบแบบสอบถามรายข้อ พบว่า ผู้ป่วยมีทักษะคิดต่อการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ว่าเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก รวมถึงการควบคุมอาหารเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก ดังนั้น

2.1 ควรจัดการฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเป็นไปในแนวทางเดียวกัน มาตรฐานเดียวกันในการให้บริการแก่ผู้ป่วย และเน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดี เกิดความเชื่อถือ เชื่อมั่น และไว้วางใจในการมารับการรักษาพยาบาล รวมถึงการรับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

2.2 ควรมีการจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาให้ความรู้ในการดูแลที่ถูกต้อง เน้นถึงประโยชน์และผลเสียของการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ป่วย

3. จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการผ่าตัด การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด และการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง จัดทำโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อ แนะนำ เผยแพร่ความรู้แก่ผู้ป่วย รวมถึงพัฒนาการดำเนินงานด้านการให้สุขศึกษาให้ครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

4. จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะในด้านข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้น การที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ควรนำปัจจัยดังกล่าวมาวางแผนและพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษาให้ครอบคลุมทุกปัจจัยและนำมาพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการประสานงาน การประชุม สัมมนาหรือฝึกอบรม เพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในรูปแบบต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และ ควรจัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่นร่วมกับศูนย์โรคหัวใจ

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จัดให้มีโครงการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจ (Hot line) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์ปรึกษาปัญหากับผู้มีความรู้และผู้เชี่ยวชาญได้ตลอดเวลา เมื่อพบปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และการดูแลตนเอง

5. จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น การที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการวางแผนกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยบรรจุไว้ในแผนงานประจำปี เน้นการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองไปในทางบวกอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มีทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบโดยเฉพาะ จัดทำแผนงานที่เป็นรูปธรรม ร่วมกันจัดทำโครงการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น โครงการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน และโครงการใส่ใจหัวใจบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น และที่สำคัญควรมีการติดตามประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นโครงการเป็นระยะๆ เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโครงการ แล้วนำมาพัฒนาหรือปรับปรุงแผน/โครงการให้ดียิ่งขึ้นต่อไป และ ควรจัดให้มีโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Discharge Planning Program) ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแนะนำและเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ

6. จากผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ตัวแปรด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลตนเอง อายุ และ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์-พยาบาล จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติและแบบแผนการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไปโดยคำนึงถึงปัจจัยข้างต้น

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. จากผลการวิจัย พบว่า ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น

1.1 ควรจัดให้มีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ควรมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ มีกระบวนการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองไปในทางที่ดีขึ้น

1.2 ควรมีการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และ ทักษะของพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หากกิจกรรม的自我ดูแลตนเองในเรื่องใดที่ผู้ป่วยขาดทักษะและความเข้าใจ ควรจัดการสอน ฝึกหัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการ自我ดูแลตนเองอย่างเต็มที่

1.3 จัดทำโปรแกรมสุขศึกษาให้ความรู้ โดยเน้นการเสริมสร้างทักษะและศักยภาพในการ自我ดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองให้อยู่ในระดับสูงต่อไป

2. จากผลการวิจัย พบว่า ทักษะเกี่ยวกับการ自我ดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนในการ自我ดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับต่ำ และ การรับรู้ประโยชน์ของการ自我ดูแลตนเอง การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการ自我ดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้น จึงควรจัดให้มีกิจกรรมเพื่อส่งเสริม และปรับเปลี่ยนทัศนคติ และ การรับรู้ภาวะสุขภาพเพื่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ดีของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดย

2.1 จัดทำโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน (Self- help group) โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและมีการ自我ดูแลตนเองที่ดี มีสุขภาพที่ดีภายหลังการผ่าตัดมาเป็นต้นแบบ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำความรู้จักกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน โดยมี

บุคลากรทางการแพทย์-พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ที่ถูกต้อง เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น

2.2 ควรมีการติดตามผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้มีการให้บริการคำปรึกษา คำแนะนำ ที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง และช่วยวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยมารับการติดตามผล และเป็นการเสริมแรง สร้างกำลังใจ ความมั่นใจ และสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้น รวมทั้งควรจัดให้มีทีมสุขภาพเชิงรุก เพื่อติดตามและประเมินผลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อทราบปัญหาในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ประเมินความก้าวหน้าของพฤติกรรม และสามารถให้คำแนะนำได้ถูกต้องเหมาะสมตามสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ของผู้ป่วย

3. จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้น ในเชิงปฏิบัติการ ควรจัดให้ญาติมีส่วนร่วมในการรับฟังการสอนและแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อสามารถช่วยสนับสนุน ดูแล และกระตุ้นเตือนผู้ป่วยในการดูแลตนเองต่อไป และเปิดโอกาสให้บุคคลในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และทำกิจกรรมสุขภาพร่วมกับผู้ป่วย โดยมีทีมสหวิชาชีพคอยเป็นผู้ให้ความรู้ คำแนะนำ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย เพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในรูปแบบต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการให้สุขศึกษาแบบกระบวนกลุ่ม เพื่อส่งเสริมศักยภาพการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2. ศึกษาเชิงทดลองในเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้รูปแบบพัฒนาจากผลการวิจัยครั้งนี้ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2544. คู่มือการควบคุมและป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็ก
นักเรียน, ม.ป.ท.

กัลยา วานิชย์บัญชา. 2550. สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

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

จรรยา ตันติธรรม. 2542. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์นิติบรรณการ,
กรุงเทพฯ.

จรรยา สุวรรณทัต. 2541. เอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดูเด็ก สาขา
คหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หน่วยที่ 8-15. พิมพ์ครั้งที่ 12.
ชวนพิมพ์, กรุงเทพฯ.

เฉลิมพล ตันสกุล. 2541. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชา
พาณิชย์, กรุงเทพฯ.

ธนวรรณ อัมสมบุญ. 2544. พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารการ
สอนชุด วิชาสุศึกษาและประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข หน่วยที่ 3. โรงพิมพ์ชวนพิมพ์,
นนทบุรี.

ธิดา ลิวัธนะ, แสงอรุณ อิศระมาลัย และ ช่อลดา พันธุเสนา. 2551. ความสามารถในการดูแล
ตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. สงขลานครินทร์เวชสาร.
26(2): 25-28.

ภรณ์ เทพส่องแสง. 2541. ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำ
ทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นุชรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์. 2549. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรค
หลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และ
วชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

นิธิ มหานนท์, ปิยะมิตร ศรีธรา และ สรณี บุญไชยพุกษ์, บรรณาธิการ. 2543. กล้ามเนื้อหัวใจ
ตายเฉียบพลัน *Acute myocardial infraction*. โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์ บางกอกน้อย,
กรุงเทพฯ.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528. จิตวิทยาสังคมกับสาธารณสุข. เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมศาสตร์
การแพทย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช หน่วยที่ 9-15.
ชวนพิมพ์, นนทบุรี.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2542. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย.
พิมพ์ครั้งที่ 5. B&B Plulising, นครปฐม.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. 2534. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา.
เจ้าพระยาการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

_____. 2536. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. เจ้าพระยาการพิมพ์,
กรุงเทพฯ.

ปิยาภรณ์ นิกันธิภา. 2549. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ
เจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ. 2546. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย
ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดบาย ฒ วิทยาลัยแพทยศาสตร์
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

พันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญส่ง และ สัมพันธ์ พรวิลาวณิช. 2543. การรักษาโดยการผ่าตัด: กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ไอ. เอส. พรินติ้งเฮาส์, กรุงเทพฯ.

มนต์ธีรา ไชยแขวง. 2548. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

รุ่งอรุณ นุทธนู. 2544. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. 2548. บริบททั่วไปโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. แหล่งที่มา: www.ha.pmk.ac.th/serv03.htm - 60k , 12 สิงหาคม 2548.

รัศมี สิทธิพันธ์. 2548. ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ลัดดาวัลย์ อันเมฆ. 2545. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วรลักษณ์ ราชูลักษณ์. 2545. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วราภรณ์ อุทัยแพน. 2547. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการสวนหัวใจในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วิษุตา ใจคุ้มเก่า. 2548. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยผู้ดูแลวัยรุ่นในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- สันต์ ใจยอดศิลป์, บรรณาธิการ, คำรัส ศรีสุโกศล, บรรณาธิการร่วม. 2542. **การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ**. บริษัทพิมพ์สวย, กรุงเทพฯ.
- สุนทรีย์ แยมยิม. 2548. **ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อป้องกันภาวะไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ.พรินต์, กรุงเทพฯ.
- สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และ รวมพร คงกำเนิด, บรรณาธิการ. 2543. **การส่งเสริมสุขภาพแนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล**. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539. **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สมชาติ โลจายะ, บรรณาธิการ, บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ และ พันธุ์พิชญ์ สารพันธ์. 2536. **ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด Cardiovascular Disease**. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย สำนักพิมพ์กรุงเทพมหานคร, กรุงเทพฯ.
- สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. 2550. **การประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2550**. สำนักงานสมาคม, กรุงเทพฯ.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. 2549. **สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2549**. สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.
- อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์. 2531. **การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดเลือด**. บริษัท ลิฟวิ้ง ทรานมีเดีย จำกัด, กรุงเทพฯ.
- _____. 2543. **คำแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหลอดเลือดโคโรนารี**. วารสารโรคหัวใจและทรวงอก 4(2): 1-3.

อภิชาติ สุคนธสรรรพ และ ศรัณย์ ควณประเสริฐ. 2546. **Coronary Artery Disease New guideline.**
ไอแอมออกาไนเซอร์แอดเวอร์ไทซิ่ง, กรุงเทพฯ.

อิสรา สุขุมาลจันทร์. 2536. **ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด.** สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.

_____. ม.ป.ป. **สถิติหน่วยสัณยกรรมการตรวจออก** โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. กรุงเทพฯ.

Bandura, A. 1994. Self efficacy: encyclopedia of human behavior. **Encyclopedia of Mental Health** 4: 71-81.

_____. n.d. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change psychological. **Psychologic** 5 (7): 191-491.

Becker, M.H. 1974. **The health belief model and Sick Role Behavior.** Charles B. Slack, Inc., New Jersey.

_____. 1977. The health belief model and prediction of diary compliance. A field experiment. **Journal of Health and Social Behavior.** 25: 250-258.

Bental, T. and E. Baren. 1990. Increasing Public Awareness of the risk of Cardiovascular Disease using Health activity in a community health project in Israel: A feasibility study. **Journal of Human Hypertention.** 4 (4): 356-361.

Braunwald, E. 1997. **Heart Disease : A Text of Cardiovascular Medicine.** 5 th ed. WB. Samders, Philadelphia.

Caplan, G. 1974. **Support System and Community Mental Health: Lecture on Concept Development.** Behavioral Publications, New York.

- Cobb, S. 1976. **Social supports and health.** Academic Press, New York.
- Green, L.W. 1980. **Health Education Planning: A Diagnostic Approach.** Mayfield Publishing Company, California.
- Hill, L. and N.Smith. 1985. **Self-care Nursing Promotion of Health.** Prentice Hall, New jersey.
- Kasl, S. V., and S. Cobb. 1985. **Health behavior, and sick role behavior : health and illness Behavior.** In P Greenwald, A. G. Ershow, W.D. Novalli,& C.M.Benton (Eds), Cancer diet and nutrition : A comprehensive sourcebook.Illinois : Marquis Who's Who, Inc.
- Levin,L. 1976. The Lay Person as the Primary Care Prationer. **Public Health Report** 9(12): 206-210.
- Norbeck, K. 1982. The use of social support in clinical practice. **Journal of psychosocial Nursing and Mental Health Science** 20 (12): 22-29.
- Norris, C.M. 1987. Self-care. **American Journal of Nursing** 79(3): 486-489.
- Orem, D.E. 1985. **Nursing Concepts of Pactice.** 3rd ed. McGraw-Hill Company, New York, U.S.A.
- _____. 1991. **Nursing concepts of practice.** 4th ed. Mosby Yearbook, St. Louis.
- Pearson, T. 1994. Optimal risk factor management in the patient after coronary revascularization. **Circulation.** 6: 3125–3133.
- Pender, N. 1996. **Health promotion in Nursing practice.** Appleton & Lange. Connecticut, New York.

Pender, N.J. 1987. **Health Promotion Nursing Practice/Nola J.** 3rd ed. Appleton and Lange, Stamford.

Rosenstock, I.M. 1974. The health belief model and preventive health behavior. **Health Education Monographs** 2 (b): 355-385.

Thoit, P.A. 1982. Conceptual methodological and theoretical problem in studying social Support as a buffer against life stress. **Journal of Health Social Behavior** 23: 145-159.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

1. พ.อ. วรสิน เกตานนท์ ศัลยแพทย์ทรวงอก หัวใจ และหลอดเลือด
กองศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. พ.อ. ธีรวัตร ศิลารัตน์ ศัลยแพทย์ทรวงอก หัวใจ และหลอดเลือด
กองศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. พ.อ. เฉลิมเกียรติ ดันตระกูล กุมารแพทย์โรคหัวใจ กองกุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
4. พ.ต.หญิง วรรณกร รักอิสสระ พยาบาลประจำห้องไอ ซี ยู ศัลยกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
5. พ.ต.หญิง กัญญา ผนิษฐ พยาบาลประจำห้องไอ ซี ยู ศัลยกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)

รับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
ตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด
และมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง
ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่มีผลต่อ
การรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูป
ของสรุปผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้า
ต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่ผู้วิจัยเก็บไว้
เป็นส่วนตัวข้าพเจ้าเอง 1 ชุด

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และลงนามใน
ใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินโครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับ
การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 4 ส่วน คือ

- | | |
|--|--------------|
| ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลทางชีวสังคม | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ | |
| 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการผ่าตัด
ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ | จำนวน 13 ข้อ |
| 2.2 ทักษะคิดต่อการดูแลตนเอง | จำนวน 7 ข้อ |
| 2.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ | จำนวน 24 ข้อ |
| 2.4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตน
ในการดูแลตนเอง | จำนวน 12 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุน
ทางสังคม | จำนวน 8 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง | จำนวน 18 ข้อ |

การตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่าน จึงขอให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ เพราะคำตอบของท่าน ผู้วิจัยจะนำมาสรุปผล วิเคราะห์หาแนวทางในการพัฒนางานด้านการให้สุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดต่อไป งานวิจัยในครั้งนี้จะสำเร็จไม่ได้ ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากท่าน จึงขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือมา ณ ที่นี้

ร.อ.หญิง ทิพวรรณ แยมศรีบัว

นิสิตปริญญาโท สาขาสุศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

แบบสอบถาม

HN:..... (NO.....)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหรือเขียนข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

1 ☐ ชาย

2 ☐ หญิง

2. อายุ..... ปี

3. สถานภาพการสมรส

1 ☐ โสด

2 ☐ สมรส

3 ☐ หม้าย

4 ☐ หย่า

5 ☐ สมรสแต่แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

1 ☐ ไม่ได้ศึกษา

2 ☐ ประถมศึกษา

3 ☐ มัธยมศึกษา / ปวช.

4 ☐ อนุปริญญา / ปวส.

5 ☐ ปริญญาตรี

6 ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

1 ☐ รับจ้างทั่วไป

2 ☐ ค้าขาย

3 ☐ เกษตรกร

4 ☐ ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ

5 ☐ ธุรกิจส่วนตัว

6 ☐ พนักงานบริษัท

7 ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

8 ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

6. ท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท / เดือน

7. โรคประจำตัว

1 ☐ เบาหวาน2 ☐ ความดันโลหิตสูง 3 ☐ โรคไต4 ☐ อัมพฤกษ์-อัมพาต5 ☐ อื่น ๆ ระบุ 6 ☐ ไม่มีโรคประจำตัว

8. ท่านมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหรือไม่

1 ☐ มี โปรดระบุ.....

.....

.....

.....

2 ☐ ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยภายในตัวบุคคล

2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าถูกต้องมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถามดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น ตรงกับสิ่งที่ท่านรู้หรือเข้าใจ

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับสิ่งที่ท่านรู้หรือเข้าใจ

ไม่ทราบ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นท่านไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1.	โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เกิดจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจมีการตีบแคบหรืออุดตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ			
2.	ผู้ที่มีพ่อ แม่ พี่น้อง เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้ง่ายกว่าผู้อื่น			
3.	ผู้ชาย มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบน้อยกว่าผู้หญิง			
4.	ผู้ที่มีอายุมากมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย			
5.	คนผอมมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนอ้วน			
6.	การสูบบุหรี่ ทำให้หลอดเลือดแข็ง และเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ง่าย			
7.	ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้มากกว่าคนที่ไม่มีไขมันในเลือดปกติ			
8.	ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้มาก			

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
9.	ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ			
10.	การออกกำลังกายติดต่อกัน 15-30 นาที อย่างสม่ำเสมอ สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้			
11.	เมื่อท่านมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ควรหยุดพัก หรือ อดยาได้ ลิ้น			
12.	การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นการผ่าตัดโดยใช้เส้นเลือดดำบริเวณขา เส้นเลือดแดงใต้กระดูกหน้าอก หรือเส้นเลือดแดงบริเวณแขน ไปต่อเพิ่มเพื่อให้เลือดสามารถไหลไปเลี้ยงหัวใจได้มากขึ้น			
13.	โรคหลอดเลือดหัวใจตีบสามารถรักษาให้หายขาดได้ และจะไม่กลับเป็นซ้ำอีก			
12.	การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นการผ่าตัดโดยใช้เส้นเลือดดำบริเวณขา เส้นเลือดแดงใต้กระดูกหน้าอก หรือเส้นเลือดแดงบริเวณแขน ไปต่อเพิ่มเพื่อให้เลือดสามารถไหลไปเลี้ยงหัวใจได้มากขึ้น			
13.	โรคหลอดเลือดหัวใจตีบสามารถรักษาให้หายขาดได้ และจะไม่กลับเป็นซ้ำอีก			

2.2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
มากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถามดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นเรื่องที่ยุ่งยาก				
2	การดูแลเอาใจใส่ตนเองอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัดทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ				
3.	หลังผ่าตัด การสูบบุหรี่แม้จำนวนไม่มาก หรือนาน ๆ ครั้ง ก็ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้				
4.	หลังผ่าตัด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ ช่วยทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดได้ดีและแข็งแรงขึ้น				
5.	การควบคุมอาหาร เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก				
6.	หลังผ่าตัด ไม่ควรออกกำลังกาย เพราะอาจทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น				
7.	เมื่อท่านแก้ปัญหาไม่ได้ เกิดความเครียด ควรรับประทานยาคลายเครียดเพื่อทำให้รู้สึกดีขึ้น				

2.3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

2.3.1 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถามดังนี้

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.	โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาจทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง จนเสียชีวิตได้ทันทีตลอดเวลา				
2.	โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่พบมากในปัจจุบัน				
3.	โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นแล้ว ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ต้องรักษาไปตลอดชีวิต				
4.	ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หากไม่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไปนี้ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ ความเครียด และภาวะไขมันในเลือดสูง อาการจะรุนแรงมากขึ้น				
5.	หลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ เช่น ภาวะปอดอักเสบ แผลผ่าตัดติดเชื้อ				
6.	ผู้ที่เคยได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หากกลับเป็นซ้ำอีก การผ่าตัดจะทำได้ยากขึ้น				
7.	การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ เช่น ไตวาย อัมพฤกษ์-อัมพาต ภาวะตกเลือดหลังผ่าตัด				

2.3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยง
หลอดเลือดหัวใจ และ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
มากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามดังนี้

ข้อที่	ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	หลังผ่าตัด หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดให้ปกติ และควบคุมภาวะความดันโลหิต สูงได้ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ				
2.	การสูบบุหรี่หลังผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดเป็นซ้ำของ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ				
3.	หากท่านไม่ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำได้อีก				
4.	การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยง หลอดเลือดหัวใจ เช่น ปอดแฟบ แผลผ่าตัดติดเชื้อ ส่วนหนึ่งเกิดจากการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่ ถูกต้อง				
5.	การขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เสี่ยงต่อ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด				

2.3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามดังนี้

ข้อที่	ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.	การดูแลตนเอง ด้วยการหมั่นสังเกตอาการผิดปกติ และ แผลผ่าตัด ช่วยให้มาพบแพทย์ได้ในระยะแรก และแก้ไขความผิดปกติได้ทันทั่วทั้งที่				
2.	การดูแลตนเอง ด้วยการพักผ่อนและนอนหลับให้เพียงพอ จะทำให้หัวใจ และร่างกายแข็งแรง ดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ				
3.	การดูแลตนเอง ด้วยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 15-30 นาที ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำได้				
4.	การดูแลตนเอง ด้วยการมาตรวจตามนัดเป็นประจำ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง และเบาหวานให้ปกติ ช่วยลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้				
5.	การดูแลตนเอง ด้วยการฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี และ ไออย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนของปอดภายหลังการผ่าตัดได้				

2.3.4 การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามดังนี้

ข้อที่	ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.	แพทย์ และ /หรือ พยาบาล อธิบายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดด้วยภาษาที่เข้าใจยาก				
2.	เมื่อมีความสงสัยในเรื่องการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด ท่านไม่กล้าซักถาม แพทย์ หรือพยาบาล				
3.	การมาพบแพทย์ตามนัด หลังการผ่าตัดเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก				
4.	การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อหัวใจ และร่างกาย เช่น อาหารที่มีไขมันน้อย อาหารเค็มน้อย เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก				
5.	การหาเวลา และ สถานที่ ในการออกกำลังกายตามที่แพทย์ พยาบาลแนะนำ ค่อนข้างลำบาก				
6.	ยาที่รับประทานมีหลายชนิด ทำให้เกิดการสับสน ไม่สามารถรับประทานได้ครบและถูกต้อง				
7.	การดูแลตนเองหลังผ่าตัด มีรายละเอียดมาก ไม่สามารถจำได้หมด				

2.4แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามดังนี้

ข้อที่	ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.	ท่านสามารถดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้โดยไม่ต้องพึ่งพา หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น				
2.	ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้เอง				
3.	ท่านสามารถทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ทำให้มีสุขภาพที่ดี				
4.	ท่านเชื่อว่า ถ้าสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง จะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ				
5.	เมื่อท่านมีอาการผิดปกติหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ท่านสามารถไปพบแพทย์เพื่อขอคำแนะนำ และการรักษาได้เสมอ				
6.	ท่านไม่สามารถนอนหลับสนิทได้ในช่วงเวลากลางคืน โดยไม่รับประทานยานอนหลับ				
7.	ท่านสามารถทำงานได้ตามปกติ ทั้งงานนอกบ้าน และในบ้าน หลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ				
8.	การดูแลตนเองหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่ยากสำหรับท่าน เพราะท่านไม่มีความรู้				

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
9.	ท่านสามารถรับประทานอาหาร รสเค็มจัด หวานจัด และมีไขมันสูง เพราะรู้ว่าไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย และ ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำได้อีก				
10.	ท่านไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้ด้วยตนเอง				
11	ท่านสามารถรับประทานยาทุกชนิด ได้ถูกต้องตามแพทย์สั่ง				
12.	ท่านสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ เช่น การควบคุมความดันโลหิต ควบคุมเบาหวาน การงดสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนักตัว และ การควบคุมอาหาร				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยง
หลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับ
ความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามดังนี้

ข้อที่	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1.	สมาชิกในครอบครัวของท่านคอยสอบถามอาการเจ็บป่วยของท่านสม่ำเสมอ				
2.	สมาชิกในครอบครัวของท่านให้ความช่วยเหลือท่านทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ				
3.	สมาชิกในครอบครัวพูดคุยให้กำลังใจท่านสม่ำเสมอ				
4.	สมาชิกในครอบครัวจัดหาอาหารที่มีประโยชน์มาให้ท่านรับประทานอย่างสม่ำเสมอ				
5.	ท่านได้รับคำแนะนำ และ อธิบายเกี่ยวกับโรค อาการ แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวที่ต้องรู้จากแพทย์ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ทั้งก่อนและ หลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ				
6.	ท่านได้รับเอกสารแผ่นพับแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นคู่มือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน				
7.	ท่านสามารถโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่รักษาได้ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด				
8.	ความรู้จากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ วิทยุ โทรทัศน์ และ อินเทอร์เน็ต ช่วยกระตุ้นให้ท่านสนใจดูแลตนเองมากขึ้น				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย✓ลงในช่องว่างหลังข้อความซึ่งแสดงถึงระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของท่านที่ตรงกับความเป็นจริง ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านทำกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ ทุกครั้ง เสมอ
 ปฏิบัติเป็นส่วนมาก หมายถึง ท่านทำกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นส่วนใหญ่
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นบางครั้ง
 ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้ทำกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย

ข้อที่	ข้อความ	การทำการกิจกรรม			
		ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ เป็น ส่วนมาก	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
1.	ท่านรับประทานอาหารประเภท ผัก ผลไม้				
2.	ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ไข่แดง แกงกะทิ ปาท่องโก๋ ข้าวขาหมู หรือ เนื้อสัตว์ติดมัน				
3.	ท่านชอบรับประทานอาหารรสเค็มจัด				
4.	ท่านรับประทานอาหารจานด่วน เช่น แฮมเบอร์เกอร์มันฝรั่งทอด				
5.	ท่านรับประทานอาหารทะเลประเภท กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม				
6.	ท่านรับประทานอาหารหวาน และขนมต่าง ๆ				
7.	ท่านควบคุมน้ำหนักตัว				
8.	ท่านออกกำลังกาย เช่น เดินหรือวิ่ง 15-30 นาที/ ครั้งอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์				
9.	ท่านจะหยุดออกกำลังกายเมื่อท่านรู้สึกหายใจ ลำบาก ใจสั่น หรือมีเหงื่อออกมากผิดปกติ				
10.	ท่านสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายภายหลัง การรับประทานยาแต่ละชนิด				

ข้อที่	ข้อความถาม	การทำกิจกรรม			
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็น ส่วนมาก	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
11.	ท่านจะไปพบแพทย์ / พยาบาล เมื่อมีอาการ ผิดปกติ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น มึนงง เหงื่อออกมาก				
12.	ท่านสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ขา บวมซีพอร์เดินไม่สม่ำเสมอ แผลผ่าตัดบวมแดง				
13.	เมื่อมีอาการท้องผูก ท่านเบ่งถ่ายอุจจาระ				
14.	ท่านสูบบุหรี่				
15.	ท่านมาตรวจตามแพทย์นัด				
16.	ท่านดื่ม ชา กาแฟ น้ำอัดลม				
17.	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
18.	ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ				

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ – นามสกุล	ร้อยเอกหญิง ทิพวรรณ แยมศรีบัว
วัน เดือน ปีเกิด	10 สิงหาคม 2513
สถานที่เกิด	จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ประวัติการศึกษา	ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	นักปฏิบัติการปอดและหัวใจเทียม
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	หน่วยศัลยกรรมทรวงอก กองศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า