

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัส ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมดังต่อไปนี้

2.1 มโนทัศน์ของการดูแลตนเอง

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัส

2.3 มโนทัศน์ของการรับรู้สมรรถนะตนเอง

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการรับรู้สมรรถนะตนเอง

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 มโนทัศน์ของการดูแลตนเอง (Concept of Self-Care)

2.1.1 มโนทัศน์ของการดูแลตนเองในสาขาวิชาต่างๆ

มีผู้เชี่ยวชาญในหลายสาขา ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองไว้แตกต่างกัน เช่น สาขาการแพทย์ การดูแลตนเองจะเน้นให้ผู้ผู้ป่วยรับผิดชอบกระทำกิจกรรมที่เดิมแพทย์ เป็นผู้กระทำ เช่น การประเมิน (การวัดความดันโลหิต การวัดไข้) การเฝ้าระวังโรค (การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด) การรักษาด้วยตนเอง (การใช้ยาในการปฐมพยาบาล) การป้องกัน (การตรวจต่อมน้ำเหลืองใต้คาง การตรวจเต้านม) ตลอดจนการสอนหรือการจัดโปรแกรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยปฏิบัติ โดยที่แพทย์จะทำการตรวจรักษา และวินิจฉัยโรคตามปัญหาและอาการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ หลังจากนั้นแพทย์จะเป็นผู้กำหนดแนวทางปฏิบัติ ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการรักษาที่แพทย์ตั้งไว้ตามความรู้ทางการแพทย์ ซึ่งแพทย์มักจะไม่ได้ประเมินสภาพแวดล้อมหรือระบบสนับสนุนของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เข้ากับแนวทางการรักษา มากกว่าที่แพทย์จะปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน เป้าหมายของการดูแลตนเองทางการแพทย์เพื่อฝึกทักษะการประเมินและการให้การรักษาตนเองอย่างเหมาะสม ลดการเยี่ยมผู้ป่วยและเพิ่มความร่วมมือในการปฏิบัติ ซึ่งก็คือเพิ่มการปฏิบัติตามแนวการรักษา (Compliance) นั้นเอง ส่วนเป้าหมาย

ของการกระทำกิจกรรมขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคน(Gantz,1990) แนวคิดเหล่านี้จะเห็นได้จาก คำนิยามของการดูแลตนเองที่แพทย์บางท่านได้ให้ไว้ เช่น

Levin (1976 cited by Gantz ,1990) ศาสตราจารย์ของโรงเรียนแพทย์ แห่งมหาวิทยาลัยเยล ผู้ได้รับพิจารณาให้เป็นบิดาแห่งการดูแลตนเองกล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการ ที่บุคคลที่ไม่ใช่แพทย์กระทำ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน สืบค้นหาโรคและ รักษา โดยใช้แหล่งประโยชน์ขั้นต้นที่มีอยู่ในระบบดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ Levin, Katz และ Holst (1979 cited by Gantz ,1990) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำด้วยความสมัครใจตามข้อจำกัดของตนเอง ไม่มีระบบ มีลักษณะกว้าง ๆ เป็นการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่ซับซ้อน ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องหรือเป็นครั้งเป็นคราว กระบวนการตัดสินใจปฏิบัติการ ดูแลตนเอง ต้องอาศัยการสังเกต การรับรู้อาการและการให้ความหมาย การตัดสินใจความรุนแรง ของโรค การเลือกและประเมินลู่วางรักษาโดยผู้ป่วยเอง

Fry และ Byrne (1976 cited by Gantz ,1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองเกิดขึ้น นอกกระบวนการแพทย์แตกต่างจากการดูแลระดับพื้นฐานทางการแพทย์ มี 4 บทบาทที่เกี่ยวข้อง กับมิติของการดูแลตนเอง คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การให้ยา และการรักษาด้วยตนเองและการให้ความร่วมมือกับบุคลากรทีมสุขภาพ

แม้ว่าทางการแพทย์จะมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองดังที่กล่าวมาแล้ว แต่ก็ได้กล่าวถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติการดูแลตนเอง โดยไม่ได้รับคำปรึกษาที่เหมาะสมคือ

1. อันตรายที่เกิดจากการให้การรักษาที่ล่าช้า
2. อาจจะวินิจฉัยผิดหรือให้การรักษาผิด
3. ขาดการแนะแนวทางที่ปลอดภัยอย่างรอบคอบต่อผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้
4. ขาดความชัดเจนในบทบาทของทั้งสองฝ่าย มีโอกาสที่จะเกิดการทำลายความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ
5. อาจทำให้เกิดการยกความรับผิดชอบของแพทย์ไปให้ผู้ป่วย

สาขาจิตวิทยา มีแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่า การดูแลตนเองเป็น ปรากฏการณ์อย่างหนึ่งที่จะรับรู้ได้จากบางส่วนของบุคคลเช่น อึดมโนทัศน์ ความเชื่อเกี่ยวกับ สุขภาพและพฤติกรรมจากการกำหนดรู้ ไม่มีสิ่งใดที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองโดยตรงไปตรงมา เดี่ยวๆ แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของคนอย่างชัดเจนและนำมาปรับใช้ทำความเข้าใจ

เข้าใจกับพฤติกรรมสุขภาพได้ดี เช่น ทำอย่างไรจึงมีสุขภาพดี ทำไมจึงเจ็บป่วยและเขาทำอย่างไรเมื่อเจ็บป่วย นักจิตวิทยาจึงสนใจที่จะศึกษา การยอมรับปฏิบัติตามแนวการรักษา (compliance) สมรรถนะตนเอง (efficacy) ซึ่ง Barofsky (1978 cited by Gantz, 1990) ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลตนเองว่า คือ การกระทำอย่างจงใจ ซึ่งแตกต่างกันตามเหตุผลทางสุขภาพของแต่ละบุคคลและได้จำแนกรูปแบบของการดูแลตนเอง เป็น 4 ลักษณะดังนี้

1. การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาการเจ็บป่วย
2. การดูแลตนเองเพื่อการรักษาหรือเผชิญกับเหตุการณ์
3. การดูแลตนเองในวิถีชีวิตเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพหรือเพื่อป้องกันการเกิดปัญหา
4. การปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองเพื่อรักษาชีวิต

สาขาการพยาบาล มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองไว้หลายท่าน เช่น

Norris (1979 cited by Gantz, 1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่ยอมให้บุคคลและครอบครัวเริ่ม รับผิดชอบและทำหน้าที่เต็มประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพเพื่อการดูแลสุขภาพของตน

Hill และ Smith (1990) มองการดูแลตนเองในบริบทของการพยาบาลที่เน้นบุคคลเป็นหลัก และเป็นผู้ริเริ่มกระทำต่อตัวเองและสิ่งแวดล้อม รวมถึงการสร้างทางเลือกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง ไม่ใช่การรอมีส่วนร่วมโดยไม่ได้ตั้งเป้าหมายคือการคงไว้ซึ่งสุขภาพ เป็นการปรับการทำหน้าที่ของบุคคลตามสิ่งที่ตนเองสนใจ และผสมผสานระหว่างการทำหน้าที่และการกระทำให้เกิดความผาสุก แนวคิดนี้มองการดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยตัวผู้รับบริการเองและเป็นกระบวนการพยาบาล เป็นกระบวนการปฏิบัติที่เกิดขึ้นตลอดเวลา เกิดจากการเรียนรู้ การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ความต้องการที่จำเป็นในแต่ละวันได้รับการตอบสนอง แม้ว่ากิจกรรมบางอย่างจะเป็นกิจกรรมง่าย ๆ แต่ก็คิดถึงผลของการกระทำที่มีต่อสุขภาพ

แม้ว่าแต่ละสาขาจะมีแนวคิดแตกต่าง แต่ก็มีบางส่วนที่คล้ายกันคือ (Gantz, 1990)

1. การดูแลตนเองเป็นสถานการณ์ และแตกต่างกันตามวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล
2. การดูแลตนเองต้องใช้ความสามารถในการกระทำ และการสร้างทางเลือก

3. การดูแลตนเองต้องอาศัยความรู้ ทักษะ ค่านิยม แรงจูงใจ ความเชื่อ
ในอำนาจควบคุมและสมรรถนะ (Locus of control and efficacy) ของแต่ละบุคคล
4. จุดเน้นของการดูแลตนเอง คือ การดูแลสุขภาพตนเองภายใต้การควบคุม
ของตัวเอง ตามกฎหมายหรือนโยบายของสังคมนั้นๆ

โดยสรุปการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลริเริ่ม สร้างทางเลือกและกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมาย คือ การดำรงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพและความผาสุก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem(1980) นักทฤษฎีทางการพยาบาลที่ได้สร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง และนำมาใช้ในการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้ใช้ศักยภาพตนเองอย่างเต็มที่ในการจัดการกับสุขภาพของตนเอง

2.1.2 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's Self-Care Theory)

2.1.2.1 ความหมายของการดูแลตนเอง

คำว่า Self-Care มาจากคำว่า Self ซึ่งหมายถึง สภาพทั้งหมดของบุคคลที่ดำรงอยู่ (One's whole being) และ คำว่า Care แปลว่า ดูแล ดังนั้นคำว่า Self-Care หมายถึง การกระทำเพื่อตนเอง (for oneself) โดยตัวเอง (given by oneself)(Orem, 1980)

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม กระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action and goal oriented) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด (Orem, 1980)

ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมจุดสำคัญ คือ บุคคล โดยเน้นที่ความสามารถของบุคคลที่จะดูแลตนเอง พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง หรือมีความพร่องในการดูแลบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบ ตามปกติแล้วบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่สามารถที่จะดูแลตนเองได้ ทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย และคนพิการ ต้องการการช่วยเหลือในการกระทำกิจกรรมดูแลตนเอง เพื่อให้การดูแลตนเองสมบูรณ์ ผู้ให้ความช่วยเหลือให้การดูแลตนเองของบุคคลอื่นสมบูรณ์ เรียกว่า Dependent Care Agent (Orem, 1980)

2.1.2.2 องค์ประกอบของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่มีความสัมพันธ์กันดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง(The Theory of Self -Care Deficit)

เป็นความพร่องในการดูแลตนเอง หรือความพร่องในการดูแลบุคคล ในความรับผิดชอบ ซึ่งมีแนวคิดหลักคือบุคคลจะได้รับประโยชน์จากการพยาบาล เนื่องจากบุคคลนั้นมีข้อจำกัดเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นสาเหตุให้ไม่สามารถดูแลตนเอง หรือดูแลบุคคลในความรับผิดชอบได้ต่อเนื่อง ทำให้การดูแลนั้นไม่มีประสิทธิภาพครบถ้วน ตามความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด บุคคลจึงต้องการการพยาบาล (Orem ,1980)

2. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care)

แนวคิดหลักของทฤษฎีนี้ คือ การดูแลตนเองและการดูแลบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบ โดยบุคคลอยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโต จะปรับหน้าที่และ พัฒนาการของตนเอง ตลอดจนป้องกัน ควบคุม กำจัดโรคและการบาดเจ็บต่างๆ โดยการปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อม ที่คิดว่าจะมีผลต่อ หน้าที่และ พัฒนาการของตนเอง (Orem and Tayler, 1986 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

ข้อสันนิษฐานของทฤษฎีการดูแลตนเอง (Orem, 1980)

1) การดูแลตนเองและการดูแลบุคคลในความรับผิดชอบ เป็นการ เรียนรู้ในสังคมของบุคคลนั้นๆ เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและการสื่อสาร

2) การดูแลตนเองและการดูแลบุคคลในความรับผิดชอบ เป็นการ กระทำที่จิตใจที่เกิดภายหลังที่รู้ถึงความต้องการการดูแล

3) ความต้องการการดูแลตนเอง เริ่มจากการดำรงชีวิตอยู่ (human being) และสิ่งแวดล้อมของคน

4) ความต้องการการดูแลตนเองบางอย่างทุกๆ คนต้องการ แต่บาง อย่างเฉพาะเจาะจงกับพัฒนาการและภาวะสุขภาพของบุคคล

5) ความต้องการการดูแลตนเองทั่วไป (Universal Self - Care Requisites) และแนวทางที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ จะเปลี่ยนแปลงตาม อายุ เพศ ระยะ พัฒนาการและภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล

6) กระบวนการหรือเทคโนโลยีที่จำเพาะ มีความจำเป็นสำหรับการ กระทำเพื่อให้บรรลุความต้องการการดูแลตนเอง

7) การดูแลตนเองหรือการดูแลบุคคลในความรับผิดชอบ เป็นกระบวนการหรือระบบที่เกิดจากกระบวนการของความคิดรวบยอดของบุคคล หรือเป็นเทคโนโลยีที่จะบรรลุความต้องการการดูแลตนเอง ที่บุคคลรู้อยู่แล้ว

8) ระบบการดูแลตนเองหรือดูแลสมาชิกครอบครัวที่ต้องการการดูแลต้องเป็นการกระทำเพื่อให้บรรลุความต้องการการดูแลตนเองทั่วไป ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการและความต้องการการดูแลตนเองตามภาวะสุขภาพ

9) การดูแลตนเองหรือการดูแลบุคคลในความรับผิดชอบสร้างขึ้นจากการที่บุคคล แยกแยะการกระทำ เพื่อเลือกและนำไปปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุความต้องการการดูแลตนเอง

10) ความรู้เรื่องการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลในความรับผิดชอบที่ปฏิบัติจริง เป็นผลจากการกระทำที่จริงจังในอดีตและการเรียงลำดับการกระทำที่เคยปฏิบัติหรือสังเกตจากการกระทำของคนอื่น

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

แนวคิดหลักของทฤษฎีนี้ คือ การกระทำทั้งหมดที่เป็นระบบการพยาบาล สร้างมาจากพยาบาล จงใจใช้ความสามารถในการพยาบาล (Nursing agency) ภายใต้อำนาจของกฎหมายหรือผู้รับบริการ โดยอาศัยความสัมพันธ์ในฐานะพยาบาล กับบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง เพื่อให้แน่ใจว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self -Care Demand) ของบุคคลนั้นเป็นที่ทราบและได้รับการสนองตอบและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้น ได้รับการปกป้องหรือได้รับการพัฒนา (Orem,1991; สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่จริงจัง และมีเป้าหมาย (Deliberated action and goal oriented) ดังนั้นในการช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง พยาบาลต้องประเมินว่า บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเขา เข้าใจความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ เพียงใด ได้รับข้อมูลเพียงพอหรือเหมาะสมหรือไม่ ทราบวัตถุประสงค์ของการกระทำ ที่จะช่วยให้สามารถพิจารณา ตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองตามต้องการ ตลอดจนติดตาม ประเมินผล ประสิทธิภาพของการกระทำการดูแลตนเองตามที่ตนเองเลือก ในความหมายของโอเรม การดูแลตนเองเป็นการกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ เป็นการป้องกัน ควบคุมและรักษาการเจ็บป่วย ส่งเสริมพัฒนาการและความผาสุกเท่านั้น จึงเป็นการกระทำเพื่อการดูแล

ตนเอง (Therapeutic self care) ถ้าการกระทำหรือกิจกรรมดูแลตนเองนั้น ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพ เรียกว่าการดูแลตนเองนั้นว่า " Non Therapeutic " ซึ่งพยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพ จำเป็นต้องมีความรู้และข้อมูลอย่างเพียงพอในการพิจารณาว่า การกระทำการดูแลตนเองนั้นๆเป็น Therapeutic self care หรือไม่

2.1.2.3 ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit)

เมื่อการดูแลตนเองหรือการดูแลบุคคลในความรับผิดชอบเป็น "Non Therapeutic" หรือความสามารถไม่เพียงพอ ที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โอเร็มเรียกว่า บุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self care deficit) หรือมีความพร่องในการดูแลบุคคลในความรับผิดชอบ (Dependent care deficit) ดังนั้นบุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลและการที่พยาบาลจะเข้าใจแนวคิดของความพร่องในการดูแลตนเอง พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self Care Demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self Care Agency)

2.1.2.4 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self Care Demand)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด หมายถึงความต้องการหรือความจำเป็นในการดูแลตนเองที่ต้องใช้ความพยายามในการกระทำและให้ผลไปในทางที่ดี ซึ่งหมายถึงกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด ที่บุคคลควรกระทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self care requisites) 3 ด้าน คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป (Universal self care requisites)

เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับทุกคน ทุกวัย แต่ต้องปรับให้เหมาะสมกับพัฒนาการและจุดประสงค์ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไปมีดังนี้ (Orem, 1980)

- 1) คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 2) คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ
- 3) รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อน
- 4) รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 5) ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- 6) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการ (promotion of normalcy) ให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self care requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ใน ระยะต่างๆ เช่น การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่เป็นผลเสียหรืออุปสรรค ต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือสถานการณ์บางอย่าง เช่น การตั้งครรภ์ หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไปปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแล ตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Orem, 1991) ประกอบด้วย

1) เป็นการดูแลตนเองเพื่อพัฒนา และคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วย สนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆ ตั้งแต่อยู่ใน ครรภ์มารดาจนถึงวัยชรา

2) เป็นการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการ เพื่อ ป้องกัน บรรเทา หรือเอาชนะความเครียดหรือผลที่เกิดขึ้นเนื่องจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม ความล้มเหลวในการคงความเป็นบุคคลสุขภาพดี การสูญเสีย จากเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิต สุขภาพไม่ดีหรือพิการหรือการดำรงชีวิตในสถานการณ์ ที่ลำบาก การเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและการตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน(Health deviation self care requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลที่เจ็บป่วย ได้รับบาดเจ็บ มีพยาธิสภาพ ที่จำเพาะ ทำให้เกิดปัญหาหรือพิการ รวมถึงคนที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาจากแพทย์ หรือมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและการทำหน้าที่ เช่น ลิ้นหัวใจตีบ หายใจลำบากหรือมี การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนิสัยที่เคยปฏิบัติประจำกับผู้อื่น การเปลี่ยนแปลงของภาวะอารมณ์ ขาดความสนใจในชีวิตและสิ่งแวดล้อม ปัญหาด้านสุขภาพ เป็นปัญหาของร่างกายและจิตใจ ซึ่ง จะมีผลต่อการทำหน้าที่ของบุคคล การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย (Orem, 1991)

1) แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ

2) รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ รวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการ ของตนเอง

3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

4) รับรู้และสนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค ที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

5) ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากการเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสม ในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมถึงผลของการวินิจฉัย การรักษา เข้าเป็นส่วนหนึ่งในวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุด ตามความสามารถที่เหลืออยู่

ดังนั้นการที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพได้นั้น ต้องรู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ต้องมีความสามารถในการผสมผสานการดูแลตนเองในทั้ง 3 ด้าน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองให้บรรลุความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาผลที่จะเกิดจากพยาธิสภาพ จากการวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง สำหรับพยาบาล การที่จะตัดสินความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการแล้ว จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิวิทยา ภาวะของโรค เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ใช้ในการวินิจฉัย การรักษา จึงจะสามารถวินิจฉัยความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับสถานการณ์นั้น เพื่อจะได้จัดกิจกรรมการพยาบาล โดยการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลตนเองให้เกิดการพัฒนาต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการต่อไป

2.2. พฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมตรัล (Therapeutic Self Care Demand of Mitral Valvular Heart Patient)

ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมตรัลที่ได้รับการรักษาด้วยยา ในคลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก จะติดตามผลเป็นระยะๆ โดยความถี่ห่างของการมาพบแพทย์เป็นทุกเดือน หรือทุก 2 เดือน ขึ้นกับความรุนแรงของโรค การเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพหัวใจ ความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมตรัลที่ได้รับการรักษาด้วยยา ต้องใช้เวลานานหลายปี จนกว่าถึงเวลาที่เหมาะสมที่จะทำการผ่าตัดหรือตลอดชีวิตสำหรับบางรายที่มีข้อจำกัดในการผ่าตัด (Baas and Kretten, 1987 ; Braunwald, 1992)

ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกาดูแลตนเองอย่างดีและมีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถดูแลตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจ สามารถส่งเสริมพัฒนาการของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมตรัลให้ดำเนินต่อไป ไม่ให้เลวลงเร็วจนไม่สามารถกลับคืนสู่

สภาพเดิมได้หลังผ่าตัดหรือเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนเป็นสาเหตุของความพิการหรือการตายกะทันหัน พยาบาลมีหน้าที่ที่จะส่งเสริมการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ ประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองและปฏิบัติตามกิจกรรมพยาบาล เพื่อทดแทนและพัฒนาความสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ให้การอบรม เป็นต้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้เรื่องโรค การรักษา และเทคโนโลยีต่างๆ จึงจะสามารถทราบถึงความต้องการการดูแลตนเองและความพร้อมในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวทางในการปฏิบัติ การดูแลตนเองตามกรอบทฤษฎีของโอเรม เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองและใช้เป็นข้อมูลในการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรล ดังต่อไปนี้

2.2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไป(Universal Self Care Requisites)

พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปของผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรล เป็นการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน รักษาไว้ซึ่งการทำงานของหัวใจที่แม้มีพยาธิสภาพ แต่ก็ไม่ให้เลวลงจนเป็นอันตรายต่อสวัสดิภาพของผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปของผู้ป่วยได้แก่

2.2.1.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้ร่างกายได้รับอากาศเพียงพอ ผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรล จะมีอาการเหนื่อยง่าย หายใจลำบาก เนื่องจากปริมาณเลือดที่คั่งในช่องหัวใจเอเตรียมซ้าย ทำให้ความดันในเอเตรียมซ้ายสูงขึ้นและเกิดความดันย้อนกลับไปที่ปอด เมื่อหัวใจถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้นจาก การทำงาน การออกกำลังกาย การติดเชื้อ การมีเพศสัมพันธ์หรือภาวะเครียดทางอารมณ์ ทำให้ความดันในเอเตรียมซ้ายและในปอดสูงขึ้นมาก เลือดคั่งปอด หลอดเลือดแดงปอดแตก ไส้เป็นเลือด (Hemoptysis) และหัวใจช็อกวาล้มเหลว ตามมา (Aronow and Franklin,1987 ; Feldman,1993) ผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรลจึงต้องรู้ระดับสมรรถภาพหัวใจและระดับกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ คือกิจกรรมที่ทำให้อัตราชีพจรเพิ่มขึ้น ไม่เกินร้อยละ 60-85 ของอัตราชีพจรสูงสุดที่สามารถเพิ่มขึ้นได้ของแต่ละบุคคล (WHO, 1993) ต้องรู้จักวิธีการบริหารกล้ามเนื้อช่วยหายใจ และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและปอด เช่น การสูดลมหายใจเข้าออกลึก (Deep breathing exercise) อย่างสม่ำเสมอ การยกแขนขึ้นลงเพื่อบริหารกล้ามเนื้อแขนและไหล่ การอยู่ในที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่แออัด การงดสูบบุหรี่ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนจนเป็นอันตราย ในคลินิกผู้ป่วยจะได้รับการแนะนำไม่ให้ทำงานหนักเกินไป (เกียรติชัย ภูริบุญโญ, 2532 ; Brauwald,1992) ทำให้ผู้ป่วยบางคนไม่ทำงานเลยหรือทำงานน้อยลงจนเป็นปัญหา ต้องเปลี่ยนงาน ออกจากงาน ขาดรายได้ บาง

คนไม่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง พึงพาคนอื่นมากเกินไปหรือบางคนทำงานหนักเกินไป
เกินระดับสมรรถภาพหัวใจ เพราะไม่รู้จักระดับของงานที่สามารถทำได้อย่างปลอดภัย
(Anderson, 1983) จึงจำเป็นที่พยาบาลจะต้องแนะนำและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย

2.2.1.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อให้ร่างกายได้รับน้ำอย่างเพียงพอ

ผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัสต้องระวังภาวะน้ำเกิน เพราะจะทำให้เพิ่มปริมาณเลือด
ที่ไหลกลับเข้าหัวใจและปอด ซึ่งจะทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น จึงต้องรู้จักสังเกตอาการที่
บ่งบอกถึงภาวะน้ำเกิน เช่น หายใจลำบาก อาการหอบกลางคืนขณะนอนหลับ น้ำหนักเพิ่ม
มากกว่า 0.5 กิโลกรัมต่อวัน อาการบวมตามร่างกาย การรับประทานยาขับปัสสาวะตามแผน
การรักษาอย่างถูกต้อง รู้จักประเมิน สังเกตลักษณะ ปริมาณของปัสสาวะว่าสมดุกับปริมาณ
น้ำที่ร่างกายได้รับเข้าไปมากกว่า หรือน้อยกว่า

2.2.1.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้ร่างกายได้รับอาหารอย่างเพียงพอ และ เหมาะสม

ผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัส ควรรู้จักการดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่มีประโยชน์
คุณค่าทางอาหารครบเพราะผู้ป่วยโรคหัวใจมักเกิดภาวะทุพโภชนาการที่เรียกว่า Cardiac
cachexia ซึ่งสาเหตุการเกิดไม่ทราบแน่ชัด แต่บางคนอธิบายว่าเกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลว
ทำให้เลือดคั่งในหลอดเลือดดำของอวัยวะที่มีผลต่อการย่อยและการดูดซึมอาหาร เช่น กระเพาะ
อาหาร ตับ ตับอ่อน หรือเกิดจากภาวะมีออกซิเจนต่ำในเนื้อเยื่อต่างๆ ทำให้ระบบย่อยไม่ปกติ
นอกจากนี้ปัญหาทางด้านจิตใจที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ความอยากรับประทานอาหาร
น้อยลง และอาการหอบเหนื่อยทำให้รับประทานอาหารไม่ได้ (จุฬารักษ์ รุ่งพิสุทธิพงษ์, 2537)
ผู้ป่วยบางรายต้องจำกัดอาหารรสเค็มหรืออาหารที่มีเกลือแกงมาก ต้องรับประทานอาหารรสจัด
ซึ่งจากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยจะบอกว่าไม่อร่อย โดยเฉพาะคนในภาคอีสานที่นิยม
รับประทานอาหารรสจัด ทำให้ไม่อยากรับประทานอาหาร และผู้ป่วยบางคนเข้าใจว่าการรับ
ประทานอาหารไม่เค็ม คือไม่เติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็มเพิ่มแต่รับประทานอาหารปกติที่คนอื่นรับ
ประทานได้ ซึ่งอาจจะมีเกลือแกงมากอยู่แล้วหรืออาหารแห้ง ขนมปัง อาหารที่ถูกปรุงรสไว้ด้วย
ผงชูรส ผงฟู ทำให้ผู้ป่วยบางคนเข้าใจว่าไม่ใช่อาหารรสเค็ม หรืออาหารที่มีเกลือแกงมาก จึง
ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาขับปัสสาวะบาง
ชนิด จะทำให้สูญเสียโปตัสเซียม แมกนีเซียม จนทำให้มีระดับต่ำกว่าที่ร่างกายต้องการ ทำให้
เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ (Aronow and Franklin, 1987) ผู้ป่วยจึงควรได้รับคำแนะนำเรื่อง
ผัก ผลไม้ ที่สามารถชดเชยโปตัสเซียมได้ เช่นกล้วย ส้ม เป็นต้น การปรับเปลี่ยนรสชาติ

อาหารโดยการเพิ่มรสเปรี้ยว หวาน หรือเค็มพริก เพื่อให้สามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ควรเลือกรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย มีสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะโปรตีนจากไข่(ขาว) เนื้อปลา เนื้อไก่ เป็นต้น ควรชั่งน้ำหนักทุกวัน น้ำหนักไม่ควรเพิ่มมากกว่า 0.5 กิโลกรัมต่อวัน และควรควบคุมน้ำหนักไม่ให้เกินมาตรฐาน พยาบาลควรประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยแต่ละคน ให้คำปรึกษาเรื่องโภชนาการที่เหมาะสมในแต่ละราย เพราะภาวะโภชนาการมีผลต่อการดำเนินของโรค การฟื้นฟูสภาพ และการหายของโรค หลังผ่าตัดด้วย

2.2.1.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้ร่างกายมีการขับถ่ายและการระบายของเสีย ให้เป็นไปตามปกติ

ผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัสควรดูแลการขับถ่ายให้เป็นไปอย่างปกติ เพราะภาวะที่อวัยวะในการย่อยอาหารขาดออกซิเจน และการเคลื่อนไหวน้อยอาจเป็นสาเหตุของอาการท้องผูกได้ ผู้ป่วยจึงต้องดูแลตนเอง ไม่ให้เกิดอาการท้องผูก โดยการรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายและมีความหลากหลาย ควรฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลาทุกวัน ดื่มน้ำให้เพียงพอ รวมทั้งมีการเคลื่อนไหวอย่างเพียงพอ ถ้ามีปัญหาเรื่องท้องผูกควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ ถ้าจำเป็นต้องใช้ยาระบาย

2.2.1.5 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อรักษาสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

ผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัสควรปฏิบัติกิจกรรมให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของหัวใจ ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการและอาการเล็กน้อย ควรรู้ขีดจำกัดของกิจกรรมที่สามารถทำได้ เพื่อพุงอาการ หรือชลอเวลาการผ่าตัด หรือรักษาโครงสร้าง หน้าที่ของหัวใจให้มากที่สุด ไม่ให้การดำเนินของโรครุนแรงและดำเนินไปอย่างรวดเร็ว โดยไม่ทำงานหนักเกินไป คือ การกระทำกิจกรรมใดๆ อัตราชีพจรไม่ควรเกิน 60-85 % ของความสามารถเพิ่มได้สูงสุดของชีพจร (Target Heart Rate) ของแต่ละบุคคล (WHO,1993) ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบเพิ่มขึ้น สังเกตการเปลี่ยนแปลงของโรค มีช่วงพักระหว่างการทำงานเป็นระยะ มีการพักผ่อนที่เพียงพอ นอนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง การนอนจะช่วยให้มีการสร้างฮอร์โมนในการเจริญเติบโตและซ่อมแซมเนื้อเยื่อไม่หักโหม ก่อให้เกิดความเครียดต่อร่างกายและจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้าและหงุดหงิด (Kartmann, 1985) มีการปรับเปลี่ยนงานให้เหมาะสมกับระดับสมรรถภาพหัวใจ มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเลือกการออกกำลังกายที่ไม่หนักเกินไป เช่น การเดิน การออกกำลังกายแขนขา การวิ่งเหยาะๆ ภายหลังการในลักษณะของการฝึกความทน โดยเริ่มตั้งแต่ที่ละน้อยวันละ 15-30

นาที่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะทำให้สมรรถภาพของร่างกายโดยทั่วไป และสมรรถภาพของหัวใจดีขึ้น จากการศึกษาของ Scordo (1991) เรื่อง ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ในผู้ป่วยหญิง โรคหัวใจไม่ตรัยัน (MVP) ที่มีอาการเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มที่ออกกำลังกาย มีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าและคะแนนการอยู่ดี สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกาย สมรรถภาพหัวใจดีขึ้น จำนวนครั้งของการเกิดอาการเจ็บหน้าอก อาการอ่อนล้า ง่วงซึม และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผู้ป่วยที่ระดับสมรรถนะหัวใจอยู่ในระดับปานกลางและรุนแรง การออกกำลังกายควรได้รับการแนะนำ และดูแลจากทีมสุขภาพอย่างใกล้ชิด (WHO, 1993) และควรดูแลตนเองให้ได้รับการพักผ่อน อย่างเพียงพอ ผู้ป่วยอาจมีปัญหาจากอาการเหนื่อยหอบ นอนไม่ได้หรือมีความวิตกกังวล ทำให้นอนไม่หลับ ผู้ป่วยควรจัดสภาพแวดล้อมและจัดเวลาพักผ่อนให้เหมาะสม ถ้าจำเป็นต้องใช้ยานอนหลับ ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์

การมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนมากจะมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วย และคู่สมรสมักมีความวิตกกังวล กลัวการมีเพศสัมพันธ์ แต่เนื่องจากเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องส่วนตัวมาก ดังเช่นงานวิจัยของ Shuman (1987) ที่ศึกษาทัศนคติของพยาบาลต่อการให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ พบว่าร้อยละ 82 ของพยาบาล เชื่อว่า การให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นบทบาทของพยาบาล แต่ก็พบเพียงร้อยละ 52 ที่รวมการให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และร้อยละ 50 รู้สึกไม่สุขสบายหรือมีความรู้ไม่พอที่จะให้คำปรึกษา ส่วนในสังคมไทย มักไม่ได้มีการบอกเล่าและขอคำปรึกษา แพทย์และพยาบาลเองก็มักจะละเลย หรือไม่กล้าที่จะสอบถาม หรือแนะนำ ถ้าผู้ป่วยไม่พูดถึงปัญหาเรื่องนี้ การให้คำปรึกษาจึงมีน้อยมาก ทำให้เกิดปัญหาการหย่าร้างตามมา ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาความผิดปกติของการมีเพศสัมพันธ์ตามมา ผู้ป่วยควรขอคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล ถึงแนวทางการประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์และพยาบาลควรมีการประเมิน และรวมการให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ เข้าเป็นส่วนหนึ่งของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้วย

2.2.1.6 การดูแลตนเองเพื่อรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัยัน ควรเข้าใจถึงขีดจำกัดของกิจกรรมที่ตนเองสามารถปฏิบัติได้ มีการดูแลตนเองและยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างเหมาะสม ตลอดจนมีการปฏิบัติดูแลตนเองตามแนวการรักษา และขอคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพอย่างถูกต้อง

เพื่อฟื้นฟูความสามารถที่จะพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด มีกิจกรรมสันตนาการ เช่น การออกกำลังกาย การพบปะพูดคุยกับเพื่อน ญาติมิตร เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดทางด้านจิตใจ และทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ทำให้ทราบความต้องการของผู้อื่น และผู้อื่นทราบความต้องการของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม

จากการศึกษาของ Rose (1992) ที่ทำการศึกษา เพื่อประเมินผลของการให้โปรแกรมความรู้ในกลุ่มเพื่อน เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจในผู้สูงอายุ โดยการจัดโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้แก่ผู้นำของผู้สูงอายุ หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับจากการอบรมแก่เพื่อนๆ ต่อ ในลักษณะไม่เป็นทางการ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ มีการรับรู้สมรรถนะตนเองเกี่ยวกับเรื่องอาหาร การออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจะมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสาร ที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลตนเองดีกว่า

2.2.1.7 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

ผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัสที่ยังไม่มีอาการ ควรสนใจ และรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายและสาเหตุที่ทำให้มีอาการของโรคเลวลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยการติดตามรับการฉีดเบนซาทีน เพนนิซิลิน อย่างต่อเนื่องทุกเดือนตามคำแนะนำของแพทย์ เข้าใจถึงความสำคัญของการฉีดหรือรับประทานยาปฏิชีวนะให้ถูกต้องและครบตามขนาด ตลอดจนการรักษาสุขอนามัยของปากและฟัน การพบทันตแพทย์อย่างน้อยทุก 6 เดือน เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจอักเสบ สนใจข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเลือดคั่งปอด โดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่นการทำงานหนักหรือหักโหมเกินไป การรับประทานอาหารเค็ม การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การสังเกตสาเหตุนำของอาการเหนื่อยหอบ ซึ่งอาจจะเกิดจากสาเหตุ ทางด้านร่างกายและจิตใจ ควรหยุดพักทันที เมื่อมีอาการ หลีกเลี่ยงหรืองดในการทำกิจกรรมนั้นและปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแล ป้องกันการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยเฉพาะในรายที่ได้รับยาขับปัสสาวะ ผู้ป่วยควรทราบของตัวเองได้รับประทานยาขับปัสสาวะอยู่ขนาดเท่าใด การออกฤทธิ์และอาการข้างเคียงของยา การเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือแร่โปตัสเซียม แมกนีเซียมทดแทน ในรายที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ควรป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดหรือการบาดเจ็บสูญเสียเลือดมาจากการรับประทานยาไม่ถูกต้องพร้อมทั้งนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2.2.1.8 การดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด

ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง



ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัส ควรมีการรับรู้ตนเองตามสภาพความเป็นจริง มีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามระดับสมรรถภาพหัวใจเช่น การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย และปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ในสังคมและครอบครัว ให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ เพื่อคงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีการติดตามประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเอง สังเกตว่ากิจกรรมใดทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก ซีพจรเต้นเร็ว หน้ามืด เป็นลม และจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงและปรับเปลี่ยนกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวภา วิชิตวาทิ (2534) ที่ศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียขาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อป่วยเป็นโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัส

เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นที่เกิดขึ้น เนื่องจากลิ้นหัวใจไม่ตรัสมีพยาธิสภาพ ทำให้การไหลเวียนเลือดผิดปกติ และเป็นการดูแลตนเองเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการรักษาโรค การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัส มีดังนี้

2.2.2.1 การดูแลตนเองโดยแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้

ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัส มีลักษณะคล้ายกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ คือต้องติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรวมถึงการต้องรับประทานยาระยะยาว รับประทานอาหารที่เฉพาะกับโรค มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับโรค ประเมินและเฝ้าระวังสภาวะโรค สร้างความผาสุกให้แก่ตนเองและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (Connelly,1987) ดังนั้นผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัสจึงควรรู้ว่าต้องขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพเรื่องใด ที่ตัวเองมีปัญหาไม่สามารถปฏิบัติได้เมื่อใด เนื่องจากต้องมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Dynamic state) (สมจิต หนูเจริญกุล,2536) มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง พยาบาลต้องประเมินความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อที่จะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

2.2.2.2 การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัสที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองตามแนวการรักษาโรค จะทำให้การดำเนินของโรคช้าและรุนแรงน้อยลง ทำให้ได้รับการรักษาขั้นต่อไปที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม มีการเตรียมพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้นผลของการผ่าตัดมีประสิทธิภาพสูงสุด (Currie,1991) การดูแลตนเองที่จำเป็นมีดังนี้

1) การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรึงจะได้รับยาต่างๆ ขึ้นกับพยาธิสภาพของโรค เช่น ยาปฏิชีวนะพวกยาเบนซาทีน เพนนิซิลิน ไดออกซิน ยาขยายหลอดเลือด ยาขับปัสสาวะ ยาป้องกันลิ่มเลือดอุดตัน เป็นต้น

ยาปฏิชีวนะป้องกันการเกิดโรคหัวใจอักเสบ จากการติดเชื้อ (Infective endocarditis) ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรึงบางรายที่มีการติดเชื้อในร่างกาย หรือมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อของหัวใจ เช่นผู้ป่วยที่มีการเต้นของหัวใจแบบ atrial fibrillation จะได้รับยาปฏิชีวนะพวกเพนนิซิลิน หรือในรายที่แพ้เพนนิซิลิน จะได้รับยาปฏิชีวนะตัวอื่นคู่กับยากลุ่มอะมิโนกลัยโคไซด์ (Gentamicin) ฉีดเข้าเส้นและเข้ากล้ามเนื้อทุก 8 ชั่วโมง ระยะเวลาหนึ่ง และต่อยารับประทาน (American Heart Associate Recommendation อ้างใน สุภัตรา ยันตระกูลและคณะ, 2537) ผู้ป่วยต้องรับประทานให้ครบตามขนาด ไม่หยุดรับประทานยาเองหรือซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีไข้หรือเกิดอาการอักเสบ สังเกตอาการข้างเคียงของยาและบอกให้แพทย์ผู้รักษาทราบทันทีถ้ามีอาการแพ้ยา ยาป้องกันการกลับเป็นซ้ำของไข้รูมาติก เพราะการกลับเป็นซ้ำของไข้รูมาติก จะทำให้เกิดการทำลายลิ้นหัวใจไม่ตรึงมากขึ้นและทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ผู้ป่วยต้องตระหนักถึงการป้องกันนี้ โดยรับการฉีดเบนซาทีน เพนนิซิลิน (Benzathine penicillin 1.2 mu) เดือนละครั้ง ติดต่อกันอย่างน้อย 5 ปี หรือตลอดชีวิตสำหรับกลุ่มเสี่ยง (เกียรติชัย ภูมิปัญญา, 2532 ; Feldman, 1993)

ผู้ป่วยควรรู้จักชื่อ ขนาดของยาที่ใช้ และจุดประสงค์ของการใช้ยา การรับประทานยารักษาและบรรเทาอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ดิจิตาลิส ยาขับปัสสาวะ ยาขยายหลอดเลือด ผู้ป่วยควรรู้จักชื่อ ลักษณะของยา ขนาดของยา ฤทธิ์ของยาและผลข้างเคียงของยา ไม่ควรเพิ่มหรือลดขนาดของยาเอง การดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาได้แก่

การตรวจนับชีพจรก่อนรับประทานยาดิจิตาลิส เพราะฤทธิ์ของยาจะทำให้การเต้นของหัวใจช้าลง ถ้าชีพจรช้าลงกว่าปกติ (น้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที) ควรดยา และสังเกตอาการเป็นพิษของยา เช่นเหนื่อยหอบมากขึ้น นอนราบไม่ได้ อาจมีอาการใจสั่นจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ ต้องงดยาและมาพบแพทย์

สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานยา ขับปัสสาวะ ควรสังเกต ปริมาณ และลักษณะของปัสสาวะ ว่ามีมากน้อย เปลี่ยนแปลงจากเดิมหรือไม่ การรับประทานอาหารที่สามารถขดเซยเกลือแร่โปตัสเซียม แมกนีเซียม ที่สูญเสียไปกับการขับปัสสาวะ ซึ่งถ้าต่ำกว่าระดับปกติของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะดิจิตาลิสเป็นพิษ เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ง่าย อาหารที่มีโปตัสเซียมสูง ได้แก่ ส้มกล้วย หรือรับประทานยาทดแทนเกลือแร่ตามแนวการรักษา

ส่วนผู้ป่วยที่รับประทานยาขยายหลอดเลือดเพื่อลดขนาด และรักษาสภาพการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย ซึ่งในผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการ จะทำให้การดำเนินของโรคช้าลงสามารถชะลอการผ่าตัดได้ (Currie,1991)ฤทธิ์ของยาจะช่วยลดทั้งปริมาณเลือดที่ไหลกลับคืนสู่หัวใจ (Preload) และลดแรงต้านทานต่อการไหลเวียนของเลือด (Afterload) (Zuza III, 1990) ต้องระมัดระวังอาการข้างเคียง เช่น การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะหัวใจเต้นเร็วในการเดินทาง การเปลี่ยนท่า อาจเกิดหน้ามืดเป็นลมได้

ผู้ป่วยที่ได้รับประทานยาป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด ยาที่นิยมใช้ได้แก่ แอสไพริน คุมาดิน Catania (1994) กล่าวว่าความสำเร็จของการรักษาด้วยการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยการให้ยารับประทานขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ป่วยและการติดตามประเมินผลการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคหัวใจไมตรัลที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน ผู้ป่วยบางคนรับประทานคุมาดิน เพียงช่วงสั้นประมาณ 3-6 เดือน แต่บางคนต้องรับประทานตลอดชีวิต ผู้ป่วยควรทำความรู้จักกับ ชื่อยา ลักษณะ ขนาดที่รับประทาน มีการประเมินผลการใช้ยาโดยการติดตามเจาะเลือดตรวจความสามารถในการแข็งตัวของเลือด คือโปรทรอมบินไทม์ (PT) ค่าปกติ 11-15 วินาที การรับประทานยาต้องการให้ระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดนานขึ้นประมาณ 1.5 - 2 เท่า ของระยะเวลาปกติ (บางครั้งจะแสดงผลเป็นหน่วยของ International Normalized Ratio : INR) ซึ่งค่า PT 1.3-1.5 เท่า มีค่าเท่ากับ INR 2-3 เท่า (Levine, et al.,1992) ค่าระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือดเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเอง (Catania,1994) ที่ผู้ป่วยควรทราบ ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตพิการ ตับอ่อนมีความผิดปกติ ขาดวิตามินเค โรคเนื้อเยื่อพังพืด (Collagen disease) รวมถึงการใช้ ฮอร์โมน ทูพอโซน การฉีกรั้วกระดูก ฯลฯ จะเสริมฤทธิ์ของคุมาดิน ในทางตรงข้ามภาวะบวม ไขมันในเลือดสูง คลอเลสเตอรอลในเลือดสูง ไฮโปไทรอยด์ตีบตัน การรับประทานผักที่มีวิตามินเคสูง (ผักสีเขียว, ผักกินใบ) จะลดฤทธิ์ของยาคุมาดิน นอกจากนี้ยังมียาเสริมฤทธิ์คุมาดิน ได้แก่ สเตียรอยด์ แอสไพริน ยาปฏิชีวนะ แอลกอฮอล์ บุหรี่ ยาระงับอาการชักแบบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) วิตามินอี เป็นต้น ยาที่ต้านฤทธิ์ได้แก่ ยาแก้แพ้ต่างๆ บาร์บิทูเรท ยาลดกรด ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน วิตามินซี และดี ผู้ป่วยต้องติดตามเจาะเลือดตรวจอย่างน้อยเดือนละครั้งหรือขึ้นกับความคงที่ของการตอบสนองของร่างกายต่อยา จึงต้องรู้วิธีป้องกันและหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ สูญเสียเลือด เช่นการเล่นกีฬาที่ไม่มีการปะทะบาดเจ็บ ถ้าจำเป็นที่จะต้องผ่าตัด ควรรายงานให้แพทย์ผู้ผ่าตัดทราบก่อน เพื่อปรับระดับยา ไม่ควรปรับขนาดของยาหรือหยุดยาเองจะเกิดอันตรายได้ (Catania,1994) ควรตรวจ

นับเม็ดยาให้เพียงพอถึงวันที่จะไปพบแพทย์ครั้งต่อไป เพราะจากประสบการณ์ของผู้วิจัย พบผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมตรัล ที่มีอาการของหลอดเลือดสมองอุดตัน เป็นอันตรายถึงชีวิต เนื่องจากขาดยา เพราะยาหมดก่อนวันนัดและไม่ได้มาพบแพทย์

2) การดูแลสุขภาพปากและฟัน ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมตรัลต้องดูแลสุขภาพอนามัยปากและฟันให้ดีอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อของหัวใจ โดยควรพบทันตแพทย์อย่างน้อยทุก 6 เดือน และบอกให้ทันตแพทย์ทราบว่าผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ เพื่อการให้ยาปฏิชีวนะก่อนเมื่อต้องทำทันตกรรม เพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Baas and Kretten, 1987) หรือในรายที่ได้รับคูมาดิน ควรจะได้รับการปรับขนาดของยาให้เหมาะสมก่อนทำทันตกรรม และเมื่อมีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจหรือเจ็บคอ ควรไปพบแพทย์ ไม่ควรหาซื้อยามารับประทานเอง

3) การติดตามผลการรักษาและการมาตรวจตามแพทย์นัด ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมตรัลควรให้ความสำคัญต่อการติดตามผลการรักษาที่ต่อเนื่อง แม้ว่าจะไม่มีอาการผิดปกติ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา เพราะแม้ว่าจะไม่มีอาการแต่ถ้าลิ้นหัวใจไมตรัลที่ผิดปกติยังไม่ได้ได้รับการแก้ไข อาการของโรคจะดำเนินรุนแรงขึ้นได้ในเวลาต่อมา การติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินสมรรถภาพหัวใจและการวินิจฉัยอาการผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรก (Braunwald, 1992)

2.2.2.3 การดูแลตนเองโดยการรับรู้ สนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมตรัลจะประสบความไม่สุขสบายจากอาการของโรคและการรักษา ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองดังต่อไปนี้

1) อาการเหนื่อยง่าย หายใจลำบาก หายใจหอบเหนื่อยเวลากลางคืน ไอเป็นเลือด เนื่องจากภาวะเลือดคั่งปอด ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง เส้นเลือดแดงปอดฉีกขาด (Braunwald, 1992) ซึ่งจะมีมากน้อยต่างกัน ผู้ป่วยควรสังเกตกิจกรรมที่ทำให้เกิดอาการ หยุดพักทันทีที่มีอาการและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ถ้าอาการหายใจลำบากเหนื่อยหอบ เป็นมากขึ้นควรไปพบแพทย์

2) อาการอ่อนเพลีย เนื่องจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงร่างกายลดต่ำลง (Baas and Kretten, 1987) ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้ ผู้ป่วยต้องรู้จักเลือกปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างและงดกิจกรรมบางอย่าง มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อฟื้นฟูสมรรถนะของกล้ามเนื้อบางส่วน โดยการเดิน การฝึกหายใจเข้า-ออกลึก การยกแขนขาหรือกายบริหารตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ (WHO, 1993)

3) อาการเจ็บหน้าอก สาเหตุอาจเกิดจากหัวใจห้องล่างขวาโต เส้นเลือดหัวใจตีบหรืออุดตันจากไขมันหรือลิ่มเลือด หรือเกิดร่วมกับความวิตกกังวลสูง อาการคล้าย

กับอาการแองไจนา (angina pectoris) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 15 (เกียรติชัย ภูมิปัญญา, 2532 ; Braunwald, 1992) ผู้ป่วยควรสังเกตอาการเจ็บหน้าอกว่าสัมพันธ์กับกิจกรรมใด ความถี่ของการเกิด ระยะเวลาที่เกิดแต่ละครั้ง ควรหยุดปฏิบัติกิจกรรมนั้นทันทีเมื่อมีอาการ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นควรพบแพทย์

4) อาการหน้ามืด เป็นลม เกิดจากภาวะปริมาตรเลือดออกจากหัวใจ ต่อนาทีลดลง เนื่องจากการเต้นผิดจังหวะของเอเทรียมซ้ายที่มากขึ้น (Baas and Kretten, 1987) ผู้ป่วยควรสังเกตกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการ ความถี่ของการเกิดอาการ หลีกเลี่ยงกิจกรรมนั้น และรายงานให้แพทย์ทราบ

5) อาการบวมที่มือและเท้า ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมตรัล ควรสังเกตอาการบวมที่เกิดขึ้น หรือเพิ่มขึ้น เพราะจะเป็นตัวบ่งบอกถึงอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นมากขึ้น

6) อาการแสดงของการติดเชื้อ ผู้ป่วยควรให้ความสนใจต่ออาการแสดงของการติดเชื้อของร่างกาย เพราะจะทำให้อาการของโรคหัวใจเลวลงได้ และอาจเกิดการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ จากรายงานของ สมพนธ์ บุญยุคุปต์, ประสาท เหล่าถาวร และสุทัศน์ ศรีอาภรณ์ (2532) ว่าผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมตรัล มีไข้เรื้อรังนานถึง 3 เดือน โดยแพทย์ไม่สามารถตรวจพบเชื้อ เนื่องจากการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัส สายพันธุ์ที่ไม่สามารถตรวจพบโดยการเพาะเชื้อธรรมดา ต้องใช้อาหารพิเศษในการเพาะเชื้อ (Nutritionally Variant Streptococcus) ซึ่งเชื้อตัวนี้สามารถทำลายลิ้นหัวใจไมตรัลได้ ดังนั้นผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาไม่ถูกต้องหากไม่ให้ความสนใจถ้าคิดว่าการติดเชื่อนั้นไม่รุนแรง

7) อาการเลือดออกง่ายผิดปกติ ในรายที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยอาจจะมีอาการเลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน มีประจำเดือนมากและนาน เกินปกติ ถ่ายอุจจาระสีดำหรือมีเลือดปน ปัสสาวะสีเข้มหรือแดง (Catania, 1994) ผู้ป่วยควรให้ความสนใจ สังเกตอาการเหล่านี้และรายงานให้แพทย์ผู้รักษาทราบ

8) อาการลิ้มเลือดอุดตันเส้นเลือดทั้งเส้นเลือดดำและแดง พบมากในผู้ป่วยอายุมากกว่า 35 ปี โดยเฉพาะในรายที่มีการเต้นของหัวใจแบบ atrial fibrillation ที่พบบ่อย คือ เส้นเลือดสมอง เส้นเลือดแดงหัวใจ ไต ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว แขนขาอ่อนแรง เจ็บหน้าอก (Braunwald, 1992) ผู้ป่วยควรรีบปรึกษาแพทย์ผู้รักษาทันที เพื่อให้การดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม

2.2.2.4 การปรับทัศนคติและภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัสจะต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายและข้อจำกัดต่างๆ ตามสภาวะของโรคและแนวการรักษาโรคเช่นเดียวกับผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ มีการดำเนินชีวิตที่จำกัด ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยยังต้องดำรงบทบาทในสังคม และรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ ซึ่งบางครั้งเป็นข้อจำกัดต่อการดูแลตนเองตามบทบาทผู้ป่วย ที่ต้องสอดแทรกพฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวัน (Connolly, 1987) ถ้าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง มีแต่ความกลัวจะทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองให้คงดำรงบทบาทหน้าที่ได้ จะมีผลต่อทัศนคติ เกิดความรู้สึกเบื่อ ท้อแท้ หงุดหงิด มีปัญหากับเพื่อนร่วมงาน ไม่ได้รับการยอมรับ ทำให้ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำลง เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Anderson, 1983) พยาบาลจึงควรประเมินปัญหาด้านนี้ในผู้ป่วยเรื้อรังทุกราย เพื่อวางแผนร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวและเพื่อนร่วมงานในการช่วยเหลือผู้ป่วย ให้สามารถคงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยการมอบหมายงานที่เหมาะสมกับสภาวะของโรค การยอมรับความคิดเห็น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและรับฟังปัญหาของผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัสด้วยกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาคคล้ายกัน เป็นวิธีหนึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ง่ายขึ้น

2.2.2.5 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะของโรคหัวใจไม่ตรัสที่เป็นอยู่ และแนวทางการรักษา เพื่อคงการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่มีอยู่ ผู้ป่วยควรมีความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การดำเนินของโรคแนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ภาวะเสี่ยงต่างๆและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อจะได้นำมาวางแผนการดูแลตนเองและตั้งเป้าหมายของการดูแลตนเอง เพื่อรักษาภาวะของโรคให้ดำเนินไปอย่างช้าๆ มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถที่จะตัดสินใจและร่วมมือสำหรับการตรวจพิเศษ การทำหัตถการอื่นๆหรือการผ่าตัดซ่อมแซมหรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เมื่อถึงเวลาอันเหมาะสม นำแนวทางการรักษา ป้องกันและฟื้นฟูสภาพ มาจัดเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวัน ปรับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทุกด้าน ให้สอดคล้องกับการดูแลตนเองเมื่อป่วยด้วยโรคหัวใจไม่ตรัส เพื่อให้สามารถดำรงชีวิต บทบาทหน้าที่และพัฒนาการต่อไปได้

2.3 มโนทัศน์การรับรู้สมรรถนะตนเอง

สืบเนื่องจากเป้าหมายของการสาธารณสุขมูลฐานที่องค์การอนามัยโลก ได้ตั้งไว้ว่า "ประชาชนจะมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ.2000" ซึ่ง นพ.ไพจิตร ปะบุตร (2533 อ้างใน สุรีย์ จันทรโมลี, 2535) ได้แสดงทัศนะว่า "การดูแลสุขภาพของประชาชน ในเชิงบวกจะเป็นไปไม่ได้เลย แม้จะสร้างสถานบริการของรัฐให้สามารถครอบคลุมได้เพียงใด ตราบใดที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพ เสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของตนเอง" ในประเทศไทยได้พัฒนากิจกรรมต่าง ๆ เพื่อ พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของประชาชน ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการปฏิบัติการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล ทั้งปัจจัยภายใน และภายนอกตัวบุคคล แต่ เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action and goal oriented) (Orem,1991) ดังนั้นปัจจัยภายในตัวบุคคล จึงควรได้นำมาวิเคราะห์ และส่งเสริม ให้บุคคลนำไปพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นักจิตวิทยาการเรียนรู้ทางสังคม ทำการศึกษาพฤติกรรมของบุคคลพบว่า ความรู้ การนำไปปฏิบัติ และทักษะเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการกระทำใดๆ แต่ก็พบว่าไม่เพียงพอสำหรับการกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จ เพราะบ่อยครั้งที่พบว่าบุคคลไม่สามารถแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสม แม้รู้ว่าจะต้องทำอะไร ทั้งนี้เพราะว่าบุคคลขาดอำนาจอ้างอิงในตัวเอง (Self-Reference) คือ ความเชื่อในสมรรถนะตนเองที่จะนำความรู้ที่มีอยู่อย่างเพียงพอไปปฏิบัติ (Bandura, 1986)

ทฤษฎีสมรรถนะตนเอง (Self - Efficacy Theory) เป็นทฤษฎีที่ Albert Bandura นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ได้พัฒนาจากทฤษฎีการเรียนรู้ของ Skinner และนำมาศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ แต่ Bandura ไม่เห็นด้วยกับ Skinner (Lawrence,1983) ในประเด็นที่ว่า 1) พฤติกรรมเป็นคุณสมบัติติดตัว (trait) 2) แรงขับภายนอกเท่านั้นที่ควบคุมพฤติกรรม ความสามารถทางสติปัญญาของบุคคลไม่มีผลต่อพฤติกรรม 3) การให้แรงเสริม (reinforcement) จะมีผลต่อบุคคลแม้เมื่ออยู่ในภาวะไร้สติ (unconscious) หรือมีสติปัญญาตระหนักได้ 4) การให้แรงเสริมเท่านั้นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในอนาคต ไม่ใช่การเรียนรู้ แต่เห็นด้วยกับ Skinner (1977 cited by Lawrence,1983) ในประเด็นที่ว่าพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ควบคุมและทำนายได้

คุณลักษณะของพฤติกรรมตามแนวคิดของ Bandura (1977 cited by Lawrence,1983) มีดังนี้

1. การกระทำของบุคคลมีเป้าหมาย
2. พฤติกรรมเกิดขึ้นในภาวะรู้สติ
3. พฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนได้

4. พฤติกรรมได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม จึงควรคำนึงถึงความแตกต่างทางชีวภาพของแต่ละบุคคลในเรื่องความเข้หายวนดิ่งดูใจ สรีรภาพและความแข็งแรง
5. พัฒนาการของบุคคลิกภาพ ได้รับผลจากแรงเสริมหลายด้านที่เกิดจากการเรียนรู้
6. ภาวะหรือความต่อเนื่องของการได้รับแรงเสริม มีผลต่อพัฒนาการของพฤติกรรมตามแนวคิดของทฤษฎีสมรรถนะตนเอง การรับรู้ของบุคคลจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งจะมีผลต่อการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมออกมา

2.3.1 ความหมาย

การรับรู้สมรรถนะตนเอง หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการ และกระทำการใดๆ ตามที่ได้วางแผนไว้ ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่ใช้ทักษะที่มีอยู่ แต่ต้องพิจารณาว่าตัวเองสามารถทำอะไรได้ โดยใช้ทักษะใดในสถานการณ์นั้น (Bandura, 1986)

2.3.2 องค์ประกอบของการรับรู้สมรรถนะตนเอง

ทฤษฎีสมรรถนะตนเองเชื่อว่า บุคคลจะกระทำหรือแสดงพฤติกรรมใดๆ ให้สำเร็จ บุคคลต้องอาศัยศักยภาพ 2 ประการ คือ (Bandura, 1986)

- 1) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว จะก่อให้เกิดผลดังที่ปรารถนา
- 2) ความคาดหวังในสมรรถนะตนเอง (Self-efficacy expectation) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่ออย่างสมเหตุสมผลว่า ตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ ถ้าได้พยายามกระทำเต็มความสามารถ

ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Bandura, 1977 cited by Oetker-Black, et al., 1992) ที่เกิดจากการปฏิบัติ เป็นแรงจูงใจ เริ่มแรกในการกระทำพฤติกรรมใดๆ ในขณะที่ความคาดหวังในสมรรถนะตนเอง จะเป็นตัวตัดสินว่าบุคคลจะต้องใช้ความพยายามมากเท่าใดและต้องใช้ความอดทนมากเพียงใดในการต่อสู้อุปสรรค นอกจากนั้นยังได้นำเสนอเพิ่มว่าความคาดหวัง จะไม่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ปรารถนาถ้าบุคคลขาดความสามารถที่จำเป็น (Essential abilities) ซึ่งเป็นความสามารถที่เกิดมากับตัวบุคคล หรือเกิดจากการเรียนรู้ และมีความจำเป็นต่อการปฏิบัติงานเฉพาะอย่างให้สำเร็จ

ดังนั้นบุคคลจะแสดงพฤติกรรมก็ต่อเมื่อมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และเชื่อว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ

2.3.3 แหล่งข้อมูลของการรับรู้สมรรถนะตนเอง

การรับรู้สมรรถนะตนเองเกิดจากแหล่งข้อมูลหลัก 4 ประการคือ (Bandura, 1986)

1) ความสำเร็จจากการปฏิบัติ (Performance Accomplishments) เป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่จะสร้างความคาดหวังในสมรรถนะตนเอง เป็นแหล่งข้อมูลที่แข็งแกร่งที่สุด เพราะบุคคลจะติดตามผลลัพธ์จากการปฏิบัติของตน ความสำเร็จจากการปฏิบัติงานจะเพิ่มการรับรู้สมรรถนะตนเอง ในขณะที่ความล้มเหลวจะทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองลดลงเช่น ถ้าบุคคลพบกับความล้มเหลวตั้งแต่เริ่มแรกก่อนที่จะทำงานได้สำเร็จและยังขาดความพยายาม หรือมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม จะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองต่ำ

ดังนั้นในการทำงานจึงควรแบ่งงานออกเป็นส่วนๆ ย่อยลง เพื่อทำให้เกิดความสำเร็จ แม้ใช้ความพยายามเพียงเล็กน้อยก็สำเร็จได้ ทำให้เกิดการรับรู้ที่ดี เกิดการกระตุ้นให้พยายามทำงานที่ยากยิ่งขึ้น

2) การเห็นตัวอย่างการปฏิบัติจากผู้อื่น (Vicarious Experience) หรือการได้เห็นแบบอย่าง (Model) การที่บุคคลได้สังเกตการกระทำของคนอื่น ที่ได้ใช้ความพยายามในการปฏิบัติ และพบความสำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยมาก หรือกลุ่มเพื่อน (Peer group) คือ อายุ เพศ ความสามารถและการปฏิบัติในอดีตที่คล้ายกัน จะเป็นตัวแบบที่มีอิทธิพล ต่อบุคคล ในการที่จะใช้สมรรถนะตนเองปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จเหมือนกัน ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จด้วยความพยายาม จะเป็นตัวแบบที่ดีกว่าตัวแบบที่ทำอะไรสำเร็จโดยง่ายไม่ต้องใช้ความพยายาม ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลได้เห็นตัวแบบที่พบกับความล้มเหลวจากการพยายามปฏิบัติให้ถึงเป้าหมาย ก็จะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองให้ต่ำลง

3) การพูดชักจูงใจ (Verbal Persuasion) การพูดสนับสนุน ให้กำลังใจจากบุคคลใกล้ชิด (significant others) เช่น พ่อแม่ เพื่อน คู่สมรสหรือบุคคลากรที่มสุขภาพ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง แนวทางปฏิบัติ ให้กำลังใจ ผู้ป่วยจะเรียนรู้จากแนวความคิด ทักษะของบุคคลเหล่านั้น ซึ่งจะทำให้บุคคลรับรู้ว่าเขาสามารถทำอะไรได้เองบ้าง ตามที่ได้รับความรู้มา และได้รับการกระตุ้นให้ใช้ความพยายามปฏิบัติ

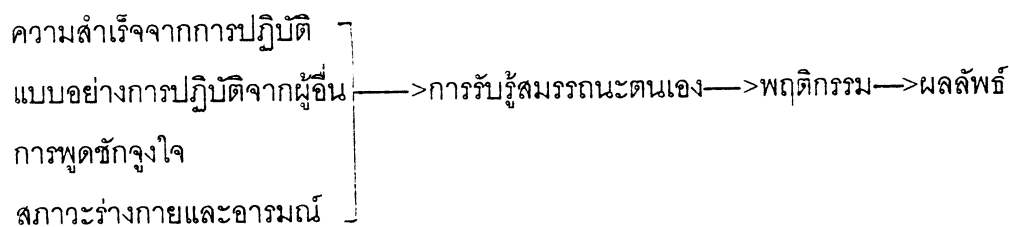
4) สภาพะของร่างกายและอารมณ์ (Physical or Emotional state) ในขณะที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมใดหรือมีพฤติกรรมใดอยู่ สภาพร่างกายหรืออารมณ์ขณะนั้นหรือที่เกิดขึ้นตอบสนองต่อการปฏิบัติกิจกรรมนั้น จะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะตนเอง เช่นในขณะที่บุคคลมีอาการเหนื่อยหอบ จะมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารตามแนวทางการรักษาต่ำลง หรือในขณะที่บุคคลมีความวิตกกังวลสูง จะมีการรับรู้สมรรถนะตนเองต่ำใน

เรื่องการรับประทานยาให้ถูกต้องตามขนาด ตามแนวการรักษา จึงพบว่าในขณะที่มีการเร้าทางอารมณ์ (Emotional arousal) มาก การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง จะไม่สามารถสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยได้ ซึ่งต่างจากในสภาวะที่ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย มีสติ จะมีการเอาใจใส่ สนใจ เรียนรู้ได้เร็ว ทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น เป็นเหตุให้การรับรู้สมรรถนะตนเองสูงขึ้น

สรุป กระบวนการเกิดการรับรู้สมรรถนะตนเองของบุคคล เกิดจากบุคคลมีประสบการณ์จากความสำเร็จในการปฏิบัติ จากการที่ได้พบเห็นตัวอย่างที่ผู้อื่นปฏิบัติได้สำเร็จ ได้รับการกระตุ้นโดยการพูดชักจูงให้กำลังใจ ประกอบกับสภาวะของร่างกายและจิตใจขณะนั้น ว่ามีความพร้อมที่จะปฏิบัติมากน้อยเพียงใด บุคคลจึงเกิดการรับรู้สมรรถนะตนเองขึ้น และปฏิบัติตามที่ตนเองรับรู้แล้วจึงเกิดผลลัพธ์ตามมา ดังแสดงในรูปที่ 1

แหล่งข้อมูลก่อนเกิดการรับรู้สมรรถนะตนเอง

ผลที่เกิดตามมา



รูปที่ 1 แสดงแหล่งข้อมูลก่อนเกิดการรับรู้สมรรถนะตนเอง และผลที่เกิดตามมาของการรับรู้สมรรถนะตนเอง (Hurley, 1990 : 32)

ในเชิงทฤษฎีกำหนดรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) พบว่าความรู้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ และความตั้งใจกระทำ รวมถึงแหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง ต่างมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ตามต้องการ แต่พบว่าแต่ละปัจจัยไม่สามารถทำนายพฤติกรรมได้ ในขณะที่การรับรู้สมรรถนะตนเองซึ่งเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่รู้ (Knowing what to do) กับสิ่งที่ปฏิบัติจริง (Actually doing it) สามารถทำนายพฤติกรรมได้ (Hurley, 1990) ความรู้เป็นสิ่งจำเป็นแต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำนายพฤติกรรม เช่นเดียวกับความคาดหวังในผลลัพธ์และความตั้งใจกระทำ ไม่สามารถที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมได้ ถ้าบุคคลขาดความเชื่อในความสามารถตนเองว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ซึ่งก็คือความคาดหวังในสมรรถนะ

ตนเองนั่นเอง การที่บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็เพราะมีความเชื่อที่เปลี่ยนแปลงไป และบุคคลจะแสดงพฤติกรรมก็เพราะมีความเชื่อว่าตนเองสามารถทำได้ (Zalazar, 1991 cited by Blair, 1993) มีการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองสามารถจะทำนายพฤติกรรมได้ เช่น การศึกษาของ Stretcher, De Vellis, Becker และ คณะ (1986 cited by Moore, 1990) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเลิกสูบบุหรี่ การเลิกดื่มสุรา การควบคุมน้ำหนัก ตลอดจนการออกกำลังกาย หรือการศึกษาของ Crabtree (1986 cited by Moore, 1990 ; Hurley, 1990) ที่ศึกษาผลของการรับรู้สมรรถนะตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าการเพิ่มขึ้นของการรับรู้สมรรถนะตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กันและการรับรู้สมรรถนะตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น

สำหรับความคาดหวังในผลลัพธ์ แม้ว่าจะมีผลต่อแรงจูงใจในการเริ่มกระทำพฤติกรรม ร่วมกับความคาดหวังในสมรรถนะตนเอง แต่เนื่องจากผลลัพธ์เกิดจากการกระทำไม่สามารถเกิดขึ้นเองได้ ความคาดหวังในผลลัพธ์จึงแปรผันตามการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงมาก จึงพบว่าบุคคลจะหลีกเลี่ยงกระทำพฤติกรรมที่มีความเชื่อว่าจะให้ผลลัพธ์อย่างหนึ่งแน่นอน แต่มีการรับรู้สมรรถนะตนเองว่าไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ เช่นผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่าการรับประทานอาหารสัจจะจะทำให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้นแน่นอน แต่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติเนื่องจากไม่มีความสามารถในการปรุงอาหารสัจจะรับประทานเองได้ทุกมื้อ และการที่บุคคลคำนึงถึงแต่ผลลัพธ์ของการปฏิบัติมากกว่าคำนึงถึงสมรรถนะตนเอง ทำให้บุคคลพบกับความล้มเหลวในการปฏิบัติได้ เช่นผู้ป่วยที่รับประทานยาขยายหลอดเลือด มีอาการวิงเวียนศีรษะ เดินขึ้นบันไดเมื่อต้องการหยิบของใช้บนบ้าน อาจได้รับอุบัติเหตุตกบันไดได้

จะเห็นว่าบุคคลไม่สามารถสนองตอบความต้องการหรือความคาดหวังในผลลัพธ์ของตนเองได้ ถ้าขาดสมรรถนะในการปฏิบัติ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ 1) การเลือกหรือไม่เลือกพฤติกรรมคือ เลือกว่าพฤติกรรมใดจะพยายามกระทำ พฤติกรรมใดที่ควรหลีกเลี่ยง 2) ความพยายามในการก่อให้เกิดพฤติกรรมนั้น กล่าวคือหากพฤติกรรมนั้นมีความยากจะต้องใช้ความพยายามกระทำนานเท่าใดที่จะทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ คนที่มีการรับรู้สมรรถนะตนเองต่ำจะสร้างข้อจำกัดสำหรับตนเอง ทำให้เกิดความล้มเหลวในการสร้างเสริมประสบการณ์ และสมรรถนะได้ง่าย จะมองความล้มเหลวว่าตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอจะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่เชื่อว่าเกินความสามารถตนเอง ในขณะที่บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูง จะเอาใจใส่และพยายามจะควบคุมสถานการณ์และเพิ่มความพยายามมาก

ขึ้นเพื่อฟันฝ่าอุปสรรค จะมองความล้มเหลวว่าตนเองยังใช้ความพยายามไม่เพียงพอ จะมีความกระตือรือร้นที่จะกระทำพฤติกรรม ไม่ว่าผลลัพธ์ที่ได้จะมีคุณค่ามากน้อยหรือมีการเปลี่ยนแปลงคุณค่าของผลการกระทำ เพื่อพัฒนาการปฏิบัติและเพิ่มพูนสมรรถนะตนเอง 3) ปฏิบัติตอบสนองทางอารมณ์ เมื่อต้องเผชิญหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นจริงๆ การรับรู้สมรรถนะตนเองจะช่วยจัดรูปแบบความคิดหาเหตุผลในการหาทางแก้ไขปัญหาที่ยุ่งยาก ลดความตื่นเต้นวิตกกังวล ลดความเครียดในระยะยาว(Bandura ,1986)

มีการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์กับพฤติกรรม และอำนาจในการทำนายพฤติกรรมของการรับรู้สมรรถนะตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นตัวทำนายพฤติกรรมที่ดี กว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ (Barling & Abel, 1983 ; Manning & Wright, 1983 ; Lee, 1984 ; Godding & Glasglow, 1985 ; Williams & Watson,1985 cited by Bandura,1986)

2.3.4 ความคาดหวังในสมรรถนะตนเองของบุคคล

ความคาดหวังในสมรรถนะของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน (Bandura,1977 cited by Moore,1990 ; Oetker-black and Taunton,1994) แปรผันตามองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1) ความยากง่ายของพฤติกรรมที่จะกระทำ (Magnitude) ถ้าบุคคลมองว่าพฤติกรรมนั้นง่ายที่จะทำได้สำเร็จ บุคคลก็จะปฏิบัติ ดังนั้นพยาบาลควรจัดเรียงลำดับกิจกรรม ตั้งแต่ง่ายและเพิ่มความยากขึ้นตามลำดับ เพื่อให้บุคคลได้เพิ่มความพยายามขึ้นเรื่อยๆในการที่จะทำงานนั้นๆให้สำเร็จ และมีกำลังใจจากผลสำเร็จของงานแรกๆที่ผ่านมา เป็นพื้นฐานของความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติ

2) ความแข็งแรง (Strength) ของความพยายามในการเผชิญปัญหา เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลในการที่จะกระทำพฤติกรรมใดๆให้สำเร็จ ถ้าบุคคลมีความคาดหวังในสมรรถนะตนเองสูง จะสามารถฟันฝ่างานและอุปสรรคต่างๆ ได้ ถ้าบุคคลมีความคาดหวังในสมรรถนะตนเองต่ำ บุคคลก็จะล้มเลิกการทำงานนั้นอย่างรวดเร็วเมื่องานนั้นมีความยากเพิ่มขึ้น

3) การนำไปใช้ได้ทั่วไป (Generality) คือบุคคลสามารถนำสมรรถนะตนเองไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์อื่นๆ ได้ หรือหมายถึงความคาดหวังในสมรรถนะของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หนึ่งๆ หรือประสบการณ์หนึ่งสามารถนำไปใช้กับสถานการณ์อื่นๆ ได้ เช่น การที่ ผู้ป่วยโรคหัวใจมีความเชื่อว่าตนเองสามารถจำกัดอาหารเค็มได้ที่บ้าน ผู้ป่วยต้องเชื่อว่าสามารถ

จำกัดอาหารเค็มได้ เมื่ออยู่นอกบ้าน ที่ทำงานหรือที่โรงเรียน นั่นคือบุคคลสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นๆได้เป็นกิจวัตรเป็นส่วนหนึ่งในการดำรงชีวิตประจำวันนั่นเอง

เนื่องจากการรับรู้เป็นกระบวนการด้านความคิดและจิตใจที่เกิดขึ้นตลอดเวลา บุคคลแต่ละคนเลือกรับรู้ในสิ่งที่ตนเองสนใจเท่านั้น การรับรู้มีเป้าหมายแน่นอน ดังนั้นการประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองจึงเป็นการประเมินแบบแผนการคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ ซึ่งแสดงออกในรูปความรู้สึก ความคิดเห็นต่อพฤติกรรมนั้นๆ ในลักษณะคำที่บ่งว่า “ฉันสามารถทำได้” หรือคำที่มีความหมายตรงข้ามกับคำว่า “ฉันสามารถทำได้” ที่ Crabtree (1986 cited by Hurley,1990) ใช้ในการสร้างแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และวัดระดับความแข็งแรงของการรับรู้สมรรถนะตนเองโดยใช้คำพูดที่บ่งถึงความมั่นใจ ความแน่ใจในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ (Lorig et al.,1989)

2.3.5 การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจไมตรัล

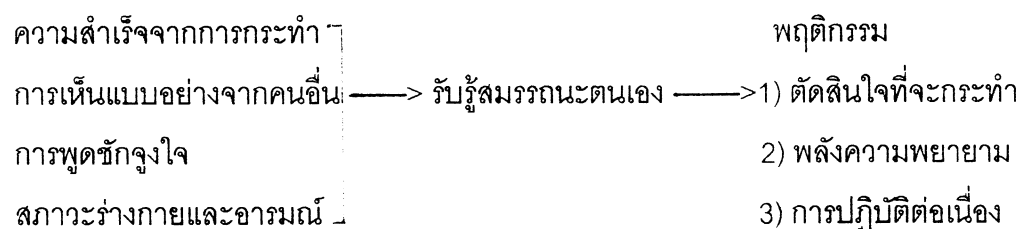
ผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจไมตรัลที่ได้รับการรักษาด้วยยา จะต้องรับประทานยา หรือฉีดยาตามแนวการรักษาโรคเป็นระยะเวลานานหรือตลอดชีวิตของผู้ป่วยบางคน และต้องปฏิบัติ การดูแลตนเอง ให้สอดคล้องกับภาวะของโรคเส้นหัวใจไมตรัลที่ดำเนินอยู่ รวมทั้งการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรักษาและการฟื้นฟู ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปฏิบัติตัวภายใต้สถานการณ์ที่เกิดจากข้อจำกัดของโรค ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งต้องรับรู้สมรรถนะตนเองเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อป่วยเป็นโรคเส้นหัวใจไมตรัล ซึ่งก็คือการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดของผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจไมตรัลนั่นเอง ว่าตนเองมีสมรรถนะสูงเพียงพอที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองได้สำเร็จ ทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังคือสามารถรักษาสภาวะของโรคหรือบรรเทาเบาบางลงจนอาการของโรคอยู่ในภาวะสงบ ไม่ให้คุกคามรวดเร็วหรือรุนแรงเกินไป จนเป็นอันตรายไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นต่อไปได้

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเองกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งต้องใช้ทั้ง ความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจในการปฏิบัติ ก่อนที่บุคคลจะปฏิบัติการดูแลตนเอง บุคคลจะต้องตอบคำถามของตัวเองก่อนว่า “ฉันจะได้รับประโยชน์อะไรจากการกระทำพฤติกรรมนั้น และฉันสามารถทำได้หรือไม่ “ และการที่จะตอบคำถามนี้ได้บุคคลจะต้องประเมินแหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกที่ประกอบเป็นความสามารถในการดูแลตนเอง ที่ซับซ้อนนำมาคาดการณ์ ตรวจสอบความหมายและลักษณะของสถานการณ์ ทำให้บุคคลเกิดความรู้ในเรื่องต่าง ๆ เพื่อนำมาพิจารณาสิ่งที่

ต้องกระทำ สิ่งที่ต้องปรับเปลี่ยนหรือคงไว้ กำหนดรูปแบบการกระทำ ตัดสินใจกระทำและลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองตลอดจนประเมินผลการปฏิบัติ คงพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพไว้ ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Orem,1980)

ในทำนองเดียวกันการรับรู้สมรรถนะตนเองซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม เกิดจากกลไกทางจิตภายในตัวบุคคล ตามทฤษฎีสมรรถนะตนเองบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะตนเอง คือ เมื่อบุคคลตกอยู่ในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งหรือเจ็บป่วย บุคคลจะเกิดกระบวนการรับรู้ เรียนรู้ ตามแบบแผนความคิดความรู้สึกของแต่ละคน และนำเอาข้อมูลที่เกิดจากการรับรู้จากแหล่งข้อมูลทั้งสี่ในอดีต มาตัดสินว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมอะไรได้บ้าง และต้องใช้ทักษะด้านใดบ้างจึงจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ รวมถึงการตัดสินใจว่าจะต้องใช้พลังความพยายามมากน้อยเพียงใด และต้องปฏิบัติต่อเนื่องนานเท่าใดในการเผชิญกับอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ไม่ชอบนั้น ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 แสดงอิทธิพลของการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรม (Fitzgerald ,1988 cited by Fitzgerald,1991 : 554)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Carroll(1995) ที่ได้กล่าวในบทสรุปของงานวิจัยเรื่อง ความสำคัญของความคาดหวังในสมรรถนะตนเองของผู้สูงอายุในระยะพักฟื้นจากการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ (CABG) ว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นสื่อกลางระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดและพฤติกรรมฟื้นฟู นั่นคือการทำที่บุคคลตัดสินใจความสามารถในการกระทำพฤติกรรมเฉพาะอย่าง (Self - Efficacy Expectation) จะเป็นสื่อระหว่างระยะการตัดสินใจ (Decission making phase หรือ Estimative - transitional phase) ที่บุคคลจะต้องประเมิน จำแนกว่าสิ่งไหนเป็นอุปสรรค สิ่งไหนส่งเสริมการกระทำ แล้วตัดสินใจว่าจะกระทำการดูแลตนเองและลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Productive Phase)และ

จะเห็นว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองที่เกิดจากแหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่งคือ ความสำเร็จจากการปฏิบัติ การได้ดูแบบอย่างจากคนอื่น การได้รับคำแนะนำปรึกษา คำพูดชักจูงใจ รวมถึงสภาพร่างกายและอารมณ์ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการริเริ่มหรือยับยั้งการใช้ความพยายามกระทำให้สำเร็จและต่อเนื่อง ตลอดจนสภาวะทางด้านจิตใจและอารมณ์ เมื่อลงมือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ แสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กัน

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Somchit Hanucharunkul และ Pikul Vinya-nguag (1990) ได้ทำการศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนในการดูแลตนเอง ต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และความพึงพอใจในการดูแลของผู้ป่วยผ่าตัดไต ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน จะได้รับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด เหตุผลที่ต้องผ่าตัด ความไม่สุขสบายที่จะเกิดภายหลังการผ่าตัด จุดประสงค์ของการดูแลตนเอง และกิจกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัด โดยใช้กรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมและคิงส์ กลุ่มควบคุม 20 คน ได้รับการดูแลตามปกติจากทีมสุขภาพในหอผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย หลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 วัดระดับความปวดและความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการเคลื่อนไหว 1 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วัดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการอยู่รักษาในโรงพยาบาลและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเอง มีคะแนนความปวดและความทุกข์ทรมานน้อยกว่า ได้รับยาแก้ปวดปริมาณน้อยกว่า มีการเคลื่อนไหวหลังการผ่าตัดได้มากกว่า มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า และมีความพึงพอใจในการดูแลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Maddux, Sherer, และ Rogers (1982) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของความคาดหวังในสมรรถนะตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์และอิทธิพลต่อความตั้งใจกระทำพฤติกรรม การศึกษาครั้งนี้เพื่อทดสอบสมมติฐานว่า ความคาดหวังในสมรรถนะตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นอิสระต่อกันและเป็นอิสระที่จะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาจิตวิทยาเบื้องต้น และจะได้รับคะแนนพิเศษจากการเข้าร่วมในงานวิจัย จำนวน 95 คน ให้อ่านเอกสารสื่อสารที่ใช้ในการฝึกอบรมที่มีความแตกต่างกันในเรื่องความยากของ ความหมายและการปฏิบัติพฤติกรรม (เป็นความคาดหวังในสมรรถนะตนเอง) และประสิทธิภาพของพฤติกรรมในการสร้างผลลัพธ์ตามต้องการ (เป็นความคาดหวังในผลลัพธ์) หลังจาก

อ่านเสร็จ ให้ทำแบบสอบถามเพื่อวัดความคาดหวังในสมรรถนะตนเองที่ถามเกี่ยวกับความสามารถที่จะเรียนและปฏิบัติตามเทคนิคดังกล่าว และวัดความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ถามถึงประสิทธิภาพของเทคนิคนี้ ส่วนตัวแปรอิสระเป็นแบบสอบถามที่ถามถึงความตั้งใจที่จะใช้เทคนิคดังกล่าวข้อคำถามมีคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 14 ตัวเลือก ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ผลการศึกษาพบว่า การเพิ่มความคาดหวังในผลลัพธ์ทำให้ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมตามเทคนิคเพิ่มขึ้น และความคาดหวังในผลลัพธ์มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะตนเอง ในขณะที่ความคาดหวังในสมรรถนะไม่มีนัยสำคัญต่อการเพิ่มความตั้งใจที่จะกระทำ และเมื่อพฤติกรรมนั้นมีความยากเพิ่มขึ้นในการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นจะให้ผลลัพธ์ที่ดี จะมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะที่จะปฏิบัติมากกว่าคนที่มีความเชื่อในความล้มเหลวของพฤติกรรมและผลลัพธ์น้อย ซึ่งผู้วิจัยเสนอแนะว่าการวิจัยนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมที่ง่าย ไม่เสี่ยงอันตราย ความคาดหวังในผลลัพธ์จึงมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ แต่เมื่อพฤติกรรมนั้นมีความยาก น่ากลัว เป็นพฤติกรรมที่ขัดกับความชอบหรือความสนใจ และมีความง่ายที่จะล้มเหลวแล้ว ความคาดหวังในสมรรถนะตนเองจะเป็นตัวที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและเป็นตัวทำนายพฤติกรรมเช่นเดียวกับการศึกษาของ Bandura ที่ผ่านมา

James (1991) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถดูแลตนเอง และการปฏิบัติ การดูแลตนเองของวัยรุ่นอ่อน กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นอ่อน ที่ได้มาโดยการเลือกแบบง่ายจำนวน 100 คน ที่เข้าค่ายลดน้ำหนักและไม่ได้เข้าค่าย เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถาม 6 ชุด เกี่ยวกับ ปัจจัยคัดสรรพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ความพึงพอใจของครอบครัว เหตุการณ์ในชีวิต ความสามารถดูแลตนเอง และการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ใช้สถิติเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นตัวทำนายความสามารถดูแลตนเองได้ดีที่สุด และความสามารถดูแลตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นตัวทำนายการปฏิบัติในการดูแลตนเองได้ดีที่สุด

Dilorio, Faherty และ Manteuffel (1992) ได้สร้างเครื่องมือและทดสอบเครื่องมือการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก ใช้กรอบทฤษฎีสมรรถนะตนเองของแบนดูรา (Bandura) โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการจัดการกับตนเอง 3 ด้าน คือการจัดการเกี่ยวกับยา การจัดการเกี่ยวกับการชักและการจัดการทั่วไป เครื่องมือสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม การพูดคุยกับผู้ป่วย แพทย์และพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก ได้ข้อคำถาม 34 ข้อ มี 5 ตัวเลือก แล้วนำเครื่องมือไปอภิปรายกับกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชัก แพทย์ พยาบาล เพื่อตรวจสอบความชัดเจน ความหมายและความเข้าใจของข้อคำถาม หลังจากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการรับรู้

สมรรถนะตนเองและโรคลมชักตรวจสอบ แบนดูรา (Bandura) เป็นผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่ง ได้เสนอแนะให้เพิ่มจำนวนตัวเลือกจาก 5 ตัวเลือกเป็น 11 ตัวเลือกและข้อคำถามทุกข้อเป็นข้อความทางบวกหมด ข้อความที่ไม่ได้บ่งถึงการรับรู้สมรรถนะตนเอง จะถูกปรับเปลี่ยนและตัดทิ้งเหลือข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ มี 11 ตัวเลือก แบบประมาณค่า มีค่าตั้งแต่ 1-100 แบ่งเป็นช่วงๆละ 10 ค่า คะแนนของแบบสอบถามที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-2800 คะแนน แล้วนำไปตรวจสอบความชัดเจนโดยการนำไปอภิปรายกับผู้ป่วยอีกครั้ง แกะไขเล็กน้อย หลังจากนั้นนำเสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง นำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index) นำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคลมชัก 12 คน โดยการทดสอบแบบทดสอบซ้ำใน 4 สัปดาห์ นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงได้เท่ากับ .81 และเมื่อนำไปทดสอบซ้ำกับผู้ป่วยโรคลมชักอีก 3 กลุ่ม โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ 70 ชุด ได้รับคืน 27 ชุด แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ .91 และพบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.50, P<.001$) ในปี ค.ศ.1994 ได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักผู้ใหญ่ จำนวน 80 ราย โดยศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนให้ปฏิบัติตามแนวการรักษา (Regimen specific support) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการจัดการดูแลตนเอง พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำไปวิเคราะห์พหุคูณถดถอย พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองและการสนับสนุนให้ปฏิบัติตามแนวการรักษา สามารถทำนายการจัดการดูแลตนเองได้

Budd (1992) ได้ศึกษาความสัมพันธ์การรับรู้สมรรถนะตนเองกับการฟื้นฟูสภาพ หลังป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในผู้หญิง 46 คน ที่เข้าร่วมในการศึกษา ใช้กรอบทฤษฎีสมรรถนะตนเองของ Bandura (1986) และทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ใช้เครื่องมือ 3 ชุด วัดความรู้ การรับรู้สมรรถนะตนเองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน และติดตามวัดการฟื้นฟูสภาพ หลังจากผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน 10 สัปดาห์ โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ แล้วนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นฟูสภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.69, P=.001$)

Oetker-Black, Hart, Hoffman และ Geary (1992) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเองก่อนผ่าตัดกับพฤติกรรมหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยหญิงผ่าตัดถุงน้ำดี 68 ราย ใช้เครื่องมือวัดสมรรถนะตนเองก่อนผ่าตัด ประกอบด้วยความคาดหวังในสมรรถนะตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ อย่างละ 7 ข้อคำถาม ค่าตอบเป็นแบบประมาณค่า 6 ตัวเลือก ค่า

ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ของความคาดหวังในสมรรถนะเท่ากับ 0.78 และความคาดหวังในผลลัพธ์เท่ากับ 0.81 พฤติกรรมหลังผ่าตัดที่ศึกษา ได้แก่การบริหารปอดโดยหายใจเข้าออกลึก การเปลี่ยนอิริยาบถ การเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด การดูแลเรื่องน้ำ การจัดการกับความปวด ความรู้เกี่ยวกับขบวนการการดำเนินการผ่าตัด โดยวัดการรับรู้สมรรถนะตนเอง ข้อมูลพื้นฐาน ความสามารถในการหายใจเข้าออกลึก(โดยวัดปริมาตรความจุของปอด) ในวันแรกที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลและวัดพฤติกรรมหลังการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความคาดหวังในสมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเพียงพฤติกรรมเดียว คือพฤติกรรมการขอยาแก้ปวดหลังผ่าตัดเท่านั้น

Hockmeyer (1990) ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้สมรรถนะตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ แนวการรักษาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่ได้รับการวินิจฉัย 3 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ชาย 45 คน ผู้หญิง 12 คน พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ถึงร้อยละ 64

Hurley (1990) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความคาดหวังในสมรรถนะตนเองในการจัดการเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน การศึกษาครั้งนี้นำแบบวัดสมรรถนะตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของ Crabtree (1986) ซึ่งวัดสมรรถนะตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วไป วัดความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการวางแผน การปฏิบัติ การเฝ้าระวัง และการปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวานในชีวิตประจำวัน มาปรับปรุง ได้คำถามจำนวน 28 ข้อ ลักษณะของข้อความในคำถามเป็นดังนี้

- 1) เป็นคำที่บ่งถึงการกระทำ ไม่ใช่ผลลัพธ์
- 2) หนึ่งข้อความบ่งบอกเพียงหนึ่งพฤติกรรม
- 3) คำกริยาที่ใช้คือ " ฉันสามารถ " หรือคำที่บอกความหมายตรงข้ามกับ " ฉันสามารถ"
- 4) คำว่า "โรคเบาหวาน" ใช้ในลักษณะเป็นคำคุณศัพท์
- 5) ในประโยคคำถามจะสร้างสถานการณ์แวดล้อม เช่น "วันที่น่าเบื่อ" "เมื่ออยู่ในสถานที่ไม่คุ้นเคย"
- 6) คำว่า "อินซูลิน" ใช้คำว่า " ยา " แทน

ข้อคำถามถามถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับพฤติกรรม ของผู้ป่วยเบาหวานในประเด็นทั่วไปเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การเฝ้าระวัง การฉีดอินซูลิน การวินิจฉัย การป้องกันและการให้การรักษากวาระน้ำตาลในเลือดต่ำ ข้อคำตอบเป็นแบบปรมาณ

ค่า 6 ตัวเลือก คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นลักษณะคู่ขนานกับข้อคำถามความคาดหวังสมรรถนะตนเอง ข้อต่อข้อ เช่น แบบวัดความคาดหวังในสมรรถนะตนเอง กล่าวว่า "ฉันสามารถรับประทานอาหารตามที่วางแผนไว้ได้เมื่อไปงานปาร์ตี้" คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกล่าวว่า "ฉันปฏิบัติตามแผนการรับประทานอาหารเมื่อฉันไปงานปาร์ตี้" และวัดค่า Glycosylated Haemoglobin (GH) ซึ่งเป็นค่าเคมีในเลือดที่บ่งบอกถึงค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดในช่วงประมาณ 120 วัน เพื่อสนับสนุนค่าคะแนนของพฤติกรรม การดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่นอนรักษาในโรงพยาบาล 89 คน ผู้ป่วยนอก 38 คน ได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยอินซูลินแตกต่างกัน จำนวนข้อไม่เท่ากัน ค่าคะแนนจากการตอบแบบทดสอบของแต่ละคน จะถูกปรับให้มีฐานคะแนนเหมือนกัน

ผลการศึกษาพบว่า ความคาดหวังในสมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการเกี่ยวกับพฤติกรรม การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย ($r = +.376$) และพฤติกรรม การจัดการเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับ GH ($r = -.1738$) ซึ่งผู้วิจัยอธิบายว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับ GH เป็นลบค่อนข้างต่ำ (ตามความเป็นจริงคะแนนพฤติกรรมสูง ค่า GH จะต้องต่ำ ซึ่งแสดงว่าสามารถควบคุมการเผาผลาญน้ำตาลได้ดี) เพราะการศึกษาพฤติกรรมเป็นการศึกษาจากการรายงานของผู้ป่วย คะแนนพฤติกรรมจึงสูงไม่สัมพันธ์กับค่า GH ที่อยู่ระดับปานกลาง แต่ในการศึกษาได้ศึกษาการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคเป็นข้อมูลพื้นฐาน (ให้เป็นค่าคะแนนประมาณค่า คะแนนสูงแสดงว่าควบคุมโรคไม่ได้) พบว่าคะแนนพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคในอดีต ($r = -.4388$) แสดงว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคไม่ดีจะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่ดีด้วย จากการศึกษานี้ผู้วิจัยได้เสนอแนะให้พยาบาลเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูล โดยใช้แหล่งข้อมูลทั้งสี่ เพราะการรับรู้สมรรถนะเป็นพลวัตร สามารถเปลี่ยนแปลงและเสริมสร้างได้

ดังนั้น จะเห็นว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์กับความสามารถ ปฏิบัติการดูแลตนเอง และพฤติกรรม การดูแลตนเองและมีอิทธิพลสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหลายๆกลุ่ม แต่ยังไม่มีการศึกษาว่าพฤติกรรม การดูแลตนเอง การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานใจไม่ตรึง ที่ได้รับการรักษาด้วยยา มีลักษณะอย่างไร มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงต้องการจะศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วย เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ ในการปรับปรุงการพยาบาล เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ลดปริมาณงานที่ขาดประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและลดการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วย