

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเองกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัส ที่คลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวน 81 คน เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วย เป็นโรคหัวใจไม่ตรัสมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ซึ่งผลการวิจัยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 ผลการวิจัย

4.1.1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 81 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงจำนวน 48 ราย (ร้อยละ 59.26) อายุระหว่าง 20-57 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-45 ปี จำนวน 53 ราย (ร้อยละ 65.43) มี สถานภาพสมรสคู่จำนวน 63 ราย (ร้อยละ 77.77) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 63 ราย (ร้อยละ 77.77) สถานภาพในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวคือ เป็นสามีหรือภรรยาหรือบุตร จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 58.03) และเป็นหัวหน้าครอบครัวจำนวน 32 ราย (ร้อยละ 39.51) บุคคลใกล้ชิดภายในครอบครัว ส่วนใหญ่คือ สามี หรือ ภรรยา จำนวน 50 ราย (ร้อยละ 61.73) จำนวนสมาชิกภายในครอบครัว 2-9 คน (เฉลี่ย 4.33 คน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.73 ฐานนิยม 4 คน) ประกอบอาชีพทำนา ทำไร่ จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 30.86) และทำงานบ้านไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 27.16) ส่วน ใหญ่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 2,000 บาทต่อเดือน จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 42) และรายได้ไม่เพียงพอ กับรายจ่าย จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 60.49) เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัสตื้อบ จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 33.33) รองลงมาเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัสตื้อบและร้าวจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 30.86) ส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะหัวใจระดับที่ 2 จำนวน 66 ราย (ร้อยละ 81.48) ระยะเวลา ที่ได้รับการวินิจฉัย ตั้งแต่ 3 เดือน ถึงมากกว่า 99 เดือน (เฉลี่ย 42.36 เดือน ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 28.33 ฐานนิยม 24 เดือน) ส่วนใหญ่ไม่เคยขาดการติดตามผลการรักษาจำนวน 59 ราย (ร้อยละ 72.84) (ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	33	40.74
หญิง	48	59.26
อายุ		
20 - 25 ปี	11	13.58
26 -45 ปี	53	65.43
46 - 57 ปี	17	20.99
สถานภาพสมรส		
โสด	11	13.58
คู่	63	77.77
หม้าย หย่า แยก	7	8.64
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	63	77.77
มัธยมศึกษา	11	13.58
อุดมศึกษา	4	4.94
อื่นๆ	3	3.70
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	32	39.51
สามี,ภรรยา,บุตร	47	58.03
อื่นๆ (ภิกษุ)	2	2.47
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
ไม่มีรายได้	4	4.94
< 2,000	34	41.98
2,000-5,000	21	25.93
5,001-10,000	10	12.35
> 10,000	12	14.82

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการ,รัฐวิสาหกิจ	7	8.64
ทำนา	25	30.86
ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว	8	9.88
รับจ้างทั่วไป	3	3.70
ทำงานบ้าน	22	27.16
อยู่บ้านเฉยๆ	14	17.28
อื่นๆ (ภิกษุ)	2	2.47
ความพอเพียงของรายได้กับรายจ่าย		
ไม่พอเพียง	49	60.49
พอเพียง	32	39.51
บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว		
สามีหรือภรรยา	50	61.73
บุตร	8	9.88
บิดา มารดา	16	19.75
บุคคลอื่นๆ	7	8.64
การวินิจฉัยโรค		
โรคล้นหัวใจไมตรลตีบ	27	33.33
โรคล้นหัวใจไมตรลรั่ว	12	14.82
โรคล้นหัวใจไมตรลตีบและรั่ว	25	30.86
โรคล้นหัวใจไมตรลยื่น	3	3.70
โรคล้นหัวใจไมตรลตีบ/รั่วร่วมกับโรคล้นหัวใจไตรคัสปีครั่ว	14	17.28
ระดับสมรรถนะหัวใจ		
ระดับที่ 1	11	13.58
ระดับที่ 2	66	81.48
ระดับที่ 3	4	4.94

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
การติดตามผลการรักษา		
เคยขาดการติดตามผลการรักษา	22	27.16
ไม่เคยขาดการติดตามผลการรักษา	59	72.84

ตารางที่ 2 พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และฐานนิยม ของจำนวนสมาชิกในครอบครัว และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย

ข้อมูลทั่วไป	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	ฐานนิยม
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)	9 - 2	4.33	1.73	4
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย(เดือน)	(>99) - 3	42.36	28.33	24

4.1.2 การรับรู้สมรรถนะตนเอง

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 81 ราย มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองรายด้านเฉลี่ย 73.77 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.73) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด 3 ด้านแรก คือ คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการรักษาสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน (คะแนนเฉลี่ย 78.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.02) รองลงมาคือ การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับรู้ สุนใจ ดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา (คะแนนเฉลี่ย 77.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.70) และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการรักษาสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น (คะแนนเฉลี่ย 77.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.97)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำสุด 3 ด้านสุดท้าย คือการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการได้รับอาหารเพียงพอและเหมาะสม (คะแนนเฉลี่ย 65.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.74) รองลงมาคือการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการขับถ่ายและการระบายของ

เสียให้เป็นปกติ (คะแนนเฉลี่ย 69.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.36) และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการได้รับน้ำเพียงพอและเหมาะสม (คะแนนเฉลี่ย 70.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.44)(ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านต่างๆ

ลำดับ ที่	การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองด้าน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
1	การรักษาสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน	78.89	15.02
2	การรับรู้ สนใจ ดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา	77.88	12.70
3	การรักษาสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น	77.82	16.97
4	การป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ	77.02	15.08
5	การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้	76.54	16.59
6	การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ในการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง	75.09	16.72
7	การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพและการรักษา	73.83	17.41
8	การส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด	72.38	17.18
9	การได้รับอากาศเพียงพอ	72.02	15.68
10	การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกัน	71.98	14.51
11	การได้รับน้ำเพียงพอและเหมาะสม	70.68	21.44
12	การขับถ่ายและการระบายของเสียเป็นปกติ	69.14	18.36
13	การได้รับอาหารเพียงพอและเหมาะสม	65.74	16.74
รวม		73.77	12.73

4.1.3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านเฉลี่ย 2.96 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.28) มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด 3 ด้านแรกคือ คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการได้รับน้ำเพียงพอและเหมาะสม (คะแนนเฉลี่ย 3.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45) รองลงมาคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับรู้ สุนใจ ดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา (คะแนนเฉลี่ย 3.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52) และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรักษาสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน (คะแนนเฉลี่ย 3.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำสุด 3 ด้านสุดท้ายคือ คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ (คะแนนเฉลี่ย 2.11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68) รองลงมาคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาร่างกายให้ถึงขีดสูงสุด (คะแนนเฉลี่ย 2.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.63) และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตรอยู่กับผลของพยาธิสภาพและการรักษา (คะแนนเฉลี่ย 2.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่างๆ

ลำดับ ที่	พฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
1	การได้รับน้ำเพียงพอและเหมาะสม	3.69	.45
2	การรับรู้ สนใจ ดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจาก ผลข้างเคียงของการรักษา	3.41	.52
3	การรักษาสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน	3.26	.48
4	การได้รับอากาศเพียงพอ	3.25	.43
5	การป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ	3.23	.73
6.	การขยับถ่ายและการระบายของเสียเป็นปกติ	3.19	.40
7	การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกัน	3.11	.27
8.	การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ในการยอมรับภาวะ สุขภาพของตนเอง	3.07	.45
9.	การรักษาสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิ สัมพันธ์กับคนอื่น	2.96	.70
10	การได้รับอาหารเพียงพอและเหมาะสม	2.51	.51
11	การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพและการ รักษา	2.46	.69
12.	การส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด	2.17	.63
13	การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้	2.11	.68
รวม		2.96	.28

4.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมตรัล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .4379$, $p < .001$) การรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังนี้คือ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกัน ($r = .3569$) ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ ($r = .3539$) ด้านการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพและการรักษา ($r = .3479$) ด้านการรักษาสมดุระหว่างภารกิจและการพักผ่อน ($r = .3422$) ด้านการป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ ($r = .3205$) ด้านการส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ($r = .3088$) ด้านการรับรู้ สนใจ ดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา ($r = .3074$) และด้านการได้รับน้ำเพียงพอและเหมาะสม ($r = .2999$) และพบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้คือ ด้านการได้รับอากาศเพียงพอ ($r = .2736$) ด้านการรักษาสมดุระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ($r = .2553$) ด้านการปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ในการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ($r = .2478$) ด้านการได้รับอาหารเพียงพอและเหมาะสม ($r = .2076$) และด้านการขยับถ่ายและการระบายของเสียเป็นปกติ ($r = .1855$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจโดยรวมและรายด้าน

การรับรู้สมรรถนะตนเอง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ตัวแปร	
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	.4379**
- ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกัน	.3569*
- ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้	.3539*
- ด้านการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพและการรักษา	.3479*
- ด้านการรักษาสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน	.3422*
- ด้านการป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ	.3205*
- ด้านการส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาร่างกายให้ถึงขีดสูงสุด	.3088*
- ด้านการรับรู้ สุนใจ ดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา	.3074*
- ด้านการได้รับน้ำเพียงพอและเหมาะสม	.2999*
- ด้านการได้รับอากาศเพียงพอ	.2736
- ด้านการรักษาสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น	.2553
- ด้านการปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ในการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง	.2478
- ด้านการได้รับอาหารเพียงพอและเหมาะสม	.2076
- ด้านการขยับถ่ายและการระบายของเสียเป็นปกติ	.1855

*p < .01 **p < .001

4.2 อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัส ที่คลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยดังต่อไปนี้

4.2.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัส จำนวน 81 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 59.26 อายุ ระหว่าง 26 - 45 ปี ร้อยละ 65.43 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 77.77 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา ร้อยละ 30.86 รองลงมาคือทำงานบ้าน ร้อยละ 27.16 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 77.84 รายได้ไม่พอเพียงกับรายจ่าย ร้อยละ 60.49 ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัสตีบอย่างเดียว ร้อยละ 33.33 และเป็นโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัสตีบและรั่ว ร้อยละ 30.86 มีระดับสมรรถนะหัวใจระดับที่ 2 ร้อยละ 81.48 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ 3 เดือน ถึง มากกว่า 10 ปี ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของการเกิดโรคใช้ ไขมันผิดปกติและโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัสภายหลังคลอด ที่พบมากในประชากรที่มีเศรษฐกิจไม่ดี การศึกษาน้อย ขาดโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสาร โอกาสได้รับการบริการสุขภาพน้อย ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการของโรคแล้ว พบในช่วงอายุวัยรุ่นถึงกลางคน (เกียรติชัย ภูมิปัญญา, 2532) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.77 สถานภาพในครอบครัวเป็นสามีหรือภรรยาหรือลูก ร้อยละ 58.03 เป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 39.51 มีสามีหรือภรรยาเป็นบุคคลใกล้ชิดที่สำคัญ ร้อยละ 61.73 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยขาดการติดตามผลการรักษา ทั้งนี้เพราะเมื่อมีผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว บางครอบครัวไม่สามารถจะดำรงสถานะของครอบครัวไว้ได้ เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ขาดแรงงานในการประกอบอาชีพของครอบครัว และต้องการการสนับสนุนในเรื่องความช่วยเหลือทั้งทางด้านการเงิน การดูแล กำลังกาย กำลังใจ จึงพบว่าผู้ป่วยต้องเข้าอยู่อาศัยในครอบครัวของพ่อแม่สามีหรือภรรยา เป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนในครอบครัว เพราะเมื่อผู้ป่วยผู้ป่วยมักจะได้รับการผ่อนผันหรือยกเว้นการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่เดิม จะได้รับการดูแลสุขภาพและมีหน้าที่ที่จะต้องแสวงหา และให้ความร่วมมือในการรักษา (Parson, 1951 cited by Lubkin, 1990)

4.2.2 การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัส

การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัสกลุ่มตัวอย่าง 81 คน ส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ย 73.77

(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.73) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงสุด 3 ด้านคือ การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรักษาสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน คะแนนเฉลี่ย 78.89 ด้านการรับรู้ สนใจ ดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาและจากโรค คะแนนเฉลี่ย 77.88 และด้านการรักษาสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น คะแนนเฉลี่ย 77.82 สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1977 cited by Carroll, 1995) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลต่อความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมหนึ่งเฉพาะ เป็นปฏิกริยาที่มีต่อกันและกันอย่างต่อเนื่องของพฤติกรรม ปัจจัยด้านร่างกายและอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมของบุคคล อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคหัวใจ สังคมแวดล้อมของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนมากอาชีพทำนา ร้อยละ 30.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่บ้านเฉยๆ และทำงานบ้าน ร้อยละ 44.4 อยู่ในสังคมเกษตรกรรมในครัวเรือน ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก พี่น้องๆ ตามบทบาทของผู้ป่วย (Parson, 1951 cited by Lubkin, 1990) เมื่อป่วยส่วนมากจะได้รับการผ่อนผันเรื่องการประกอบกิจกรรม การทำงาน ผู้ป่วยจึงสามารถที่จะปรับกิจกรรมหรือการทำงาน เพื่อป้องกันการเกิดอาการเหนื่อยหอบ หรือหัวใจเต้นเร็วมากเกินไป สามารถจัดเวลาสำหรับการพักผ่อนช่วงกลางวันหรือช่วงระหว่างทำงานได้ สามารถที่จะนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ การมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นๆ ในสังคมและครอบครัวจึงสามารถปฏิบัติได้

สำหรับการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านการรับรู้ สนใจ ดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของโรคและการรักษา ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะตนเองในการที่จะเฝ้าระวังการเกิดอาการผิดปกติเช่นอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็วเกินไปที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ และการไปพบแพทย์ได้ทันทีเมื่อนหยุดพักจากการทำกิจกรรมแล้วอาการไม่ดีขึ้น รับรู้ความสามารถหลีกเลี่ยงการทำงานหนักหรือหักโหมเกินไป สามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมการทำงานหรือบทบาทหน้าที่ในครอบครัวตามสถานะของโรคได้ สามารถหลีกเลี่ยงการติดเชื้อได้โดยการหลีกเลี่ยงไปในสถานที่ที่สกปรก มีคนแออัดหรือไปเยี่ยมผู้ป่วยติดเชื้อ รับประทานยาถูกต้องตรงตามแนวการรักษา (ตามรายละเอียดข้างของ) สามารถดูแลสุขอนามัยของปากและฟันได้โดยการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง อธิบายได้ว่าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ได้รับการวินิจฉัยนานตั้งแต่ 3 เดือนถึงมากกว่า 10 ปี ส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะหัวใจตั้งแต่ระดับที่ 2 ขึ้นไป (ร้อยละ 96.42) และไม่เคยขาดการติดตามผลการรักษา (ร้อยละ 72.84) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลคำแนะนำปรึกษา จากแพทย์ พยาบาล มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน

มีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ตามบทบาทผู้ป่วย มีประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูล ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะตนเองในด้านนี้

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจไมตรัลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำสุด 3 ด้าน คือ

1) การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการได้รับอาหารเพียงพอและเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 65.74 สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1986) ที่กล่าวว่า ความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ขัดกับความเคยชิน ความชอบ จะต้องได้รับการสร้างและส่งเสริม อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจไมตรัล มีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการรับประทานอาหารสัปดาห์ มีเกลือแกงเป็นส่วนประกอบในปริมาณที่จำกัด สามารถจัดหาและรับประทานอาหารสัปดาห์ได้สม่ำเสมอทั้งในบ้านและนอกบ้าน การรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีน การเลือกรับประทานอาหาร ประเภทของอาหาร เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติมาจนเป็นบริโภคนิสัยของแต่ละบุคคล แต่ละสังคม ในสังคมภาคอีสานการรับประทานอาหารสัปดาห์เช่น แจ่ว ส้มตำ ป่นปลา แกงต่างๆ อาหารเกือบทุกชนิดปรุงรสด้วยปลาร้า ทำให้การจำกัดปริมาณเกลือเป็นสิ่งที่กำหนดยาก ผู้ป่วยไม่ทราบว่าต้องหลีกเลี่ยงอาหารบางอย่างที่นิยมรับประทาน เช่น ของแห้ง (ปลาเนื้อ) ผลไม้ดอง ผักดอง (เครือวัลย์ หุตานุวัตร, 2533) คนอีสานบางกลุ่มแสลง (ชะล่า) อาหารพวกเนื้อปลาบางจำพวก เนื้อไก่ เนื้อวัว ไข่ เป็นต้น ในขณะที่กำลังทางเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวย(รายได้น้อยกว่า 5000 บาทต่อเดือนต่อครอบครัว ร้อยละ 77.84) ทำให้ไม่สามารถเลือกหรือจัดหาอาหารอื่นมาทดแทนได้ ทำให้ขาดโอกาสได้รับสารอาหารเพียงพอและเหมาะสม (ศิริพันธ์ จุริมาศ และกฤติยา อาชวนิจกุล, 2529) อีกทั้งสภาวะของร่างกายที่มีอาการเหนื่อย หอบเมื่อรับประทานอาหาร หรือแน่นอึดอัดหลังรับประทาน ประสบการณ์เหล่านี้อาจเป็นเหตุให้การรับรู้สมรรถนะตนเองในด้านนี้ต่ำ

2) การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการขับถ่ายและการระบายของเสียเป็นปกติ คะแนนเฉลี่ย 69.14 การรับรู้สมรรถนะตนเองด้านนี้ต่ำ อาจเนื่องจากส่วนใหญ่คิดว่าการ ทำงานก็เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว และการออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อสุขภาพของคนไทย มีน้อยมาก โดยเฉพาะคนในภาคอีสานที่ทำเกษตรกรรมเพราะงานที่ทำเป็นงานที่ใช้กำลังอยู่แล้ว และเมื่อเจ็บป่วยการปฏิบัติกิจกรรมจะน้อยลงมาก จนบางคนไม่ทำอะไรเลยเนื่องจากอาการเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยเนื่องจากเหนื่อย ต้องรับประทานอาหารสัปดาห์ อาหารไม่ถูกปาก ไม่ชอบ หรือมีอาการท้องอืด แน่นอึดอัดท้องหลัง

รับประทาน ส่วนเรื่องการรับประทานผัก ผลไม้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าไม่ได้รับประทานอาหารประเภทนี้ เนื่องจากแหล่งอาหารในชุมชนลดลง ประกอบกับการขาดอำนาจทางเศรษฐกิจในการจัดซื้อหามารับประทาน

3) การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการได้รับน้ำเพียงพอและเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 70.68 การรับรู้สมรรถนะตนเองด้านนี้ต่ำ อธิบายได้ว่าการดื่มน้ำในปริมาณที่จำกัดประมาณ 1,000 - 1,500 ซี.ซี.ต่อวัน เป็นเรื่องยาก ผู้ป่วยบางรายเคยปฏิบัติแต่ไม่ได้ปฏิบัติต่อเนื่องสม่ำเสมอ เมื่อหายเหนื่อยหอบก็จะดื่มน้ำตามปกติ บางรายจะดื่มน้ำตามสภาพอากาศ สอดคล้องกับแนวความคิดของ Bandura (1977 cited by Moore, 1990 ; Oetker - black & Taunton, 1994) ที่กล่าวถึงความคาดหวังในสมรรถนะตนเองว่าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตาม ความยากง่ายของพฤติกรรม (Magnitude) ความเชื่อมั่นของบุคคลต่อสมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ ให้สำเร็จ (Strength) และการนำไปปฏิบัติได้ทั่วไป (Generality) หมายความว่า ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกว่าการดื่มน้ำในปริมาณที่จำกัดเป็นเรื่องที่ยุ่งยากสำหรับผู้ป่วย และผู้ป่วยอาจเห็นว่าการดื่มน้ำดื่มเป็นเรื่องไม่เป็นไปตามธรรมเนียมประเพณีของผู้ป่วย ที่ส่วนมากดื่มน้ำจากแก้วหรือขัน บางครั้งจึงไม่ทราบแน่ชัดว่าดื่มน้ำไปมากน้อย โดยเฉพาะเมื่ออยู่นอกบ้านและเมื่อสภาพอากาศเปลี่ยนแปลง อาการที่เปลี่ยนแปลงไปมาอาจทำให้รับรู้ว่าการที่ดื่มน้ำแล้วไม่ได้เกิดจากสมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ บางรายไม่ทราบแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง บางรายไม่ทราบว่าต้องจำกัดน้ำ ต้องดื่มน้ำดื่ม การรับประทานอาหารเหลวหรือดื่มน้ำเครื่องดื่มอื่นๆ ไม่ทราบว่าต้องคิดรวมเป็นปริมาณน้ำที่ต้องจำกัด เป็นต้น การเฝ้าระวังการเกิดอาการของภาวะน้ำเกิน ผู้ป่วยจะทราบว่าตนเองเหนื่อยหอบมากขึ้น หักตัวมากขึ้น แต่ไม่ทราบสาเหตุว่าเกิดจากมีน้ำมากเกินไปในร่างกาย

4.2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัส

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัส กลุ่มตัวอย่าง 81 คน มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ย 2.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.28 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด 3 ด้าน คือ

1) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการได้รับน้ำเพียงพอและเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 3.69 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัสส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะหัวใจระดับที่ 2 ขึ้นไป (ร้อยละ 86.42) มีประสบการณ์ของการเกิดอาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม ซึ่งเป็นอาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ จากประสบการณ์และการพูดคุยกับผู้ป่วยส่วนมากหลังจากมีอาการของ

โรคหัวใจแล้ว จะดื่มน้ำสุราหรือสารแอลกอฮอล์ และส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำให้ดื่มน้ำสุราหรือสารแอลกอฮอล์ต่างๆ ผู้ป่วยจะเฝ้าระวังและสังเกตอาการที่บ่งบอกถึงภาวะมีน้ำมากเกินไปในร่างกาย จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าขณะนี้รู้สึกว่าตัวเองหนักตัวมากขึ้น บวมหรือไม่ ในรายที่เคยมีอาการบวมจะบอกได้ว่าจะสังเกตอาการบวมได้จากส่วนใดของร่างกาย

2) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับรู้ สุนใจ ดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาและจากโรค คะแนนเฉลี่ย 3.41 อธิบายได้ว่าการศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยขาดการติดตามผลการรักษา (ร้อยละ 72.84) แสดงว่าถึงความสนใจตัวเองตามบทบาทของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัสจะเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติ เช่น เหนื่อย หอบ หัวใจเต้นเร็วมากเกินไป อาการของภาวะมีน้ำมากเกินไป การติดตามผลการรักษาแต่ละครั้ง จากประสบการณ์และการพูดคุยกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่สามารถบอกได้ว่าอาการดีขึ้นหรือเลวลง บวมหรือไม่ จากการสังเกตใบหน้า หน้าตาหลังตื่นนอน และความรู้สึกหนักหรือเบาตัว การชั่งน้ำหนักบางคนจะได้ชั่งน้ำหนักตามร้านขายสินค้า หรือสถานีนานาบ้างบางครั้ง แต่ส่วนมากจะชั่งเวลามาติดตามผลการรักษาและมีหลายคนที่ยังแล้วไม่ทราบว่ามันเท่าไร จะบอกว่าตนเองอ้วนหรือผอมจากความรู้สึก เมื่อมีอาการจะทราบและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเอง เช่น บางครั้งมีอาการกระตุกหรือชักแต่อาการหายไปแล้ว นอนไม่หลับ มีอาการท้องอืดแน่นจึงรับประทานอาหารได้น้อย บางรายรับประทานยาแล้วมีอาการผิดปกติหรือไม่สุขสบาย แต่มักจะไม่ได้ออกให้แพทย์รับทราบ จะบอกเฉพาะในส่วนที่แพทย์ถามเท่านั้น

3) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรักษาสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน คะแนนเฉลี่ย 3.26 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัสส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนกิจกรรมหรือการทำงาน เพื่อป้องกันการเกิดอาการเหนื่อยหอบ หัวใจเต้นเร็วมากเกินไป โดยการทำงานที่เหมาะสมกับระดับสมรรถนะหัวใจ จัดเวลาสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจได้ จากการพูดคุยกับผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่ หลังป่วยจะไม่ได้ทำงานหนัก การทำนา ทำไร่ จะทำเท่าที่สามารถทำได้ หรือรับหน้าที่ในการทำอาหาร ทำงานบ้าน หรือเปลี่ยนอาชีพ เช่น รับงานทำไม้พันสำลี ค้าขายไม้ประดับ ตรวจนับการลงของ คนที่มีอายุมากส่วนมากจะได้อยู่บ้านเฉยๆ คอยให้คำปรึกษาแนะนำแก่ลูกหลาน แต่ก็พบบางคนที่ยังทำงานที่อยูบ้านเฉยๆ บอกถึงความรู้สึกว่ามันเป็นภาระแก่ครอบครัว บางคนอยากบวชเพื่อศึกษาธรรมะและทำประโยชน์บ้าง บางคนบวชหลังป่วยเป็นโรคหัวใจไม่ตรัส

สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนต่ำสุด 3 ด้าน คือ

1) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ คะแนนเฉลี่ย

2.11 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด คะแนนเฉลี่ย 2.17 3) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพและการรักษา คะแนนเฉลี่ย 2.46 อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจไมตรลมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี (รายได้ต่อครอบครัว ต่อเดือน < 5,000 บาท ร้อยละ 77.84) การเข้ารับการตรวจรักษาแต่ละครั้งจึงค่อนข้างจะเร่งรีบ บางรายต้องผ่านขั้นตอนของการส่งคนส่งเคราะห์และส่วนมากจะมีบ้านไกลจากโรงพยาบาล ต้องเร่งรีบเพื่อให้สามารถเดินทางกลับได้ทันเวลารถโดยสารที่จะกลับเข้าหมู่บ้าน เวลาที่จะซักถามมีน้อย บางรายบอกว่าผู้ป่วยมีมากถ้าจะถามก็เกรงใจแพทย์พยาบาล เพราะทำทางยุ่ง มีงานมาก คงจะไม่มีเวลาตอบคำถาม กลัวถูกดุ บางรายบอกว่าไม่รู้จะถามว่าอย่างไร อยากให้ แพทย์ พยาบาล เป็นผู้ให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยควรทราบทั้งหมด

สำหรับการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพและการรักษา จากการพูดคุยซักถามผู้ป่วยเรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา ผู้ป่วยจะรับประทานยาตามรายละเอียดข้างของ ไม่ทราบว่ามีความการปฏิบัติตัวมากกว่านั้น เมื่อมีอาการผิดปกติจะปรับเปลี่ยนตามประสบการณ์ที่ตนเองคิดว่าถูกต้อง เช่น บางรายรู้สึกอึดอัด เหนื่อยมากขึ้น จะรับประทานยาขับปัสสาวะเพิ่มขึ้นเพราะเคยลองปฏิบัติแล้วรู้สึกดีขึ้น บางรายรับประทานยาขับปัสสาวะแล้วดื่มน้ำเท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้นเมื่ออากาศร้อน บางรายได้รับยา E.KCL แต่ไม่รับประทาน ยาจะเหลือตลอด เมื่อมาตรวจแพทย์ก็สั่งให้อีก แต่ไม่ได้บอกแพทย์ว่าไม่ได้รับประทาน และบางครั้งยังให้ญาติลองรับประทานด้วย บางรายรับประทานยาได้ออกซิเจนแล้ว รู้สึกว่าหัวใจเต้นแรงมาก จึงลดยาลงโดยที่ไม่ได้ปรึกษา แพทย์ พยาบาล ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ารับประทานยาอะไร บางรายทราบว่ารับประทานยาขับปัสสาวะ เพราะสังเกตว่าปัสสาวะบ่อย แต่ไม่เคยได้สังเกตว่าปริมาณปัสสาวะที่ออกมากขึ้นหรือลดลง ไม่ทราบว่าต้องรับประทานอาหารทดแทนเกลือแร่ที่สูญเสียไปกับการขับปัสสาวะ บางรายมีหัวใจเต้นผิดจังหวะเพราะโปดัสเทียมต่ำ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่รับประทานยาคุมกำเนิดไม่ทราบว่าได้รับยานี้ ไม่ทราบว่าต้องระวังหรือป้องกันการสูญเสียเลือดอย่างไร ไม่ทราบว่าต้องบอกหรือนำยาไปให้แพทย์หรือทันตแพทย์ดู เมื่อจำเป็นต้องผ่าตัดหรือทำทันตกรรม ผู้ป่วยบางรายรับประทานยาขยายหลอดเลือดแล้ว มีอาการหน้ามืดเวลาลุกนั่งหรือยืน ไม่ทราบว่าเกิดจากฤทธิ์ยาและต้องปฏิบัติอย่างไรเพื่อป้องกันอันตราย ผู้ป่วยบางรายรับประทานเพนนิซิลินอยู่แต่ไม่ทราบ เมื่อมีไข้ เจ็บคอ จึงซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเอง ไม่ได้ปรึกษาหรือบอกให้แพทย์โรคหัวใจรับทราบ

ส่วนการส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด บางรายหยุดการติดตามผลการรักษาเพราะว่ารับประทานยาแล้วอาการดีขึ้น คิดว่าหายจากโรคและกลับไปทำงานหนักและ

หักโหม เมื่อมีอาการอีกครั้งซึ่งอาการมากกว่าเดิม จึงมาพบแพทย์อีก บางรายมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ไม่สามารถมารับยาได้ต่อเนื่อง ไม่ทราบว่าจะต้องจัดการอย่างไร จึงขาดยาและเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเช่น เกิดภาวะติดเชื้อ มีภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น ไอเป็นเลือด บางรายเกิดลิ้นเลือดอุดตันเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต ทั้งนี้จากประสบการณ์และการพูดคุยกับผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอและไม่ชัดเจนจากแพทย์ พยาบาล และจากสื่อต่างๆ นอกจากนี้ยังพบว่า การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัสด้วยกันมีน้อย เนื่องจากบางคนคิดว่าคนอื่นก็คงไม่อยากพูดคุยถึงอาการป่วยของตนเอง ต่างคนต่างรีบและรอฟังเรียกชื่อเข้าห้องตรวจ บางคนบอกว่าเหนื่อย บางคนไม่ทราบแนวการรักษา ไม่ทราบว่าจะรับประทานยาอีกนานเท่าไร จะต้องผ่าตัดหรือไม่

4.2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัส

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.4379$, $p < .001$) ดังตารางที่ 5 เป็นไปตามกรอบทฤษฎีการศึกษาที่เชื่อว่า ถ้าผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจมีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงโดยเชื่อว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอ มีทักษะทั้งด้านร่างกาย ความคิดสติปัญญา จิตใจและอารมณ์ ซึ่งเป็นการทำหน้าที่ของจิตสังคมในตัวบุคคล ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของ Bandura (1977a ; 1978 cited by O'leary, 1985) ผู้ป่วยจะลงมือปฏิบัติดูแลตนเอง ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้และเมื่อประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติ จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะตนเองสูงขึ้นในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป และริเริ่มพฤติกรรมใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dilorio, Faherty and Manteuffel (1992) ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ การจัดการเกี่ยวกับยา การจัดการเกี่ยวกับการชักและการจัดการทั่วไปของผู้ป่วยโรคลมชัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.50$, $p < .001$) เช่นเดียวกับ Hurley (1990) ที่ศึกษาพบว่า ความคาดหวังในสมรรถนะของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.376$) แสดงว่าผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัสที่มีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีด้วย แม้ว่าจากการศึกษาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะอยู่ในระดับปานกลาง แต่ถ้ามีการเพิ่มจำนวนข้อของแบบประเมินทั้งสองให้มากขึ้น ให้เท่ากันหรือเพิ่มขนาด

ตัวอย่าง และเพิ่มเทคนิควิธีเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตหรือสอบถามบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย อาจจะได้ค่าความสัมพันธ์ที่สูงขึ้นและมีความสมบูรณ์มากขึ้น

และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองราย ด้านของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) คือด้านการ ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกัน ($r = 0.3569$) ด้านการแสวงหา ความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ ($r = 0.3539$) ด้านการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิ สภาพและการรักษา ($r = 0.3479$) ด้านการรักษาสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ($r = 0.3422$) ด้านการป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ ($r = 0.3205$) ด้านการส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ($r = 0.3088$) ด้านการรับรู้ สนใจ ดูแลและป้องกันความ ไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา ($r = 0.3074$) และด้านการได้รับน้ำเพียงพอและเหมาะสม ($r = 0.2999$) สอดคล้องกับทฤษฎีสมรรถนะตนเองของ Bandura(1986) ที่กล่าวว่า การรับรู้ สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมใดจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ หมายถึง ความว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ถ้าการรับรู้ สมรรถนะตนเองต่ำพฤติกรรมการดูแลตนเองก็จะไม่ดี ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกัน คะแนนเฉลี่ย 71.98 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันเฉลี่ย 3.11 ด้านการแสวง หาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ การรับรู้สมรรถนะตนเองคะแนนเฉลี่ย 76.54 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเอง เฉลี่ย 2.11 และด้านการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพ และการรักษา คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองเฉลี่ย 73.38 คะแนนพฤติกรรมการดูแล ตนเองเฉลี่ย 2.46 การที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้ง 3 ด้านมีค่าสูงกว่าด้านอื่น อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจไมตรัลที่มีอาการของโรคแล้ว (สมรรถนะหัวใจระดับที่ 2 ขึ้นไป ร้อยละ 86.42) เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ 3 เดือนถึงมากกว่า 10 ปี) ทำให้ผู้ป่วยมี การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เป็นอันตรายคุกคามต่อชีวิตและฐานะทางสังคมของผู้ป่วย เป็น เรื่องที่สำคัญที่ต้องใช้ความพยายามสูง(High strength) กระทำให้สำเร็จ และการรับรู้นี้มีผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ (Becker,1974 อ้างใน เยาวดี สุวรรณนา คะ,2532) ซึ่งได้แก่ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกัน การ แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิ สภาพและการรักษาตามที่คุณป่วยรับรู้

ด้านการรักษาสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน เนื่องจากเมื่อป่วย ผู้ป่วยส่วนมากจะได้รับการผ่อนผันเรื่องการทำงานตามบทบาทหน้าที่เดิม ผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าจะสามารถจัดเวลาสำหรับการพักผ่อนและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองจึงค่อนข้างสูง(คะแนนเฉลี่ย78.89) และเมื่อลงมือปฏิบัติบางส่วนจึงสามารถอยู่บ้านเฉยๆได้ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 17.28) บางส่วนจะปรับเปลี่ยนหน้าที่เป็นคนทำงานบ้าน ฝากบ้าน ดูแลลูกหลาน (ร้อยละ 17.28) ผู้ประกอบอาชีพทำนา(ร้อยละ 30.86) ก็จะทำเท่าที่สามารถทำได้ ส่วนใหญ่จะคอยเป็นที่ปรึกษาของลูกหลาน คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงค่อนข้างสูงด้วย(คะแนนเฉลี่ย3.26)

ด้านการป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องและเหมาะสม สามารถหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดผู้ป่วยติดเชื้อ หลีกเลี่ยงการซื้อ ยามารับประทานเอง ป้องกันการรับประทานยาต้านฤทธิ์หรือเสริมฤทธิ์ยารักษาโรคหัวใจ สามารถดูแลสุขภาพปากและฟันได้ คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองจึงค่อนข้างสูง(คะแนนเฉลี่ย77.02) และเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบผู้ป่วยจะหยุดพักได้ทันที เพราะได้รับการผ่อนผันเรื่องหน้าที่การทำงานที่รับผิดชอบอยู่แล้ว เมื่อหยุดพักแล้วอาการไม่ดีขึ้นจะไปพบแพทย์การไปเยี่ยมหรือใกล้ชิดผู้ป่วยติดเชื้อทำไม่ได้ หรือทำได้น้อยเนื่องจากสภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงค่อนข้างสูงด้วย(คะแนนเฉลี่ย 3.23)

ด้านการส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะตนเองสามารถหาความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัว สามารถนำไปวางแผนและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้เสมอ เพราะผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ใหญ่รับรู้ว่าเป็นเรื่องง่าย (Low magnitude) สามารถปฏิบัติได้ไม่ยากนัก คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองจึงอยู่ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย72.38) แต่เมื่อต้องพูดคุย ขอคำปรึกษากับแพทย์ พยาบาล เกี่ยวกับเรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตัว การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยอื่น ผู้ป่วยพบกับอุปสรรคเนื่องจากสภาวะแวดล้อมที่เร่งรีบ ดุจดังตลอดเวลา ความอ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ ของผู้ป่วยเอง ทำให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำกว่าการรับรู้(คะแนนเฉลี่ย2.17)

ด้านการรับรู้ สุนใจ ดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา และด้านการได้รับน้ำเพียงพอและเหมาะสม ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการผิดปกติ การไปพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดอาการผิดปกติ การป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานยาถูกต้องและการป้องกันฤทธิ์ข้างเคียงของยา การดื่มน้ำในปริมาณที่จำกัด การป้องกันภาวะน้ำเกิน เป็นเรื่องที่มีความยุ่งยากพอสมควร ความเชื่อมั่นที่จะทำได้

สำเร็จ (Strength) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 77.88 และ 70.68 ตามลำดับ) แต่เนื่องจากพฤติกรรมเหล่านี้เป็นเรื่องสำคัญ มีผลคุกคามต่อชีวิตและสวัสดิภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงต้องปฏิบัติให้ดีที่สุด คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงค่อนข้างสูงกว่าการรับรู้ (คะแนนเฉลี่ย 3.41 และ 3.69 ตามลำดับ)

และพบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง รายด้าน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้คือ ด้านการได้รับอากาศเพียงพอ ($r = 0.2736$) ด้านการรักษาสมดุระหว่างการใช้คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ($r = 0.2553$) ด้านการปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ในการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ($r = 0.2478$) ด้านการได้รับอาหารเพียงพอและเหมาะสม ($r = 0.2076$) และด้านการขับถ่ายและการระบายของเสียให้เป็นปกติ ($r = 0.1855$) หมายความว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านนั้นๆ น้อยมาก หรืออาจไม่มีเลย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะตนเองอีกอย่าง แต่มีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองอีกอย่าง อาจเป็นเพราะว่า

ด้านการได้รับอากาศเพียงพอ การรับรู้สมรรถนะตนเองในเรื่องการอยู่อาศัยในที่ที่สะอาด มีอากาศถ่ายเทสะดวก การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นเรื่องที่มีความยุ่งยากอาจเนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวยให้มีที่อยู่อาศัยที่ดีได้ สภาพของร่างกายที่เหนื่อยหอบและข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายให้เหมาะสมมีน้อย แต่ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยจะจัดการให้สมาชิกในครอบครัวดูแลความสะอาดที่อยู่อาศัย งดสูบบุหรี่ ไม่ไปในที่ที่มีคนแออัดเนื่องจากรู้สึกเหนื่อย ไม่ค่อยได้ทำงาน กิจกรรมที่ทำได้คือการเดินภายในบริเวณบ้านและใกล้เคียง คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองกับพฤติกรรมจึงมีความสัมพันธ์กันต่ำ

ด้านการรักษาสมดุระหว่างการใช้คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ผู้ป่วยรับรู้ว่าการคงความสัมพันธ์และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น การทำประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม เป็นเรื่องที่มีความยุ่งยากเพียงเล็กน้อย (Low magnitude) สามารถปฏิบัติได้ แต่เมื่อลงมือปฏิบัติ การพูดคุย พบปะสังสรรค์กับคนอื่นทำได้ยากอาจเนื่องจากสถานะของโรคที่มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ทำให้การไปร่วมงานสังคม สังสรรค์ต่างๆ ลดลง จะได้พูดคุยก็ต่อเมื่อมีเพื่อนบ้านหรือคนอื่นมาหาที่บ้านหรือเมื่อสมาชิกในครอบครัวกลับจากการทำงาน คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองกับคะแนนพฤติกรรมในด้านนี้จึงมีความสัมพันธ์กันต่ำ

ด้านการปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ในการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง การจัดการกับความวิตกกังวล ความเครียดต่างๆ อันเนื่องจากการเจ็บป่วย เกิดการยอมรับภาวะ

สุขภาพของตนเอง ความสามารถในการคงภาพลักษณ์ที่ดีเท่ากับก่อนป่วย ความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้น การแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นเรื่องง่ายๆ ไม่ซับซ้อน (low magnitude) แต่เมื่อต้องปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการพูดคุยพบปะกับคนอื่น ขอความช่วยเหลือจากคนอื่นเมื่อจำเป็น ทำจิตใจให้สงบสบาย โดยการใช้กลวิธีต่างๆ การสนทนากับผู้อื่น ผู้ป่วยพบกับอุปสรรคในการปฏิบัติที่ทำให้ปฏิบัติได้ไม่ดี คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองกับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในด้านการปรับภาพลักษณ์และการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง จึงมีความสัมพันธ์กันต่ำ

ส่วนในด้านการได้รับอาหารเพียงพอและเหมาะสม และด้านการขับถ่าย และการระบายของเสียให้เป็นปกติ การรับประทานอาหารจำกัดเกลือ อาหารที่มีโปรตีนสูง ให้อาหารที่รับประทานเพียงพอเหมาะสม และการรับประทานอาหารที่มีกากมาก การออกกำลังกาย ทำให้การขับถ่ายและการระบายของเสียเป็นปกติ เมื่อมีกิจกรรมจะเกิดอาการเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยอาจรับรู้ว่าเป็นเรื่องที่ปฏิบัติยาก (high magnitude) ไม่สามารถปฏิบัติได้ตลอดและทุกสถานการณ์ เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่ขัดกับความชอบและความเคยชิน อีกทั้งสภาวะของร่างกายที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในด้านนี้ต่ำกว่าด้านอื่นๆ แต่คะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการได้รับอาหารเพียงพอเหมาะสมและด้านการขับถ่าย และการระบายของเสียให้เป็นปกติค่อนข้างสูง อาจเนื่องจากมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการได้รับอาหารเพียงพอและเหมาะสม และด้านการขับถ่ายและการระบายของเสียเป็นปกติ นอกเหนือจากการรับรู้สมรรถนะตนเอง เพราะพฤติกรรมเป็นตัวแปรที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทั้งภายนอกและภายในร่างกาย ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยหนึ่งปัจจัยใดโดยตรง (Orem, 1991)

จากผลการศึกษาจะเห็นว่าหากผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัสมีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีด้วย ซึ่งรวมถึงความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวการรักษาด้วยผลของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพก็จะดีขึ้นตาม ลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและกำลังคน จะนำไปสู่ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” เพราะทุกคนตระหนักในหน้าที่ของตนเองในการดูแลสุขภาพตนเอง การมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ ตนเองให้ดีขึ้น โดยมีเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพให้การส่งเสริมสมรรถนะให้แก่ผู้มารับบริการหรือ ผู้ป่วย โดยการจัดหาข้อมูลฝึกทักษะ เทคนิควิธี ให้เพียงพอที่ผู้ป่วยสามารถประเมินสมรรถนะตนเองได้ถูกต้อง และประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง จะเพิ่มการรับรู้สมรรถนะตนเองในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ต่างๆ ได้เหมาะสม สามารถปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ได้ (Bandura, 1986) มีการให้คำปรึกษาหารือ เพื่อปรับเปลี่ยนหรือแก้

ปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละราย จัดประสบการณ์โดยการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยโรคเดียวกัน มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ สร้างเครือข่ายข้อมูลข่าวสารกับสถานีนอามัยในชุมชนของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มีความสบายใจในการที่จะถาม และปรึกษาหารือได้ในทุกเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลตนเอง