

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา

ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131



รายงานการวิจัย

ความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

Self-care Deficit in Coronary Heart Disease Patients

ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2543

ได้รับสนับสนุนงบประมาณวิจัยจากงบประมาณแผ่นดินปี 2541

ISBN 974-574-613-4

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความช่วยเหลือจากบุคคลและหน่วยงานต่อไปนี้เป็น ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี พยาบาลและเจ้าหน้าที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี ผู้ช่วยวิจัยที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศิริพร ทูลศิริ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยรู้สึกทราบบ้างจึงขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณนางสาวดวงใจ โพธิ์นิ่มไทย ที่ให้ความช่วยเหลือในการตรวจสอบข้อมูลและให้กำลังใจตลอดมาและขอขอบคุณสำนักงบประมาณที่สนับสนุนทุนวิจัยจากงบประมาณแผ่นดินประจำปี 2541

ผู้วิจัย

28 เมษายน 2543

ชื่อเรื่อง ความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
 ผู้วิจัย ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์
 ทุ่หนีบนสนุนการวิจัย งบประมาณแผ่นดินปี 2541

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นสาเหตุของการตายที่สำคัญของพลเมืองไทย โดยเฉพาะจังหวัดชลบุรี ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนมากขึ้น ปัญหาสำคัญประการหนึ่งของผู้ป่วยคือการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องจึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการที่รุนแรงมากขึ้น และอาจถึงแก่กรรมโดยกะทันหัน แต่ปัญหาเหล่านั้นสามารถป้องกันได้ถ้าผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ และศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และบุคลิกภาพกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 170 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว แบบวัดบุคลิกภาพ และแบบวัดความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดย การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.38 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.0 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมาก ๆ ร้อยละ 87 รองลงมาคือการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ป่วยโรคเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 74.1 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยยังคงมีความพร้อมในการดูแลตนเองในเรื่องของ

ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน คือ การอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่หรือผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 64.1 ไม่จับชีพจรและสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกายร้อยละ 64.1

2. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (PH) และเพศหญิง (S) สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลตนเอง (B) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถทำนายได้ ร้อยละ 8.6 ($R^2 = 0.9$, $R = 0.29$)

$$\text{สมการ } B = 22.20 - 0.83 (PH) - 2.19 (S)$$

Title Self-care Deficit in Coronary Heart Disease Patients
Researcher Siriwan Vatanasin
Research Grant Government Funds in 1998

Abstract

Coronary heart disease is one of the most important causes of mortality among Thai people. A large number of coronary heart disease patients in Chonburi province have been found increasingly. The great problem of the coronary heart disease patients is cardiac sudden death. If patients are able to care themselves, problems can be prevented. Thus, the purpose of this research was to study the self-care deficit in coronary heart disease patients and to examine the relationships among sex, age, marital status, educational level, family income, the course of disease, the functional class of heart ability, the perceived health status, the behavioral patterns and self-care deficit in coronary heart disease patients. The sample was composed of 170 coronary heart disease patients who followed up at heart clinic, out patient department at Chonburi Hospital. The data was collected by using the structured questionnaires including, i. e, the demographic data questionnaire, the personal type scale, and the self-care deficit of coronary heart disease patients scale. Statistical techniques were implemented in the process of data analysis including percentage, arithmetic means, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient and the stepwise multiple regression.

The results were as follows :

1. The mean self-care deficit of this sample was 17.38 (S.D=7.0). Most of patients (87%) did not avoid high carbohydrate and cholesterol in take and did not discuss the self-care knowledge with the other patients (74.1%). Moreover, they were more likely stay at the smoking area (64.1%) and did not check pulse or observed abnormal symptoms while doing exercise (64.1%).

2. The variables were linearly related with self-care deficit in coronary heart disease patients which were perceived health status (PH) and sex (S) could be the predictors of the self-care deficit with statistical significance ($p = .001$) which could predict up to 8.6 percent ($R^2 = 0.09$, $R = 0.29$)

The equation was $B = 22.20 - 0.83 (PH) - 2.19 (S)$.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฅ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	5
2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
โรคหลอดเลือดหัวใจ	8
ความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	11
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	23
3 วิธีดำเนินการวิจัย	27
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	27
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	28
การเก็บรวบรวมข้อมูล	31
การวิเคราะห์ข้อมูล	31
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	33

บทที่	หน้า
5	สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ
	สรุปผลการวิจัย
	การอภิปรายผล
	ข้อเสนอแนะ
บรรณานุกรม	55
ภาคผนวก	61
ก	ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ข	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
ค	ประวัติผู้วิจัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษา	34
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ ลักษณะงาน หรือกิจกรรมประจำวันและรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	35
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และผู้ออกค่าใช้จ่าย	36
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วย โรคประจำตัวอื่นๆ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และโรคประจำตัวในครอบครัว	37
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบุคลิกภาพ	39
6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมและไม่มีความพร้อม ในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	39
7 การจัดทำตัวแปรหุ่น เพศ	44
8 การจัดทำตัวแปรหุ่น สถานภาพสมรส	44
9 การจัดทำตัวแปรหุ่น ระดับสมรรถภาพของหัวใจ	44
10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ	45
11 การวิเคราะห์ถดถอยพหุตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อม ในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	46
12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับความพร้อม ในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	47

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	แสดงปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเอง	3
2	แสดงกรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎี	12
3	แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง	20

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศตะวันตก โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease-CAD) เป็นสาเหตุการตายของพลเมืองมากที่สุด สำหรับในประเทศไทยพบว่า อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มจำนวนขึ้นมากและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องเสียชีวิต จากสถิติผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ต่อจำนวนประชากร 1 แสนคน ในปี พ.ศ.2532 พบ 1,001 คน และในปี พ.ศ.2536 พบ 1,367 คน (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2538) จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นมากในระยะเวลา 5 ปี ส่วนในจังหวัดชลบุรี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติโรงพยาบาลชลบุรี ปี 2538 พบ 999 ราย ปี 2539 พบ 1,017 ราย และในปี 2540 พบ 1,246 ราย (สถิติโรงพยาบาลชลบุรี, 2541) จากสถิติดังกล่าวโรคหลอดเลือดหัวใจจึงเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งของจังหวัดชลบุรี

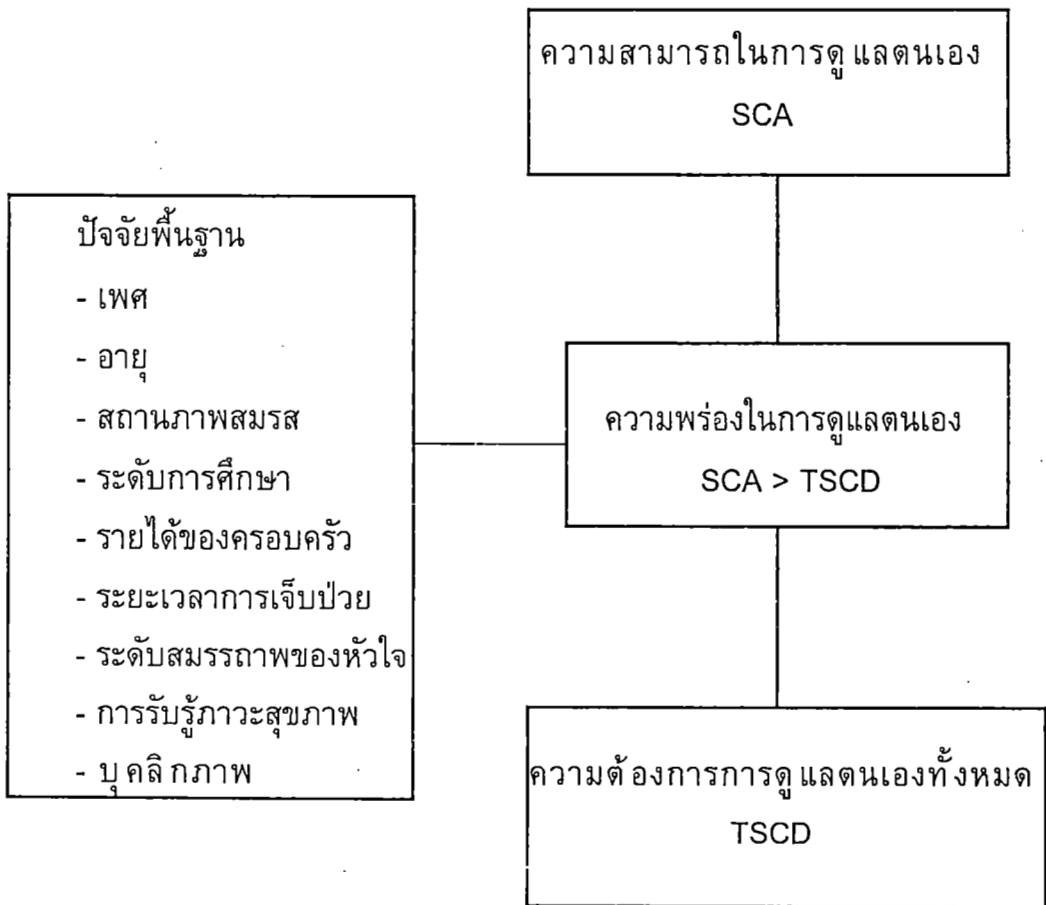
โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมในการดำรงชีวิต ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือคาเฟอีน การรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่อาจทำให้เกิดโรคนี้ได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง กรรมพันธุ์ ความเครียด และบุคลิกภาพแบบเอ ซึ่งเป็นผู้ที่เอาจริงเอาจัง มีความทะเยอทะยานชอบแข่งขันเอาชนะ หมกมุ่นกับการทำงานให้สำเร็จทันเวลา มีความมั่นใจในตนเองสูง เป็นต้น พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทำให้มีการตีบแข็งของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงลดลง มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายได้ สมรรถภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น การเดินของหัวใจผิดจังหวะ ภาวะหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจแตกทะลุ เป็นต้น ภาวะดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ส่วนสาเหตุที่ทำให้ เสียชีวิตมักจะมาจากการ

ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องหรือมีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit)

โรคหลอดเลือดหัวใจถึงแม้เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด แต่สามารถควบคุมอาการได้โดยการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การดูแลตนเองอย่างถูกต้อง การปรับกิจกรรมหรือการทำงานเพื่อลดการทำงานของหัวใจ การออกกำลังกายตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เรียนรู้การใช้ยารักษาโรคหัวใจ โดยเฉพาะยาขยายหลอดเลือดหัวใจเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ปฏิบัติตามแผนการรักษา การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำเช่น การงดการสูบบุหรี่ การงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน การควบคุมการรับประทานอาหาร การรักษาความสมดุลของการพักผ่อน รวมทั้งการจัดการกับอารมณ์และความเครียด จากการศึกษาของ จริยา ตันติธรรม (2536) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีปัญหาการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร การทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 21.9 เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำภายในเวลา 8 สัปดาห์ จากการศึกษาของ ศรีสุดา เจริญวงศ์ วิวัฒน์ (2538) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับคือ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมาก ๆ การออกกำลังกายโดยไม่เกิดอาการเจ็บหน้าอก และการจับชีพจรเพื่อประเมินอาการผิดปกติของตนเอง และจากการศึกษาของ อัจฉริยา พวงแก้ว (2540) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมน้อยและควรปรับปรุง คือ ร้อยละ 66.67 มีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 42.5 ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 42 มีการออกกำลังกายแต่ไม่ถูกต้อง โดยร้อยละ 97 ไม่เคยจับชีพจรขณะออกกำลังกาย ร้อยละ 16 ไม่ได้ใช้ยาขยายหลอดเลือดเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง อาจก่อให้เกิดการกลับเป็นซ้ำและเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

การศึกษาความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ตามแนวคิดของ โอเร็ม (Orem) เป็นการประเมินว่าบุคคลสามารถกระทำการดูแลตนเอง (Self-care agency) เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ถ้าไม่ได้กระทำหรือกระทำไม่ถูกต้องทำให้ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดมีมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเองจึงเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (Orem, 1985 : 31-32) การวัดความพร่องในการดูแลตนเองนั้นจึงเป็นการวัดโดยตรงเพื่อให้พยาบาลทราบปัญหาและพิจารณาหาวิธีการให้ความช่วยเหลือต่อไป ผู้วิจัยจึงมีความ

สนใจที่จะศึกษาความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองเรื่องใด เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อจัดความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำตัวแปรต้นเข้ามาศึกษา คือ ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับสมรรถภาพของหัวใจ (Functional class) การรับรู้ภาวะสุขภาพ และบุคลิกภาพ ซึ่งตัวแปรต้นเหล่านี้ ผู้วิจัยคาดว่าน่าจะมีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม คือความพร้อมในการดูแลตนเอง



แผนภูมิที่ 1 แสดงปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ บุคลิกภาพกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ
3. ศึกษาอำนาจการทำนายของเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ บุคลิกภาพที่มีต่อความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานการวิจัย

เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และบุคลิกภาพมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความพร้อมในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และบุคลิกภาพกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการประเมินและวางแผนให้การพยาบาลเพื่อขจัดความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. ด้านการศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมการพยาบาล เพื่อขจัดความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการค้นคว้าวิจัยต่อเนื่องเพื่อขจัดความพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ปัจจัยพื้นฐาน** หมายถึง คุณลักษณะของปัจจัยต่าง ๆ ที่นำเข้ามาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และบุคลิกภาพ
 - 1.1 เพศ หมายถึง ผู้ป่วยเพศหญิงหรือผู้ป่วยเพศชาย
 - 1.2 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุผู้ป่วยนับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา
 - 1.3 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้ป่วยโดยแบ่งตามการสมรส คือ สถานภาพสมรสโสด คู่หม้าย และหย่า/แยกกันอยู่
 - 1.4 ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของการศึกษาจากระดับต้นถึงระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยแบ่งเป็นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา หรืออนุปริญญา และปริญญาตรีหรือสูงกว่า
 - 1.5 รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้นับเป็นบาทต่อเดือนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเมื่อมีสถานภาพสมรสโสด หรือหมายถึง รายได้ต่อเดือนของบิดามารดาหรือผู้ปกครองที่รับผิดชอบในกรณีที่ผู้ป่วยยังอยู่ในความดูแล หรือหมายถึง รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย และ/หรือคู่สมรส เมื่อผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสคู่

1.6 ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยนับจำนวนเต็มเป็นปี ถ้าเศษเกิน 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี

1.7 ระดับสมรรถภาพของหัวใจ (Functional class) หมายถึง ระดับความสามารถในการทำงานของหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแบ่งตามความทนทานในการใช้กำลัง (Exercise tolerance) เป็น 4 ระดับ ตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York's Heart Association) ที่บัญญัติไว้ในปี พ.ศ.2507 ดังนี้

ระดับที่ 1 มีโรคหัวใจ แต่ไม่มีอาการ

ระดับที่ 2 ไม่มีอาการขณะทำกิจวัตรปกติ แต่มีอาการถ้อออกกำลังมากกว่าปกติ

ระดับที่ 3 มีอาการถึงแม้จะทำงานเพียงเล็กน้อย แต่ไม่มีอาการในขณะพัก

ระดับที่ 4 มีอาการในขณะพัก

1.8 การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนตาม Rung Ladder Scale ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 1-10 คะแนนโดย 1 คะแนนหมายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีที่สุด ถึง 10 คะแนน หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพดีที่สุด

1.9 บุคลิกภาพ หมายถึง บุคลิกภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดชนิด A หรือ B ในที่นี้สามารถวัดได้โดยแบบวัดบุคลิกภาพ ซึ่งผู้วิจัยแปลและดัดแปลงจากแบบวัดบุคลิกภาพของริชาร์ด (Richards, 1996)

2. ความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care dificit) หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถกระทำการดูแลตนเอง หรือกระทำไม่ถูกต้องเพื่อเป็นการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ซึ่งพฤติกรรมความพร้อมในการดูแลตนเองนี้สามารถวัดได้โดยใช้แบบวัดความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม (Orem ,1991) ประกอบด้วย

2.1 ความพร้อมในการดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่สามารถกระทำการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งอากาศและอาหารที่เพียงพอ

การขยับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ ความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

2.2 ความพร้อมในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถกระทำการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อลดความตึงเครียดด้านอารมณ์หรือเอาชนะ ต่อผลที่เกิดจากความเจ็บป่วย

2.3 ความพร้อมในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่สามารถกระทำการดูแลตนเองเพื่อปฏิบัติตามแผนการรักษา การป้องกันผลข้างเคียงจากการศึกษา การปรับอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ รวมทั้งการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่องความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยได้รวบรวม เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเนื้อหาในการทำวิจัยดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดหัวใจ
2. ความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease-CAD หรือ Coronary heart disease-CHD) หมายถึง โรคที่เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary artery) ทำให้รูหลอดเลือดตีบแคบบางส่วนหรือตีบตันทั้งหมดเป็นผลทำให้เลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ไม่พอกับความต้องการของหัวใจ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัวและสูญเสียความยืดหยุ่น ดังนั้นจึงอาจมีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า Arteriosclerotic heart disease (ASHD) แต่ถ้การแข็งตัวและสูญเสียความยืดหยุ่นเป็นในหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่หรือปานกลางจะเรียก Atherosclerosis (Hartshorn, 1997 : 239)

โรคหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) ส่วนมากมาจากโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Arteriosclerosis) มักพบในหลอดเลือดแดงใหญ่และขนาดกลาง ไม่พบในหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (Arteriole) และหลอดเลือดดำ สาเหตุจากมีไขมันมาเกาะบริเวณผนังบุด้านใน (Intimal layer) ของหลอดเลือดแดง ต่อมาเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยมีแคลเซียม (Calcium) และส่วนประกอบของเลือดมาเกาะเกิดเป็นเนื้อเยื่อพังผืดหนา ๆ (Fibrous plaques) ผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีจะหนาตัวขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งหลอดเลือดแดงตีบแคบลงและอาจเกิดการอุดตันได้

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ เพศ อายุ กรรมพันธุ์

1.1 เพศและอายุ ในประเทศตะวันตกส่วนใหญ่พบในอายุอยู่ระหว่าง 22-40 ปี ประมาณอายุ 35-36 ปีมากกว่าร้อยละ 90 เป็นเพศชาย (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์, 2531:1) ในประเทศไทยส่วนใหญ่พบในเพศชายอายุเกิน 40 ปีขึ้นไปแล้ว หญิงที่วัยหมดประจำเดือนอายุมากกว่า 55 ปี มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใกล้เคียงกับเพศชาย (พรณี เสถียรโรค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536 : 430) ผู้หญิงที่สูงอายุร่างกายเสื่อมลง หลอดเลือดเสื่อมสลาย เสียการยืดหยุ่น อีกทั้งช่วงวัยหมดประจำเดือนระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนจะลดต่ำลงมีผลทำให้ไลเดนซิติ โลโปโปรตีน (Low-density Lipoprotein : LDH) เพิ่มขึ้น ไฮเดนซิติ (High-density Lipoprotein : HDL) ลดต่ำลง ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ง่าย นอกจากนี้ผู้หญิงที่ใช้ยาคุมกำเนิดมีโอกาสเกิดก้อนเลือดอุดตัน (Thromboembolism) ได้ง่าย เนื่องจากมีโอกาสเกิด ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดแดงตีบตันได้

1.2 กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติการเป็นโรคหัวใจในครอบครัวมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ อาจจะยังไม่ชัดเจน แต่พบว่าโรคที่อาจถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน และภาวะไขมันในเลือดสูง อาจทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงได้ ซึ่งจากแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัว จะมีผลต่อบุคคลในครอบครัวได้ เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมัน การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้ ได้แก่ ความอ้วนและระดับไขมันในเลือดสูง การขาดการออกกำลังกาย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน ความเครียด และบุคลิกภาพแบบเอ

2.1. ความอ้วน ระดับไขมันในเลือดสูง และการขาดการออกกำลังกาย ผู้ที่อ้วนมากเกินไปคือมีน้ำหนักมากเกินปกติ ค่าดัชนีความหนาของร่างกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และขาดการออกกำลังกาย มีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มากกว่าผู้ที่มีดัชนีความหนาของร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติและมีการออกกำลังกาย (วิชัย ตันไพจิตร, 2534 : 191) และ ได้มีการพิสูจน์แล้วว่าระดับไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะโคเลสเตอรอล (Total cholesterol) และไลเดนซิติ โลโปโปรตีน (Low-density Lipoprotein : LDH) เป็นสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดแดงตีบตัน ส่วนไฮเดนซิติ

ไลโปโปรตีน(High-density Lipoprotein : HDL) เป็นไขมันดีที่นำไขมันตัวอื่นออกจากเซลล์ ถ้าผู้ป่วยมี HDL สูง จะป้องกันเส้นเลือดแข็งตัวได้ ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำจะพบ HDL เพิ่มขึ้น ดังนั้นการออกกำลังกายเป็นการลดภาวะเสี่ยงการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้

2.2 โรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ผนังหลอดเลือดจะถูกแรงกระแทกจนอาจเป็นอันตรายต่อผนังหลอดเลือด ทำให้เกร็ดเลือดไปเกาะบริเวณนั้นมีไขมันเกาะติดได้ง่าย เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง จากการศึกษาของแฟรมิงแฮม (Framingham Heart Study) พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่า 160/95 mmHg มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนที่มีความดันโลหิตปกติ (Lewis & Collier, 1987:772 อ้างใน มณฑิชา อนุกุลวุฒิพงศ์ ,2539:12)

2.3 โรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะพบว่ามีโรคหัวใจขาดเลือดและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายบ่อย ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานาน มักจะพบเป็น 2 เท่าของคนปกติ (พรณี เสถียรโชคและประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี , 2536 : 432) กลไกการเกิดไม่สามารถอธิบายได้ แต่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไต ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังพบว่ามีไขมันในเลือดสูง และส่วนใหญ่มักจะมีโรคอ้วนร่วมด้วย ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจมักจะมากกว่าคนปกติ ถึงแม้จะสามารถควบคุมเบาหวานได้ดีแต่อัตราเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดก็ไม่ลดลง

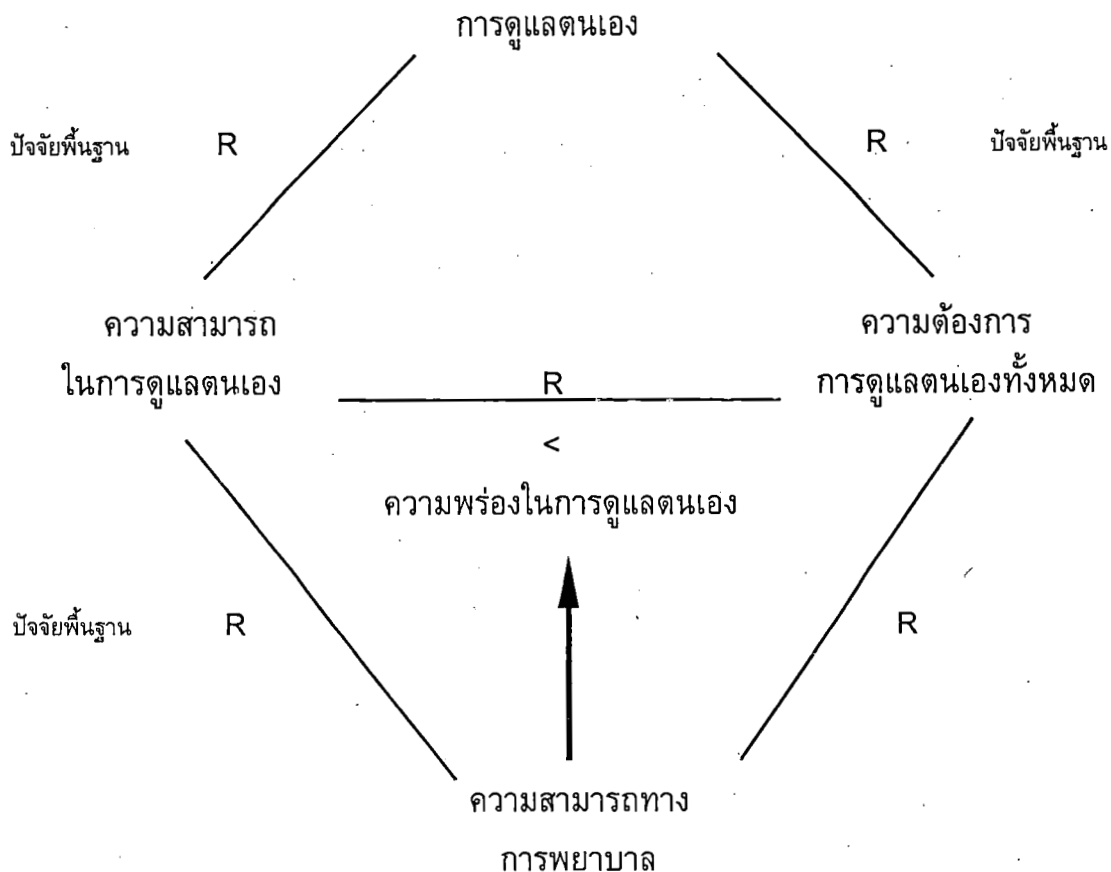
2.4 การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ สารคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbonmonoxide) ในบุหรี่สามารถทำลายหลอดเลือดได้ ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดอาการ Heart attack ได้เป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์, 2530:2)

2.5 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมมากกว่าร้อยละ 12(12ดีกรี) เป็นประจำในปริมาณมากกว่า 60 ซีซีต่อวันมีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือดื่มในปริมาณน้อยกว่า 60 ซีซีต่อวันถึง 4 เท่า (วิชัย ตันไพจิตร, 2537 : 216) แอลกอฮอล์เป็นตัวกระตุ้นให้ชีพจรเต้นเร็วผิดจังหวะ และสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจมาก มีความแรงสูงไปกระทบหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวได้ ส่วนเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนพบมากในกาแฟ ชา น้ำอัดลมประเภทโคล่า และเครื่องดื่มชูกำลัง มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น ความดันโลหิตสูง เร่งการเผาผลาญอาหาร ทำให้ปริมาณกรดไขมันอิสระและกลูโคสในเลือดเพิ่มขึ้น

2.6 ความเครียดและบุคลิกภาพแบบเอ บุคลิกภาพแบบเอ (Type A behavior) มีลักษณะเป็นคนเอาจริงเอาจัง ทะเยอทะยาน ชอบแข่งขันเอาชนะ หมกมุ่นกับการทำงานให้เสร็จทันเวลา พบว่ามีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูงและเกิดอาการ Heart attack ได้ ความเครียดจะไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ให้มีการหลั่งอิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไตส่วนใน มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวแรงขึ้น ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดหัวใจหดตัว นอกจากนี้ยังกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนอดรีนาลิน คอร์ติซอล เพิ่มขึ้น มีผลทำให้โคเลสเตอรอลในร่างกายนี้อีกเพิ่มสูงขึ้น

ความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ความพร้อมในการดูแลตนเอง เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง โดยเป็นความสามารถที่จะค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตนเองและสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถในการตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง และรวมทั้งเป็นความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองที่ตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้น ส่วนความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาหนึ่งเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต ส่งเสริมภาวะสุขภาพการพัฒนาการและเกิดความผาสุก (Well-being) ดังนั้นโดยสรุปแล้ว ความพร้อมในการดูแลตนเองคือการทำกิจกรรมการดูแลตนเองให้เพียงพอ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่มีอยู่ในขณะนั้นได้ (Orem, 1991 : 67-68) หรือความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดมีมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



R = ความสัมพันธ์

แผนภูมิที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎี (Orem, 1991 : 64)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand)

โอเร็ม (Orem, 1991 : 366) ได้ให้ความหมายของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดว่าเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) และเมื่อทำไปแล้วจะคงไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่ของบุคคล ตลอดจนการป้องกันส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็น การดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและการคงไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล

การดูแลตนเองนี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสม ดังนั้น กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีดังนี้

1.1 การได้รับอากาศที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

จากพยาธิสภาพหลอดเลือดหัวใจตีบ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ร่างกายผู้ป่วยมีโอกาสขาดออกซิเจนได้ง่าย ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องจำกัดกิจกรรมเพื่อลดการใช้ออกซิเจน นอกจากนี้ผู้ป่วยควรงดสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงที่จะอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่มีนิโคตินและทาร์ นิโคตินจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งแคทีโคลามีน (Catecholamine) มากขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดหัวใจหดตัว ทำให้หัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น นอกจากนี้สารแคทีโคลามีนทำให้มีการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดมากขึ้น เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงหัวใจได้ช้า และในขณะเดียวกันคาร์บอนมอนนอกไซด์จากบุหรี่จะขัดขวางกระบวนการนำออกซิเจนและการแลกเปลี่ยนออกซิเจนที่ปอดด้วย (มูลนิธิโรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2534 : 170)

1.2 การคงไว้ซึ่งอาหารที่เพียงพอ

จากปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และโรคเบาหวาน ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจึงจำเป็นต้องควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยควบคุมอาหารประเภทไขมัน โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัวซึ่งพบในไขมันจากสัตว์ และอาหารทะเล เพื่อลดโคเลสเตอรอลในกระแสเลือด ไม่ควรรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต และอาหารที่มีน้ำตาลมาก เช่น ขนม ไอศกรีม น้ำอัดลม น้ำหวาน เพื่อควบคุมน้ำหนักไม่ให้เกิดความอ้วนและถ้าบริโภคอาหารประเภทนี้มากเกินไป จะทำให้ระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น อาหารประเภทโปรตีนควรเลือกโปรตีนจากพืช เช่น ถั่วเหลือง สามารถลด ระดับโคเลสเตอรอลได้ อาหารประเภทไข่ ควรรับประทานไม่เกินอาทิตย์ละ 3 ฟอง (พยางค์ จุฑา, 2531 : 76) นอกจากนี้ยังควรควบคุมอาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียมสูง เช่นอาหารเค็ม อาหารที่มีสารกันบูด และผงชูรสมาก อาหารบรรจุกระป๋อง จะทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อโรคหัวใจ เช่นเดียวกัน การรับประทานอาหารแต่ละมื้อ ควรรับประทานแต่พออิ่มเท่านั้น ไม่ควรรับประทานจนอิ่มมากเกินไป จะทำให้เพิ่ม Metabolism ของร่างกาย ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น

การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และคาเฟอีน จะทำให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น อาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น

1.3 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ

ปริมาณน้ำดื่มต่อวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ยังไม่มีภาวะหัวใจวายร่วมด้วย ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว และควรรับประทานอาหารประเภทผัก และผลไม้ เพื่อป้องกันภาวะท้องผูก การเบ่งถ่ายอุจจาระในภาวะท้องผูก จะทำให้ความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น อาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้นได้ นอกจากนี้อาหารประเภทผักและผลไม้ที่ไม่มีรสหวานจัดจะช่วยให้รู้สึกอิ่มเร็วและช่วยลดน้ำหนักในรายที่อ้วนได้

1.4 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

การออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสิ่งที่จำเป็นมาก จะช่วยลดภาวะไขมันในเลือด ระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดลง เพิ่มปริมาณ HDL ทำให้มีการลดลงของระดับ LDL (กฤษญา บานชื่น, 2531 : 427) การออกกำลังกายที่เหมาะสมต้องมีแบบแผนและเป็นระยะเวลานาน และการออกกำลังกายนั้น ๆ ต้องเหมาะสมกับระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแต่ละคน การออกกำลังกายที่เหมาะสมคือ การออกกำลังกายในกลุ่มเบาถึงปานกลาง เช่นการเดินเร็วส่วนระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้งวันละ 15-45 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยใช้ 5-10 นาทีแรกปรับร่างกาย 10-25 นาที ต่อมาสำหรับการออกกำลังกาย ส่วน 5-10 นาทีสุดท้ายปรับสภาพก่อนหยุดพัก เวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกายคือ ก่อนอาหาร 30 นาที หรือหลังรับประทานอาหารไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง ในขณะที่ออกกำลังกายผู้ป่วยควรจับชีพจร ถ้าอัตราการเต้นของหัวใจสูงเกิน 85% ของ (190-อายุผู้ป่วย) ให้หยุดการออกกำลังกายนั้น ๆ (Sivalajan, 1982) หรือมีอาการเจ็บหน้าอกควรหยุดพักแล้วอมหรือพ่นยาขยายหลอดเลือดใต้ลิ้นและภายหลังการออกกำลังกายควรนั่งพักประมาณ 20-30 นาที ก่อนอาบน้ำ

การพักผ่อนถือเป็นเรื่องสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยปกติควรนอนหลับติดต่อกันอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง การทำจิตใจให้สบาย พักผ่อนให้เต็มที่ จะช่วยลดการทำงานของหัวใจ

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในระยะ

ต่าง ๆ และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการหรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจในที่นี้ หมายถึงการดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาเบาบางอาการเครียดหรือเอาชนะผลที่เกิดจากความเจ็บป่วย ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงความเครียดและอารมณ์รุนแรง เนื่องจากความเครียดมีผลทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้นและหลังอะดรีนาลีนออกมา ทำให้หัวใจเต้นเร็วจนเป็นอันตราย นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรง เช่น โกรธ ดีใจ ตื่นเต้น เสียใจมาก ๆ เป็นต้น เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ควรหาวิธีผ่อนคลาย เช่น การหาสาเหตุ และแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล การพูดคุยกับผู้ใกล้ชิด การทำสมาธิ สวดมนต์ การทำงานอดิเรก หรือหาวิธีเบี่ยงเบนความสนใจหรือพูดคุยสอบถามจากผู้ป่วยโรคเดียวกันเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดเนื่องจากโครงสร้างหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ จากความเจ็บป่วย การวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ซึ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีดังนี้

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้

เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำเพื่อรักษาสุขภาพให้กลับสู่สภาพปกติหรือบรรเทาความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ โดยการที่พยายามแสวงหาบุคคลที่สามารถจะช่วยเหลือตนเองได้ในขณะที่ร่างกายเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เนื่องจาก การที่ผู้ป่วยได้มาตรวจตามที่แพทย์นัดในแต่ละครั้งนั้น เพื่อเป็นการประเมินความก้าวหน้าของโรค ผลของการรักษา และค้นหาสิ่งผิดปกติ หรืออาการที่รุนแรงต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้มีโอกาสที่จะได้ซักถามข้อสงสัยหรือปัญหาต่าง ๆ และ ได้รับการแก้ไขปัญหาหรือข้อสงสัยที่เกิดขึ้นได้ ไม่ว่าจะเป็นผลข้างเคียงของการรักษาหรือการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรคที่เป็นอยู่และสอดคล้องกับแผนการรักษา ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

3.2 การรับรู้และสนใจเกี่ยวกับผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจะต้องทราบถึงอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพที่เป็นอยู่ เพื่อที่จะสามารถแก้ไขอาการดังกล่าวได้อย่างทันท่วงที

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจนี้ จะมีอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นที่ผู้ป่วยต้องทราบคือ ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง (Angina pectoris) และถ้ามีพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมด้วย ผู้ป่วยจะมีอาการ อ่อนเพลีย ซีด เหงื่อออก เป็นลม ความดันโลหิตต่ำลงอย่างรวดเร็ว ซีพจรเบา คลื่นไส้อาเจียน กระสับกระส่าย อาจมีอาการหอบเหนื่อยหายใจลำบาก หมดสติ และถ้าไม่ได้รับการแก้ไข อาจเสียชีวิตได้

3.3 การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย ฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของร่างกาย และป้องกันความพิการ หรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

แนวทางในการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับพยาธิสภาพ และแผนการรักษา มีดังนี้

1. การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เช่น งดรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง งดดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง เป็นต้น
2. การมีกิจกรรมการออกกำลังกาย การทำงานอย่างเหมาะสม ไม่ทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายหักโหมเกินไป
3. มีการใช้ยาอย่างถูกต้องตามที่แพทย์กำหนด
4. ไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

3.4 การรับรู้และสนใจที่จะปรับตัว การป้องกันความไม่สุขสบายหรือความผิดปกติ จากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรครวมทั้งผลที่มีต่อพัฒนาการด้วย เป็นการกระทำที่จะทำให้ ผู้ป่วยได้ ทราบและสามารถแก้ไขความไม่ สุขสบายจากพยาธิสภาพของโรค และอาการข้างเคียงจากยาที่รับประทาน

การใช้ยา มีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพราะ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องมีความรู้เรื่องชื่อยา ขนาด คุณสมบัติ วิธีใช้และผลข้างเคียงของยา ยาที่ใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สำคัญมีอยู่ 5 ชนิด คือ

1. ยาขยายหลอดเลือด ยาในกลุ่มนี้ที่ใช้ บ่อย คือ Glycerol trinitrate (Nitroglycerin), Isosorbide dinitrate (Isordil) ใช้สำหรับบรรเทาอาการ Angina pectoris โดยออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดดำได้มากกว่าหลอดเลือดแดง ทำให้เลือดดำไหลกลับคืนสู่หัวใจลดน้อยลง นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ความต้านทานการไหลของหลอดเลือดแดงที่ส่วนปลายผลรวมทั้ง 2 ประการนี้ ทำให้หัวใจต้องการออกซิเจนลดน้อยลง เป็นผลให้

อาการ Angina pectoris ลดลง ในผู้ป่วยที่ได้รับยาไนโตรกลีเซอริน ควรมีการดูแลตนเอง ดังนี้

- นำยาขยายหลอดเลือดติดตัวตลอดพร้อมที่จะใช้ได้ทันทีเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ผู้ที่อยู่กับ ผู้ป่วยควรจะทำท่าประคบร้อนที่เก็บยาของผู้ป่วย เพื่อช่วยผู้ป่วยได้ทันที

- เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ให้อมยาไว้ใต้ลิ้น 1 เม็ด รอจนละลายหมดสักครู่จึงกลืนน้ำลายหรืออาจใช้ฟันยา และควรนอนพักขณะรับประทานยา ไม่ควรยืนหรือนั่งริมเตียง เพราะอาจเป็นลม เกิดอุบัติเหตุได้

- ดูแลขยายหลอดเลือดไว้ให้ใหม่และมีประสิทธิภาพอยู่เสมอ ไม่ควรซื้อยามาเก็บไว้นาน เพราะยาจะมีประสิทธิภาพอยู่ประมาณ 6 เดือน ต้องเก็บยาไว้ในขวดสีทึบ ปิดฝาให้แน่นเก็บไว้ในที่แห้งไม่ไว้ในที่ร้อนเกินไป ยาที่ยังมีประสิทธิภาพอยู่เมื่ออมจะรู้สึกชาใต้ลิ้น และถ้ายายังมีประสิทธิภาพเต็มที่ จะซ่าไปถึงศีรษะ

- เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ให้อมยาหรือฟันยาและถ้ายังไม่หายภายใน 5-10 นาที ให้อมหรือฟันซ้ำจนกระทั่งหายปวด แต่ถ้าหลังอมหรือฟันยาซ้ำทุก 5 นาที จนครบ 3-5 เม็ดหรือครั้งแล้วยังไม่หายไป ต้องรีบไปโรงพยาบาล ในขณะเดียวกันอย่าออกแรงมาก ควบคุมอารมณ์ไม่ให้ตื่นเต้นมากเกินไป

- อมยาหรือฟันยาขยายหลอดเลือดไว้ใต้ลิ้น เพื่อป้องกันการเกิด Angina pectoris ก่อนที่จะกระทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดอาการ เช่น การออกแรง การรับประทานมีน้ำหนักต้องเผชิญกับความเครียด หรือก่อนมีเพศสัมพันธ์

- พยายามอดทนต่ออาการข้างเคียงของยาที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นลม หน้าแดงโดยการรับประทานยาพาราเซตามอล (Paracetamol) อาการเหล่านี้จะลดลงเมื่อผู้ป่วยทนต่อยาได้มากขึ้น

2. ยาปิดกั้นเบต้า (Beta-blocking agents) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Propranolol (Inderal) ยานี้จะขัดขวางการกระตุ้นซิมพาเทติก ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจ โดยเฉพาะเมื่อออกแรง ผลก็คือลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยทนต่อการออกแรงได้ ลดการเกิด Angina pectoris ลง ยานี้แพทย์มักจะให้รับประทาน โดยแพทย์จะค่อยเพิ่มขนาดยาขึ้นตามพยาธิสภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยควรรับประทานยาตามขนาด เวลาที่แพทย์กำหนดอย่างเคร่งครัด ไม่ควรเพิ่มยา หรือหยุดยาเองโดยเด็ดขาด ต้องให้แพทย์เป็นผู้พิจารณาลดขนาดยาหรือหยุดยาเท่านั้น อาการข้างเคียงของยาดังกล่าวนี้ คือ คลื่นไส้ อาเจียน อารมณ์ซึมเศร้า ท้องเสีย แต่มักเป็นชั่วคราว

ในผู้ป่วยที่มีอาการของเบาหวานร่วมด้วย ยานี้อาจทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ และบดบังอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ คือ เหงื่อออก ชีพจรเบาเร็ว กระสับกระส่าย ไม่ให้ปรากฏ

3. ยาต้านแคลเซียม (Calcium channel blockers) ยาในกลุ่มนี้มีหลายตัว ได้แก่ Verapamil (Isoptin), Nifedipine (Adalat), Prenlamine (Segontin) เป็นต้น เป็นยาใช้รักษาอาการ Angina pectoris ชนิดที่เกิดจากการบีบเกร็งของหลอดเลือดแดงโคโรนารี โดยทำให้หลอดเลือดขยายตัว การไหลเวียนของเลือดไปสู่โคโรนารีและไตเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามที่แพทย์กำหนดอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง ไม่ควรหยุดยา เปลี่ยนยา เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง เพราะจะทำให้เกิด อันตรายถึงชีวิตได้ อาการข้างเคียงของยามีได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อาการมากขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยแต่ละคน ชนิด และยาที่ใช้

4. ยาต้านเกร็ดเลือด ช่วยป้องกันการเกิดลิ่มเลือดและการอุดตันของหลอดเลือด ยาที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือ Baby aspirin ผู้ป่วยต้องระวังภาวะเลือดออกง่ายกว่าปกติ

5. ยาลดไขมันในเลือด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับไขมันในเลือดสูงมาก (มากกว่า 400 มก./ดล.) จะมีโอกาสเกิดหลอดเลือดอุดตันและเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ จึงจำเป็นต้องรับประทานยาลดไขมันในเลือดร่วมกับการควบคุมอาหารไขมัน

3.5 การปรับอัตรานาฬิกาและภาพลักษณ์ที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองหรือความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลสุขภาพ

พยาธิสภาพที่เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นจะมีผลต่ออัตรานาฬิกาจากการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย การเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ เช่น ผู้ป่วยจะต้องจำกัดกิจกรรมบางอย่างซึ่งตนเองเคยสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องมีการปรับภาวะสุขภาพของตนเอง ไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ปรับบทบาทหน้าที่ของตนเอง สำหรับการทำงานนั้น ผู้ป่วยอาจต้องมีการปรับเปลี่ยนหน้าที่หรืออาชีพให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง เพื่อที่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือสภาพที่เป็นอยู่รวมทั้งผลจากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ที่เกิดขึ้นในวงจรชีวิต

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย หรือทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรคที่เป็นอยู่ ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องทราบถึง สาเหตุของโรค อาการและอาการ

แสดง การป้องกันหรือการบรรเทาอาการต่าง ๆ และต้องเข้าใจยอมรับ ให้ความร่วมมือในการรักษา ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้ป่วย

การมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่กล้าซักถามแพทย์หรือพยาบาลเพราะกลัวว่าถูกมองในแง่ไม่ดี หรือเมื่อคิดตามก็ไม่ทราบว่าจะใครจะเป็นผู้ให้คำตอบได้ ความไม่คุ้นเคย ขาดความไว้วางใจจึงพยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง(ศิริอร สินธุ, 2526: 4)นอกจากนี้แพทย์และพยาบาลเองก็ไม่ได้ให้ความกระจ่างในเรื่องนี้กับผู้ป่วยมากนัก ทั้งนี้เพราะวัฒนธรรมประเพณีถือว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องลับต้องห้าม จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์ลดลง เนื่องจากไม่ได้รับคำปรึกษา (ทิพาพันธ์ ศศิธรเวชกุล, 2535 : 22) ดังนั้นแพทย์และพยาบาลควรให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพของโรคได้ การมีเพศสัมพันธ์ครั้งหนึ่งจะใช้พลังงาน 5-6 METS ซึ่งเปรียบเทียบกับการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหัวใจในระดับต่าง ๆ พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจในระดับ 1 และ 2 สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ (ศศิมา ศรีท้าววงศ์สกุล, 2529 : 66) ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีเพศสัมพันธ์ได้ถ้าสามารถทำงานประจำได้โดยไม่มีอาการเหนื่อย โดยก่อนมีเพศสัมพันธ์ ควรนอนพักผ่อนเต็มที่ อยู่ในภาวะจิตใจที่ไม่ตึงเครียด บรรยากาศไม่ร้อนหรือหนาวจัดเกินไป หลีกเลี้ยงสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ หลังรับประทานอาหารใหม่ ๆ ใช้ท่าที่สบาย ๆ ผ่อนคลายและควรรอมหรือพ่นยาขยายหลอดเลือดก่อนมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ควรสังเกตอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอกระหว่างหรือหลังมีเพศสัมพันธ์ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว นาน 15 นาที หรือมากกว่า หายใจขัด หอบ เป็นเวลา 15 นาทีหรือมากกว่า นอนไม่หลับ หลังมีเพศสัมพันธ์หรืออ่อนเพลียมากหลังมีเพศสัมพันธ์ 1-2 วัน ถ้ามีอาการดังกล่าวควรมาปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเพื่อทำทางแก้ไขและป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่จะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ของบุคคล ตลอดจนจนเพื่อพัฒนาการและส่งเสริมให้เกิดความผาสุก (Orem, 1991 : 145)

โอเร็ม (Orem, 1991 : 148-155; สมจิต หนูเจริญกุล, 2534 : 17-23) ได้กล่าวถึงโครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities of self-care operations)

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components)
3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการกระทำ (Capabilities and dispositions foundational for action)



แผนภูมิที่ 3 แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง
 (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534 : 19)

จากแผนภูมิที่ 3 แสดงความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีความรู้ในการปฏิบัติและความสามารถที่จะรู้และกระทำ เป็นส่วนหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการกระทำ ซึ่งจะเป็นพื้นฐานนำไปสู่พลังความสามารถ 10 ประการ และจากพลังความสามารถ 10 ประการจะนำไปสู่การปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง สำหรับรายละเอียดของความสามารถในการดูแลตนเองมีดังนี้

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities of self-care operations)

การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย ดังนั้นในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองจึงต้องมีระยะต่าง ๆ ของการปฏิบัติดังต่อไปนี้ (Orem, 1991: 149)

1.1 การคาดการณ์ (Estimative operations) เป็นความสามารถในการตรวจสอบเพื่อที่จะทราบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นและวิถีทางที่จะสนองตอบความต้องการนั้น

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional operations) เป็นความสามารถในการพิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operations) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components)

พลังความสามารถ 10 ประการ เป็นพลังพื้นฐานของมนุษย์ที่สำคัญที่จะช่วยในการปฏิบัติการการดูแลตนเอง พลังความสามารถ 10 ประการประกอบด้วย (Orem, 1991 : 155; สมจิต หนูเจริญกุล, 2534 : 19-21)

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเองรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะภายใน-ภายนอกตัวเอง และปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 การควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายให้เพียงพอ สำหรับการเริ่มต้นและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ในการเคลื่อนไหวเพื่อการเริ่มต้นและปฏิบัติการการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์

2.4 ความสามารถในการใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจ เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพและความผาสุก

2.6 มีความสามารถในการตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเองและลงมือกระทำตามที่ได้อัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เชื่อถือได้และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.8 มีความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อสื่อสาร และมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นเพื่อนำมาปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง เป็นลำดับก่อนหลัง เพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ครอบครัวและชุมชน จากโครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง จะเห็นว่าพลังความสามารถ 10 ประการเป็นตัวเชื่อมระหว่างความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองกับความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการกระทำ ซึ่ง สมจิต หนูเจริญกุล (2534 : 20-21) กล่าวว่าพลังความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็มนั้นประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ นอกเหนือจากความรู้ (Knowledge) เจตคติ (Attitude) และทักษะในการปฏิบัติ (Psychomotor) ตามแนวคิดดั้งเดิม เพราะปัจจัย 3 ประการนี้ไม่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นได้ ดังนั้นพลังความสามารถ 10 ประการของโอเร็มจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการกระทำ (Capabilities and dispositions foundational for action)

เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็น สำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) ซึ่งโอเร็ม (Orem, 1991 : 152-153) กล่าวถึงการสำรวจของแบคส์ไคเดอร์ (Bachscheider) ในปี ค.ศ.1979 ได้แบ่งความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานดังนี้

3.1 ความสามารถพื้นฐานของการกระทำ (Select basic capabilities) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ

3.1.1 หน้าที่ของประสาทสำหรับรับรู้ความรู้สึก (Sensation) การเรียนรู้ การออกกำลังหรือการทำงาน การควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย และส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

3.1.2 ความสนใจ (Attention) การรับรู้ (Perception) ความจำ (Memory) และศูนย์ควบคุมอารมณ์

3.2 ความสามารถที่จะรู้และกระทำ (Knowing and doing capabilities) ประกอบด้วยความสามารถในการใช้เหตุผล ความสามารถที่จะรู้ในการกระทำ (Operational knowing) ทักษะในการเรียนรู้ เช่น การอ่าน การนับเลข การเขียน การพูด

ความเข้าใจ การทำงาน และการใช้เหตุผล รวมทั้งความสม่ำเสมอในความสามารถที่จะรู้และกระทำ

3.3 คุณลักษณะที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมาย (Dispositions affecting goals sought) เป็นการมองตนเอง ประกอบด้วย ความเข้าใจในตนเอง การรับรู้ตนเอง ภาวลักษณะ การเห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับตนเอง ความหวังใยในตนเอง ความตั้งใจที่จะสนองความต้องการของตนเอง

3.4 ความสามารถและคุณสมบัติ ในการกระทำ (Significant orientative capabilities and dispositions) ประกอบด้วยความตั้งใจและความสนใจ ที่จะดูแลตนเอง สนใจสุขภาพตนเอง ความสามารถที่จะจัดการกับตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

มีปัจจัยหลายอย่างในตัวบุคคลที่มีผลต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และ บุคลิกภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจดังนี้

1. เพศและอายุ โอเร็ม (Orem, 1985 : 220) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับอายุและเพศ และระยะพัฒนาการ เช่น เด็กเล็กยังไม่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนผู้สูงอายุความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง จากการศึกษาของ วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช (2532) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสีย และของ ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์ (2534) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ส่วนการศึกษาของจากรุวรรณ ชันดีสุวรรณ (2528) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

2. สถานภาพสมรส เป็นตัวบ่งชี้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งโอเร็ม (Orem, 1985 : 221) กล่าวว่าระบบครอบครัว เป็นข้อบ่งชี้ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จากการศึกษาของ สุภาภรณ์ ดั่งวง (2531) พบว่า การ

สนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง

3. ระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัว การศึกษาทำให้มนุษย์มีความรอบรู้ มีเหตุผลสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การดูแลตนเองได้ เพนเดอร์ (Pender, 1982 : 161-162) กล่าวว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จะมีการศึกษาน้อยทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ส่วนผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสติดต่อสื่อสารกับคนต่าง ๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ของตนเอง ผู้ที่มีรายได้น้อยส่วนใหญ่จะไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อเจ็บป่วยก็จะเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจตามมา บางรายไม่สามารถทำงานได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้มีโอกาสดูแลตนเองไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่มาตรวจตามนัด เป็นต้น จากการศึกษาของ เยาวดี สุวรรณหาคะ (2532) ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และของอัจฉริยา พวงแก้ว (2540) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ (2536) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร

4. ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในการปรับตัว ระยะเวลาที่นานขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ปรับตัว มีความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรม จากการศึกษาของ วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช (2532) พบว่า ระยะเวลาที่สูญเสียขา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสียขา และของ ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์ (2534) พบว่า ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

5. ระดับสมรรถภาพของหัวใจของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ มีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะยังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม และระดับสมรรถภาพของหัวใจเป็นตัวบ่งบอกความสามารถในการทำกิจกรรม ถ้าระดับสมรรถภาพของหัวใจไม่ดี จะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองได้

6. การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะสุขภาพเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditional factors) ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1991 :

136-137)โอเร็ม กล่าวว่า ภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพจะนำไปสู่ความคิดเห็นหรือการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย ซึ่งแต่ละคนอาจมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน บางคนอาจมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงเล็กน้อยไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต ในขณะที่บางคนรู้สึกถึงความเจ็บป่วยนั้นเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตของเขา เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต ทำให้เสียความเป็นบุคคล เกิดความกลัวความท้อแท้ และขาดกำลังใจที่จะต่อสู้ ซึ่งการรับรู้ความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่แตกต่างกันนี้จะมีผลต่อการเลือกที่จะกระทำการดูแลตนเอง จะทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองได้ จากการศึกษาของ วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปาณิช (2532) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสีย และของ ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์ (2534) พบว่า ความคิดเห็นต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และของ อัจฉรียา พ่วงแก้ว (2540) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ

7. บุคลิกภาพ นิสัยประจำตัวเป็นหนึ่งในความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน(Capabilities and dispositions foundational for action) ซึ่งมีผลต่อการกระทำอย่างจงใจ(Deliberate action) นิสัยประจำตัวเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ บุคลิกภาพแบบเอเป็นบุคลิกภาพที่มีลักษณะเป็นคนเอาจริงเอาจัง มีความทะเยอทะยานสูง มุ่งมั่นเคร่งครัด ตรงเวลา คาดหวังในความสำเร็จสูง ชอบทำงานที่มีการแข่งขัน ชอบเอาชนะ ฉุนเฉียวหงุดหงิดง่าย พุดเร็วใจร้อน ไม่มีความอดทนในการรอคอย ทำงานรีบเร่ง ชอบหมกมุ่นในการทำงานให้เสร็จทันเวลา บางครั้งอาจทำงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน บางคนอาจก้าวร้าวหรือทำลายข้าวของ ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบเอจะเป็นคนที่มีภาวะเครียด มีผลทำให้เพิ่มการหลั่งCatecholamine กระตุ้นSympathetic activity เพิ่มการเกาะตัวของเกร็ดเลือด เร่งกระบวนการเกิดการแข็งตัวของเลือด เพิ่มการสะสมไขมัน เพิ่มความดันโลหิต และเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งสิ้น (จรรยา ตันดิธรรม ,2542:129) บุคลิกภาพเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขยาก ถ้าผู้ป่วยยังคงมีบุคลิกภาพแบบเดิมโดยไม่เปลี่ยนแปลง ก็จะมีโอกาสทำให้โรคมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เรื้อรัง มีสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม หากผู้ป่วยยังคงปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นอีก ถือว่ามีความพร้อมในการดูแลตนเอง จะส่งผลทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย

ในการตัดสินใจเรื่องความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ จะต้องประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นที่กำหนดไว้สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้กระทำหรือกระทำไม่ถูกต้องหรือไม่เพียงพอถือว่ามีความพร้อมในการดูแลตนเอง ดังนั้นความพร้อมในการดูแลตนเองเกิดขึ้นเมื่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดกว่าความสามารถที่จะกระทำ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534 : 22)

งานวิจัยครั้งนี้มุ่งที่จะศึกษาหาความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพและบุคลิกภาพ กับความพร้อมในการดูแลตนเอง เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อขจัดความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease) ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี โดยไม่จำกัด เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากประชากรดังกล่าว ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือหัวใจวาย
2. สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ด้วยตนเอง
3. เข้าใจภาษาไทยและสามารถตอบคำถามได้
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลชลบุรี ในรอบปี พ.ศ.2539 ที่ผ่านมา มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมด 900 ราย (หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลชลบุรี, 2539) ดังนั้นผู้วิจัยได้หาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากตารางแสดงขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย (ศิริชัย กาญจนวาสีและคนอื่น ๆ, 2540 : 124) ณ ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซนต์ ความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 286 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของงานวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระดับสมรรถภาพของหัวใจ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับสมรรถภาพของหัวใจ แบ่งตามความทนทานในการใช้กำลัง 4 ระดับ ตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York's Heart Association) ดังนี้

ระดับที่ 1 มีโรคหัวใจแต่ไม่มีอาการ

ระดับที่ 2 ไม่มีอาการในขณะที่ทำกิจวัตรประจำวัน แต่มีอาการถ้าออกกำลังกายมากกว่าปกติ

ระดับที่ 3 มีอาการถึงแม้ทำงานเพียงเล็กน้อย แต่ไม่มีอาการขณะพัก

ระดับที่ 4 มีอาการขณะพัก

ส่วนที่ 2 แบบวัดบุคลิกภาพ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดบุคลิกภาพแบบเอและแบบบีของริชาร์ด (Richards, 1996) มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ โดยแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ คือ

ใช่ หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าความคิดเห็น ความคาดหวัง ความรู้สึก และพฤติกรรมในข้อนั้น ท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำโดยสม่ำเสมอ

ไม่ใช่ หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าความคิดเห็น ความคาดหวัง ความรู้สึก และพฤติกรรมในข้อนั้นท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

กำหนดการให้คะแนน

ใช่ ได้ 1 คะแนน

ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน

ดังนั้นคะแนนบุคลิกภาพกระจายได้ตั้งแต่ 0-10 คะแนน การประเมินบุคลิกภาพโดยรวมถือเกณฑ์ดังนี้

6-10 คะแนน หมายถึง มีบุคลิกภาพแบบเอ

0- 5 คะแนน หมายถึง มีบุคลิกภาพแบบบี

การหาความเที่ยงตรง

นำเครื่องมือไปหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ
 อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิต 1 ท่าน
 ผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับบุคลิกภาพ 2 ท่าน

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

นำแบบวัดบุคลิกภาพไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 20 ราย หลังคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยใช้สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson หรือ K-R 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบวัดบุคลิกภาพเท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของโอเร็มและศึกษาจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีจำนวนทั้งหมด 44 ข้อ โดยมีข้อคำถามครอบคลุมความต้องการการดูแลตนเอง 3 ด้านของโอเร็ม ซึ่งประกอบด้วย

1. ความพร้อมในการดูแลตนเองทั่วไป มีทั้งหมด 20 ข้อ
 - 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศและอาหารที่เพียงพอ (ข้อ 1-7)
 - 1.2 คงไว้ซึ่งการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ (ข้อ 8-12)
 - 1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน(ข้อ13-20)
2. ความพร้อมในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบาง อารมณ์เครียดหรือเอาชนะผลที่เกิดจากความเจ็บป่วย จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 21-28)
3. ความพร้อมในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพมีจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ
 - 3.1 แสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้ (ข้อ 27, 37-39)
 - 3.2 ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา (ข้อ 28-36)
 - 3.3 ด้านการรับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สบายจากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค (ข้อ 37-42)

3.4 การปรับอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ยอมรับภาวะสุขภาพ รวมทั้ง การปรับบทบาทหน้าที่ (ข้อ 43,44)

ลักษณะของแบบวัดความพร้อมในการดูแลตนเอง คำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ คือ

ทำเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นท่านกระทำสม่ำเสมอหรือกระทำทุกครั้ง

ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นท่านกระทำเป็นบางครั้งหรือกระทำเป็น

ส่วนน้อย

ไม่เคยทำเลย หมายถึง ข้อความนั้นท่านไม่เคยกระทำเลย

ไม่เคยมีเหตุการณ์ หมายถึง ท่านไม่ได้กระทำกิจกรรมนั้นเลยสักครั้ง เนื่องจากไม่มีเหตุการณ์ตามข้อความนั้นเกิดขึ้น

กำหนดการให้คะแนน	ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
ทำเป็นประจำ	ได้ 0 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
ทำเป็นบางครั้ง	ได้ 1 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
ไม่เคยทำเลย	ได้ 1 คะแนน	ได้ 0 คะแนน
ไม่เคยมีเหตุการณ์	ได้ 0 คะแนน	ได้ 0 คะแนน

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง

1 คะแนน หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลตนเอง

ดังนั้นคะแนนความพร้อมในการดูแลตนเองโดยรวมกระจายอยู่ระหว่าง 0-44

คะแนน การประเมินความพร้อมการดูแลตนเองโดยรวมถือเกณฑ์ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง

1-44 คะแนน หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลตนเอง

การหาความเที่ยงตรง

นำเครื่องมือไปหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คือ

อาจารย์พยาบาลผู้ที่ชำนาญทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม 2 ท่าน

นายแพทย์ผู้ชำนาญด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ 2 ท่าน

พยาบาลผู้ชำนาญด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 ท่าน

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

นำแบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลตนเอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย แล้วคำนวณหาความ เชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ในการดูแลตนเองเท่ากับ 0.7

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจง รายละเอียดในการทำวิจัยและดำเนินการเพื่อเก็บข้อมูลโดยมีวันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันพุธและวันพฤหัสบดี เวลา 8.00-12.00 น.

ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

1. เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและขณะรอตรวจ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และขอความร่วมมือจากผู้ป่วย อธิบายถึงจุดประสงค์ในการทำวิจัย ครั้งนี้ให้ผู้ป่วยเข้าใจ
2. เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย สัมภาษณ์ผู้ป่วยใน ข้อมูลส่วนที่ 1 2 และ 3 ตามลำดับ โดยสัมภาษณ์ในช่วงที่ผู้ป่วยนั่งรอแพทย์ ในกรณีที่ ยังสัมภาษณ์ไม่เสร็จและใกล้ถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยหยุดพักการ เก็บข้อมูล จนกระทั่งผู้ป่วยตรวจเสร็จ จึงทำการเก็บข้อมูลที่เหลือจนครบ
3. ตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายที่ได้จากการสัมภาษณ์ให้สมบูรณ์ ได้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 170 ราย โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2541 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2542
4. นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ SPSS for Windows (กัลยา วาณิชย์บัญชา ,2542) สถิติที่ใช้มีดังนี้

1. แจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล
2. แจกแจงความถี่ และคิดอัตราร้อยละของความพร้อมในการดูแลตนเอง
จำแนกตามรายข้อ
3. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ
ง่ายหลายทาง (Correlation matrix)
4. หาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของเพศ อายุ สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับสมรรถภาพของหัวใจ
การรับรู้ภาวะสุขภาพ บุคลิกภาพต่อความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือด
หัวใจด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นต่อน (Stepwise multiple regression)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 170 ราย โดยผลการวิจัยได้เสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 บุคลิกภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 3 ความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของตัวแปรต้นกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะงานหรือกิจกรรมประจำวัน รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย โรคประจำตัวอื่น ๆ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 1-4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=170)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	99	58.20
หญิง	71	41.80
อายุ		
31-40 ปี	8	4.71
41-50 ปี	22	12.94
51-60 ปี	39	22.94
มากกว่า 60 ปี	101	59.41
สถานภาพสมรส		
โสด	10	5.88
คู่	115	67.65
หม้าย	37	21.76
หย่า/แยกกันอยู่	8	4.71
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	123	72.35
มัธยมศึกษา	22	12.94
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	15	8.83
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	10	5.88

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.20 มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 59.41 มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 67.65 มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 72.35

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ ลักษณะงาน หรือ
กิจกรรมประจำวัน และรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=170)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ/งานบ้าน	103	60.58
ทำนา ทำสวน ทำไร่	7	4.12
รับจ้าง	31	18.23
ค้าขาย	15	8.83
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	8.24
ลักษณะงานหรือกิจกรรมประจำวัน		
นั่ง ๆ นอน ๆ	100	58.82
นั่งทำงานเป็นส่วนใหญ่	25	14.71
ยืนทำงานเป็นส่วนใหญ่	22	12.94
ออกแรงจนรู้สึกเหนื่อย	23	13.53
รายได้ของครอบครัว		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	30	17.64
2,001-5,000 บาท	47	27.76
5,001-10,000 บาท	48	28.23
มากกว่า 10,001 บาท	45	26.47

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ/งานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 60.58 ลักษณะงานหรือกิจกรรมประจำวันนั่ง ๆ นอน ๆ คิดเป็นร้อยละ 58.82 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 28.23

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และผู้ออกค่าใช้จ่าย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=170)	ร้อยละ
*แหล่งที่มาของรายได้		
ตนเอง	63	37.06
สามี/ภรรยา	36	21.18
บุตรและ/หรือหลาน	85	50.00
ญาติพี่น้องและ/หรือเพื่อนบ้าน	4	2.35
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้และมีเงินเหลือเก็บ	53	31.18
พอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ	76	44.70
ไม่พอใช้แต่ไม่มีภาระหนี้สิน	22	12.94
ไม่พอใช้และมีภาระหนี้สิน	19	11.18
ผู้ออกค่าใช้จ่าย		
ตนเอง	35	20.59
สังคมสงเคราะห์	61	35.88
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	70	41.80
ประกันสังคม	4	2.35

* 1 คนมีแหล่งที่มาได้มากกว่า 1 แหล่ง

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแหล่งที่มาของรายได้ คือ บุตรและ/หรือหลาน คิดเป็นร้อยละ 50 ความเพียงพอของรายได้ พอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 44.70 และมีผู้ออกค่าใช้จ่ายคือ เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ คิดเป็นร้อยละ 41.18

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรค
ประจำตัวอื่น ๆ ระดับสมรรถภาพหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และโรคประจำ
ตัวในครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=170)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
น้อยกว่า 2 ปี	67	39.41
2-5 ปี	65	38.24
6-10 ปี	26	15.29
มากกว่า 10 ปี	12	7.06
โรคประจำตัวอื่น ๆ		
ไม่มี	62	36.47
มี	108	63.53
*มี ระบุ		
เบาหวาน	34	20.00
ความดันโลหิตสูง	65	38.24
โรคอ้วน	7	4.12
ไขมันในเลือดสูง	32	18.82
อื่น ๆ	22	12.94
ระดับสมรรถภาพของหัวใจ		
ระดับที่ 1	90	52.94
ระดับที่ 2	55	32.35
ระดับที่ 3	20	11.77
ระดับที่ 4	5	7.14
การรับรู้ภาวะสุขภาพ		
คะแนน 1-3	16	9.41
คะแนน 4-7	120	70.59
คะแนน 8-10	34	20.00

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรค
ประจำตัวอื่น ๆ ระดับสมรรถภาพหัวใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และโรคประจำ
ตัวในครอบครัว (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=170)	ร้อยละ
* โรคประจำตัวในครอบครัว		
ไม่มี	114	67.06
มี	56	32.94
*มี ระบุ โรคหลอดเลือดหัวใจ	23	13.53
ความดันโลหิตสูง	32	18.82
เบาหวาน	24	14.12
ไขมันในเลือดสูง	8	4.71
โรคอ้วน	2	1.18

* 1 คน มีได้มากกว่า 1 โรค

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยน้อยกว่า
2 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.41 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 63.53 โดยระบุว่าเป็นโรค
ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 38.24 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 20 มี
ระดับสมรรถภาพของหัวใจ ระดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 52.94 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดย
ให้คะแนน 4-7 คิดเป็นร้อยละ 70.59 และส่วนใหญ่ร้อยละ 67.06 ไม่มีโรคประจำตัวใน
ครอบครัว

ส่วนที่ 2 บุคลิกภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบุคลิกภาพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=170)	ร้อยละ	แปลผล
บุคลิกภาพ			
คะแนน 0-5	88	51.76	บุคลิกภาพแบบบี
คะแนน 6-10	82	48.24	บุคลิกภาพแบบเอ

จากตารางที่ 5 พบว่า ส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบบี คิดเป็นร้อยละ 51.76 และมีบุคลิกภาพแบบเอ คิดเป็นร้อยละ 48.24

ส่วนที่ 3 ความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีพร้อมและไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

	ข้อความ	ไม่มีความพร้อม	มีความพร้อม
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป			
1.	ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดหรือสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทไม่สะดวก เช่น โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า	44.7	55.3
2.	ในปัจจุบันท่านสูบบุหรี่	79.4	20.6
3.	ท่านต้องอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่หรือมีผู้สูบบุหรี่	35.9	64.1
4.	ท่านรับประทานอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกาย เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม ผัก ผลไม้	69.4	30.6
5.	ท่านรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมาก ๆ เช่น ขนมหวานต่าง ๆ น้ำอัดลม ผลไม้รสหวานจัด อาหารที่มีกระเทียม อาหารทอด เป็นต้น	13.0	87.0

ตารางที่ 6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีพร่องและไม่มี ความพร่องในการดูแลตนเองใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ต่อ)

ข้อความ	ไม่มี ความพร่อง	มี ความพร่อง
6. ท่านรับประทานอาหารพอลิมเท่า นั้นไม่รับประทาน มากเกินไป	62.3	37.7
7. ท่านควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และคงที่	40.6	59.4
8. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาต้องเหล้า เป็นต้น	75.3	24.7
9. ท่านอ้วน น้ำอ้วนประเภทโคเลา รูทเบียร์	47.1	52.9
10. ในปัจจุบันท่านดื่มชา กาแฟที่มีคาเฟอีน เครื่องดื่มชูกำลัง	58.2	41.8
11. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ขวดแม่โขง (6-8 แก้ว)	45.9	54.1
12. ท่านรับประทานผักและผลไม้ทุกวัน เพื่อให้การ ขับถ่ายอุจจาระเป็นปกติ	63.5	36.5
13. ท่านออกกำลังกายโดยเลือกวิธีการออกกำลังกาย ที่ไม่ทำให้ท่านมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจ ลำบาก หรือเจ็บหน้าอก เช่น การเดินวิ่งเหยาะ ๆ เป็นต้น	49.4	50.6
14. ท่านออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง	44.1	55.9
15. ท่านจับชีพจรและสังเกตอาการผิดปกติขณะ ออกกำลังกาย	35.9	64.1
16. ท่านหยุดการออกกำลังกายหากชีพจรเต้นเร็ว ใจสั่น เหนื่อย หายใจลำบาก	71.8	28.2
17. ท่านดูภาพยนตร์สีกลับตื่นเต้นหรือกีฬา ที่มีการ แข่งขันกัน เช่น มวย เป็นต้น	41.2	58.8
18. ท่านทำงานจนไม่มีเวลาพักผ่อน	68.2	31.8
19. ท่านนอนหลับในเวลากลางคืนติดต่อกันอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง	58.2	41.8

ตารางที่ 6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีพร้อมและไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ต่อ)

ข้อความ	ไม่มีความพร้อม	มีความพร้อม
20. ท่านนอนหลับอย่างสนิททุกคืน	47.0	53.0
21. ท่านสร้างและรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว	84.7	15.3
22. เมื่อท่านมีปัญหาท่านมักปรึกษาหารือหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด	65.3	34.7
23. เมื่อท่านรู้สึกเครียด ท่านมักจะหากิจกรรมต่าง ๆ ทำ เช่น ทำสมาธิ ฟังเพลง สวดมนต์ ฟักผ่อน อ่านหนังสือ เป็นต้น	56.5	33.6
24. ท่านสามารถหาวิธีแก้ไขหรือผ่อนคลายความเครียดได้	62.9	37.1
25. ท่านควบคุมอารมณ์ไม่ให้โกรธหรือตื่นเต้นจนเกินไป	48.2	51.8
26. ท่านใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ ฟังวิทยุ ดูทีวี เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ	64.7	35.3
27. เมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพท่านขอคำปรึกษาจากแพทย์หรือพยาบาล	77.1	22.9
28. ท่านมาตรวจตามที่แพทย์หรือพยาบาลนัด	85.3	14.7
29. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำหรือแผนการรักษาของแพทย์ หรือพยาบาล	85.9	14.1

ตารางที่ 6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีพร่องและไม่มีความพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ต่อ)

ข้อความ	ไม่มีความพร่อง	มีความพร่อง
30. ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่งตรงตามจำนวนและตรงเวลา	83.5	16.5
31. ท่านซื้อยาโรคหัวใจมารับประทานเองโดยไม่ได้มาพบแพทย์	91.1	8.9
32. ท่านหยุดและ/หรือลืมรับประทานยา	52.3	47.7
33. ท่านลดหรือเพิ่มยาโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์	90.0	10.0
34. เมื่อท่านมีอาการเจ็บหน้าอกท่านหยุดกิจกรรมนั้นๆ รับประทานยา หรือพ่นยาขยายหลอดเลือดใต้ลิ้น และนอนพักผ่อน	85.3	14.7
35. ท่านมักนำยาขยายหลอดเลือดชนิดอมหรือพ่นใต้ลิ้นติดตัวไปด้วยเสมอเมื่อท่านไปสถานที่ต่างๆ	76.5	23.5
36. ท่านเก็บยาขยายหลอดเลือดไว้ในขวดสีชาในที่แห้งและไม่ร้อนเกินไป	81.2	18.9
37. เมื่อท่านมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีความไม่สุขสบายต่าง ๆ ท่านจะรอปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเมื่อถึงวันนัด	46.5	53.5
38. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้จากผู้ป่วยโรคเดียวกับท่าน	25.9	74.1
39. ท่านติดตามข่าวสารที่ให้ความรู้หรือข้อมูลด้านสุขภาพจากรายการวิทยุ โทรทัศน์ หรือสิ่งตีพิมพ์	34.2	65.8
40. เมื่อท่านมีอาการบวมที่ขาท่านจะลดและควบคุมอาหารเค็ม	73.5	26.5

ตารางที่ 6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีพร่องและไม่มีความพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ต่อ)

ข้อความ	ไม่มีความพร่อง	มีความพร่อง
41. ท่านซื้ออาหารปรุงสำเร็จมารับประทาน	31.7	68.3
42. ท่านเติมน้ำตาล น้ำปลา ซอสปรุงอาหาร ซีอิ๊ว หรือเกลือ ลงในอาหารปรุงสำเร็จรูป	50.6	49.4
43. ท่านหยุดหรือหลีกเลี่ยงงาน กิจกรรมที่ทำให้ท่านรู้สึกอ่อนเพลีย ใจสั้น เหนื่อย หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก	82.9	17.1
44. ท่านสามารถยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับข้อจำกัดต่าง ๆ ในการปฏิบัติตัวจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น การที่ต้องจำกัดกิจกรรม การควบคุมอาหาร เป็นต้น	81.8	18.2

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร่องในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมากเกินไปคิดเป็นร้อยละ 87 รองลงมามีความพร่องในการคุ้ยแกลกเปลี่ยนความรู้จากผู้ป่วยโรคเดียวกันคิดเป็นร้อยละ 74.1 และซื้ออาหารปรุงสำเร็จมารับประทานคิดเป็นร้อยละ 68.3

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของตัวแปรต้นกับความพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ

ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple regression analysis) ระดับการวัดของตัวแปรต้องอยู่ในระดับการวัดแบบช่วง (Internal scale) ขึ้นไป ในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรที่อยู่เป็นกลุ่ม (Nominal scale) อยู่ 3 ตัวแปร คือ เพศ สถานภาพสมรส และระดับสมรรถภาพของหัวใจ เพื่อให้ตัวแปรดังกล่าวเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยพหุได้ จึงได้ทำเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) โดยให้มีค่า 1 และ 0 ในการวิเคราะห์แต่ละกลุ่มดังรายละเอียดในตารางที่ 7-9

ตารางที่ 7 การจัดทำตัวแปรหุ่น เพศ

กลุ่ม	ตัวแปรหุ่น
กลุ่มเพศ	S
1. ชาย	0
2. หญิง	1

ตารางที่ 8 การจัดทำตัวแปรหุ่น สถานภาพสมรส

กลุ่ม	ตัวแปรหุ่น
กลุ่มสถานภาพสมรส	M
1. คู่	0
2. โสด หม้าย หย่า แยก	1

ตารางที่ 9 การจัดทำตัวแปรหุ่น ระดับสมรรถภาพของหัวใจ

กลุ่มระดับสมรรถภาพของหัวใจ	ตัวแปรหุ่น		
	FC1	FC2	FC3
1. ระดับ 1	0	0	0
2. ระดับ 2	1	0	0
3. ระดับ 3	0	1	0
4. ระดับ 4	0	0	1

ได้นำตัวแปรอิสระมาทดสอบความสัมพันธ์สาเหตุร่วมเชิงเส้น(Multicollinearity) โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบง่ายหลายทาง (Correlation matrix) พบว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์สาเหตุร่วมเชิงเส้นดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ

ตัวแปร อิสระ	AGE	EDU	FC1	FC2	FC3	INC	MAR	PH	S	PER	TIM
AGE	1.00										
EDU	-.29**	1.00									
FC1	.05	-.16*	1.00								
FC2	.00	-.06	.63**	1.00							
FC3	.01	-.03	.73**	.84**	1.00						
INC	-.03	.32**	-.10	-.00	.01	1.00					
MAR	.15	-.18*	.11	-.05	-.03	-.12	1.00				
PH	-.03	.07	-.21**	-.33**	-.29**	-.11	-.15*	1.00			
S	.08	-.32**	-.03	-.06	-.07	-.26**	.19*	.02	1.00		
PERS	-.16*	.01	.10	.16*	.09	.14	-.03	-.15	.00	1.00	
TIME	.12	-.02	-.04	-.09	-.07	-.14	.12	.10	.10	-.08	1.00

* = $P < .05$, ** = $P < .01$

AGE = อายุ

EDU = ระดับการศึกษา

FC1 = ระดับสมรรถภาพของหัวใจระดับ 2

FC2 = ระดับสมรรถภาพของหัวใจระดับ 3

FC3 = ระดับสมรรถภาพของหัวใจระดับ 4

TIM = ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

INC = รายได้ของครอบครัว

MAR = สถานภาพสมรส โสด หม้าย
หย่า แยก

PH = การรับรู้ภาวะสุขภาพ

S = เพศหญิง

PER = บุคลิกภาพ

จากการทดสอบพบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดมีความสัมพันธ์กันเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จำนวน 10 คู่และที่มีความสัมพันธ์กันเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 6 คู่โดยมีค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตั้งแต่ 0.15 -0.84 และมีตัวแปรอิสระที่มีค่ามากกว่า 0.70 และเข้าใกล้ 1 คือ FC1 ,FC2 และFC3 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัวมีความสัมพันธ์กันมาก (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ , 2538 : 144) ดังนั้นจึงนำตัวแปรอิสระตัวอื่นๆทั้งหมดมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่ความสัมพันธ์และสามารถทำนายความพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจร่วมกับ FC1 ,FC2 และFC3 ที่ละตัว พบว่ามีตัวแปรเพียง 2 ตัวแปรเหมือนกันที่สามารถทำนายความพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจได้ ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่11 การวิเคราะห์ถดถอยพหุตัวแปรต้นที่ความสัมพันธ์กับความพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ

Analysis of variance	Sum of squares	df	Mean square	F	p
Regression	708.75	2	354.36	7.81	< .001
Residual	7575.16	167	45.36		
Total	8283.91	169			

$$R = 0.29$$

$$R^2 = 0.09$$

$$N = 170$$

จากตารางที่ 11 พบว่า การวิเคราะห์ถดถอยตัวแปรต้นที่สัมพันธ์กับความพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีตัวแปรต้นที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของความพร่องในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 7.81$, $p < .001$) ซึ่งมีอำนาจในการทำนายร้อยละ 0.09 ($R^2 = 0.09$, 0.29)

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับ
ความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ

ตัวทำนาย	B	SE B	Beta	t	p
1.การรับรู้ภาวะสุขภาพ (PH)	-0.83	0.25	-0.25	-3.32	< .001
2.เพศหญิง (S)	-2.19	1.05	-0.16	-2.09	< .04
ค่าคงที่	22.20	1.54		14.38	< .001

จากตารางที่ 12 พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงได้แก่การรับรู้ภาวะสุขภาพ (PH) สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.32$, $p < .001$) จากนั้นตัวทำนายที่ได้รับคัดเลือกเข้าไปพิจารณาคือ เพศหญิง (S) สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.09$, $p < .04$) โดยมีค่าคงที่เท่ากับ 22.20 สามารถทำนายได้ดังสมการดังนี้

$$B = 22.20 - 0.83 PH - 2.19 S .$$

สัญลักษณ์

B = ความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ

PH = การรับรู้ ภาวะสุขภาพ

S = เพศหญิง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 170 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว แบบวัดบุคลิกภาพ และแบบวัดความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง นำเครื่องมือไปหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 และ 0.70 ตามลำดับ การเก็บรวบรวมกระทำโดยการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย และ ผู้ช่วยวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม 2541 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2542 แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติทางสังคมศาสตร์ (SPSS for windows) โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ผลการวิจัย มีดังนี้

1. ลักษณะทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.2 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 59.4 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.7 การศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 72.3 ไม่มีอาชีพหรือทำงานบ้าน ร้อยละ 60.6 ลักษณะกิจกรรมประจำวันคือ นั่ง ๆ นอน ๆ ร้อยละ 58.8 รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 28.2 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยน้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 39.4 มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร้อยละ 63.5 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.2 ระดับสมรรถภาพหัวใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 1 ร้อยละ 52.9 การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.5 และส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบบี ร้อยละ 51.8

2. ความพร้อมในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลตนเองโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.38 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลและไขมัน มาก ๆ คิดเป็นร้อยละ 87 รองลงมาคือการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ในโรคเดียวกัน คิดเป็น ร้อยละ 74.1 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองในเรื่องของปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนคือการอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่หรือมีผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 64.1 ไม่จับชีพจรหรือสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย ร้อยละ 64.1 ดูภาพยนตร์ลึกลับ ตื่นเต้นหรือกีฬาที่มีการแข่งขัน ร้อยละ 58.8 ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ไม่ให้โกรธหรือ ตื่นเต้นได้ร้อยละ 51.8 และเมื่อมีอาการผิดปกติไม่ไปพบแพทย์ก่อนวันนัด ร้อยละ 53.5

การหาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของตัวแปรต้นกับความพร้อมในการ ดูแลตนเอง

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อเริ่ม การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวทำนายตัวแรกที่ได้รับเลือกคือการรับรู้ภาวะ สุขภาพโดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ 0.062 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ เมื่อเพิ่มตัวทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นที่ 2 ตัวทำนายที่ได้รับเลือกคือเพศ พบว่าค่า สัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.086 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาดังกล่าว มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. ความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป โดยกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมมาก กว่าร้อยละ 50 คือ เรื่องการควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดที่มีควันบุหรี่หรือมีผู้สูบบุหรี่ การออกกำลังกายและการ จับชีพจรสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการดูภาพยนตร์ลึกลับ ตื่นเต้นหรือกีฬาที่มีการแข่งขัน

1.1.1. ความพร้อมในการควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ใน เกณฑ์ปกติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมาก ๆ ร้อยละ 87 ซ้ำอาหารปรุงสำเร็จ ร้อยละ 68.3 ไม่ควบคุมน้ำหนัก ร้อยละ 59.4 ดื่มน้ำน้อยกว่า 6-8 แก้วต่อวัน ร้อยละ 54.1 และดื่มน้ำอัดลมประเภทโคล่า รูทเบียร์ ร้อยละ 52.9 การที่กลุ่ม ตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลตนเองดังกล่าว อาจเป็นสาเหตุมาจากกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ คือ มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 59.4 และส่วนใหญ่มีบุตรหรือหลาน เป็นผู้ดูแล ร้อยละ 50 ซึ่งบุตรหรือหลานต้องทำงานนอกบ้านเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ประกอบกับตัวผู้ป่วยเองไม่สามารถไปซื้ออาหารหรือปรุงอาหารได้ด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างจึงจำเป็นต้องซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทาน จากการสัมภาษณ์ลักษณะอาหารสำเร็จรูปที่ผู้ป่วยซื้อ มักเป็นอาหารประเภทที่มีไขมันและให้พลังงานสูง จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมชนิดของอาหารและปริมาณไขมันในอาหารที่รับประทานได้ นอกจากนี้นิสัยการบริโภคของแต่ละคน เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงยาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุมักชอบรับประทานอาหารหวาน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคซ้ำอีก ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมและแก้ไขโดยการให้ความรู้และชี้แนะให้ตระหนักถึงความสำคัญและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ดูแล ปฏิบัติอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

1.1.2. การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดที่มีควันบุหรี่หรือมีผู้สูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่หรือมีผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 64.1 เนื่องจากสมาชิกในบ้านสูบบุหรี่เป็นประจำ หลีกไม่พ้น และส่วนใหญ่คิดว่าควันบุหรี่อาจไม่มีผลต่อสุขภาพ เพราะไม่ได้เป็นผู้สูบเอง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.6 ยังคงสูบบุหรี่อยู่ ควันบุหรี่มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการตายอย่างกะทันหันในผู้ที่สูบบุหรี่ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (วิไล พัววิไล, 2529 : 131) และจากการศึกษาของจริยา ตันติธรรม (2536 : 68) พบว่าผู้ป่วยสามารถงดสูบบุหรี่ได้เนื่องจากกลัวตายและกลัวเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ดังนั้นจึงควรสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการงดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีควันบุหรี่

1.1.3. การออกกำลังกายและการตรวจจับชีพจร สังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 64.1 ไม่ตรวจจับชีพจรและสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย โดยระบุว่าไม่ทราบและไม่เคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540 : 77) พบว่าผู้ป่วยหญิงโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ร้อยละ 97 ไม่สามารถจับชีพจรในขณะออกกำลังกาย โดยระบุว่าไม่ทราบและไม่เคยได้รับคำแนะนำเช่นกัน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดทั้งความรู้และทักษะในการปฏิบัติ ซึ่งโจเซฟ (Joseph, 1980 : 135) กล่าวว่า ความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการส่งเสริมการดูแลตนเองและการสอนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดทักษะจะทำให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ตามลำพัง

1.1.4. การหลีกเลี่ยงการดูภาพยนตร์ที่ลึกลับตื่นเต้นหรือกีฬาที่มีการแข่งขัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 58.8 ดูภาพยนตร์ลึกลับตื่นเต้น หรือกีฬาที่มีการแข่งขัน ซึ่งมีผลต่อการทำงานของหัวใจทำให้หัวใจเต้นเร็วมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น โดยระบุเหตุผลว่าไม่ทราบและคิดว่าไม่น่าจะเกี่ยวข้องกัน

1.2 การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ส่วนใหญ่ร้อยละ 51.8 ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ไม่ให้โกรธหรือตื่นเต้นจนเกินไป ซึ่งอาจมีสาเหตุจากบุคลิกภาพของผู้ป่วยเอง จากการสัมภาษณ์ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยมีบุคลิกภาพแบบเอ คือเป็นคนเอาจริงเอาจัง มีความทะเยอทะยาน ชอบแข่งขันเอาชนะ และหมกมุ่นอยู่กับกับทำงานให้เสร็จทันเวลา จึงทำให้มีอาการเครียด โกรธง่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมักถูกจำกัดกิจกรรมโดยเฉพาะเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ตนเองไร้คุณค่า เป็นภาระต่อครอบครัว มักแสดงออกในอารมณ์หงุดหงิด คับข้องใจ โกรธ ซึ่งตรงกับการศึกษาของจริยา ตันติธรรม (2536 : 76)

1.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ส่วนใหญ่ร้อยละ 74.1 ไม่ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้จากผู้ป่วยโรคเดียวกัน ร้อยละ 65.8 ไม่ติดตามข่าวสารความรู้จากสื่อต่าง ๆ และร้อยละ 53.5 ไม่มาตรวจก่อนวันนัดเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติต่างๆ เนื่องจากขาดความรู้ มีความเข้าใจไม่ถูกต้องและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ตามองไม่ชัด จึงขาดความสนใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉริยา พวงแก้ว (2540 : 80-81) พบว่าผู้ป่วยหญิงโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 45 ไม่สนใจติดตามข่าวสารด้านสุขภาพและร้อยละ 40.5 ไม่มาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ

2. ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาพบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองได้มีดังนี้คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (PH) และเพศ (S) สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลตนเอง (B) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีค่าอำนาจการทำนายร้อยละ 8.6 ดังสมการ

$$B = 22.20 - 0.83 (PH) - 2.19 (S) .$$

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองสามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบ และสามารถทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีจะมีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี จะมีความคิดว่าความเจ็บป่วยเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อยไม่ใช่อุปสรรคในการดำเนินชีวิต ทำให้เกิดแรงจูงใจ สามารถคิดไตร่ตรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนคนที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีจะเป็นสิ่งรบกวนคุกคามต่อชีวิตเป็นอย่างมากทำให้ดูแลตนเองได้ไม่มีประสิทธิภาพเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 52.9 มีระดับสมรรถภาพของหัวใจอยู่ในระดับ 1 แต่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันบางคนอยู่ในระดับสูงและบางคนอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันจึงมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 64) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพทางลบจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าสุขภาพของตนถูกคุกคาม เกิดความเครียด ความวิตกกังวลมาก ส่งผลถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองมาก ส่วนผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางบวกจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ เกิดการกระตุ้นแรงจูงใจในการพัฒนาและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทำให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิระประภา ภาวิไล (2535) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

2.2 เพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 พบว่าเพศหญิงมีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อย อาจเนื่องมาจากเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศหญิง (กนกพร วิสุทธิกุล, 2540 : ข) และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวได้ จึงส่งผลทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยจากการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 58.2 เป็นเพศชาย ในจำนวนนี้ยังคงมีบุคลิกภาพแบบเอร้อยละ 44.4 ยังคงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 24.7 และยังคงสูบบุหรี่ร้อยละ 20.6 เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องเป็นผลทำให้เพศชายมีความพร้อมในการดูแลตนเองมากกว่าเพศหญิง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังคงมีความพร้อมในการดูแลตนเองและเมื่อพิจารณาในรายข้อ ผู้ป่วยมีความพร้อมในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมาก ๆ ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดที่มีควันบุหรี่หรือมีผู้สูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย การไม่ตรวจจับชีพจรขณะออกกำลังกายรวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการดูภาพยนตร์ลึกลับตื่นเต้นหรือกีฬาที่มีการแข่งขัน การควบคุมอารมณ์ไม่ให้โกรธหรือตื่นเต้นจนเกินไป ไม่ติดตามข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ หรือการพูดคุยด้านสุขภาพแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ป่วยโรคเดียวกัน และเมื่อมีอาการผิดปกติไม่มาพบแพทย์ก่อนวันนัด

ดังนั้นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล คือ การให้ความรู้ที่เพียงพอและเป็นความรู้พื้นฐานนำไปสู่การปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ตระหนักและเห็นความสำคัญว่าถ้ายังคงกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ จะเกิดอันตรายอย่างไร สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ การพัฒนาทักษะโดยเฉพาะการสังเกตอาการผิดปกติที่เป็นอันตรายและรีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด รวมทั้งประเมินอาการผิดปกติต่างๆเช่น การตรวจจับชีพจร เป็นต้น

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพและเพศมีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยเฉพาะในขณะที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ถูกต้อง จึงควรจัดให้มีคลินิกให้คำปรึกษาร่วมกับการส่งเสริมให้มีกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self help group) เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพและประสบการณ์การดูแลตนเองสนับสนุนให้กำลังใจ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง ตลอดจนให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้น และในกลุ่มเพศชาย ควรสนับสนุนให้มีการลดพฤติกรรมเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ

2. ด้านการศึกษา

ควรจัดการเรียนการสอนแก่นิสิตพยาบาล ควรเน้นการส่งเสริมการดูแลตนเองและการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเองโดยเฉพาะการรับรู้ภาวะสุขภาพ

3. ด้านการวิจัย

3.1 ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น แรงจูงใจ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นต้น

3.2 ศึกษารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

3.3 ศึกษาเชิงคุณภาพถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

บรรณานุกรม

- กนกพร วิสุทติกุล. (2540). พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2538). สถิติสาธารณสุข .. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2542). การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย SPSS for Windows. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤษฎา บานชื่น. (2531). การออกกำลังกายแบบแอโรบิค : คำจำกัดความ. คลินิก. 4, 617-618.
- จรรยา ดันติธรรม. (2542). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. ในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ.:สำนักพิมพ์นิติบรรณการ
- _____. (2536). รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพาพันธ์ ศศิธรเวชกุล. (2535). การให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 5, 22-24.
- พยงค์ จูฑา. (2530). การดูแลรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังออกจากโรงพยาบาล. คลินิก. 3, 160-167.
- _____. (2531). ไขมันกับโคเลสเตอรอล. วารสารโรคหัวใจ. 70(4), 1.
- พรรณิ เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. (2536). โรคหัวใจขาดเลือด. ในสมชาติ โฉงายะ, บุญชอบ พงษ์พานิชย์ และพันธ์ุพิเชษฐ์ สาครพันธ์(บรรณาธิการ). ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2538). วิธีการวิจัยพฤติกรรมทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ .พิมพ์ครั้งที่6. กรุงเทพฯ.: สำนักทดสอบการศึกษาและจิตวิทยา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร

- มณฑิชา อนุกุลวุฒิพงศ์. (2539). พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูลนิธิโรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2534). หัวใจของเรา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รักษ์สัมพันธ์.
- รายงานจากแผนกสถิติผู้ป่วย โรงพยาบาลชลบุรี. (2541). จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.
- ลิ้มทอง พรหมดี. (2541). Cardiac markers ที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด. 10(1), 42-45.
- วิชัย ดันไพจิตร. (2534). ไขมันกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน. ใน.กมล สินธวานนท์ (บรรณาธิการ). หัวใจของเรา กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รักษ์สัมพันธ์.
- _____. (2537). แนวทางการวิจัยภาวะหลอดเลือดแข็ง. เอกสารการสัมมนาโรคหัวใจ. กรุงเทพฯ : สภาวิจัยแห่งชาติ.
- วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. (2534). สสำรวจความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสียขา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไล พัววิไล. (2529). การสูบบุหรี่กับโรคหัวใจและหลอดเลือด. วารสารกรมการแพทย์. 11(2), 129-131.
- ศศิมา ศรัทธาวงศ์สกุล. (2529). การพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาเลือกสรรการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ หน่วยที่ 11-15. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ศิริชัย กาญจนราสี, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และดิเรก ศรีสุขโข. (2540). การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัทพชรกานต์พับลิเคชั่นจำกัด.
- ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์. (2538). การรับรู้สมรรถนะของตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. (2530). โรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย. คลินิก. 3, 786-795.
- สมจิต หนูเจริญกุล. . (2533). การดูแลสุขภาพตนเองในการพยาบาลทฤษฎีและการประยุกต์ทางคลินิก. ใน ลือชัย ศรีเงินยวงและทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. กรุงเทพฯ.: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- _____. (2534). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์การพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.
- _____. (2541). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2537). เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ : หลักการ วิธีการและการประยุกต์ .พิมพ์ครั้งที่ 3 .มปท.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และลัดดาวัลย์ รอดมณี. (2527). เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด การพิมพ์.
- สุภาภรณ์ ด้วงแพง. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2538). สรุปรายงานการป่วยของผู้ป่วยที่มาใช้บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2536. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท.
- อรพิน อินทรนุกุลกิจ. (2536). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อัจฉริยา พ่วงแก้ว. (2540). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Avis, N.E. & et al. (1989). Accuracy of perception of heart attack risk: what influence perception and can they change?. **American Journal of public health**. 7(2), 1608-1612.
- Bennet, S.J. (1992). Percieves threats of individual recovering from myocardial infarction **Heart Lung**. 21, 322-326.
- Byrne, D.G. (1981). Type A behavior, life-events and myocardial infarction : Independent or related risk factor. **British Journal of Medical Psychology**. 54, 371-377.
- Delunas, L.R. (1996). Beyond type A : hostility and coronary heart disease- implications for research and practice. **Rehabilitation Nursing**. 21(4), 196-201.
- Dod, M.J. (1988). Measuring Self Care Activities in Narilyn, F.S. (Ed.). **Instrument for Clinical Nursing Research**. (pp.171-184). Conneticut : Appleton & Longe.
- Duryec, R. (1992). The efficacy of inpatient education after myocardial infarction. **Heart Lung**. 21, 217-227.
- Ewart, C.K. & Tayler, C.B. (1984). Effect of post myocardial infarction exercise testing on self-perception and subsequent physical activity. **American Journal of Cardiology**. 51, 1076-1080.
- Guzzetta, C.E. and Dossey, B.M. (1992). **Cardiovascular Nursing : Holistic Practice**. St. Louis : Mosby Year Book.
- Haynes, S.G. & et al (1980). The relationship of Psychosocial Factors to Coronary Heart Disease in framingham Study. **American Journal of Epidemiology**. 107, 362-402.
- Hamby, R.I. (1979). **Clinical Anatomical Correlates in Coronary Artery Disease**. New York : Futura Publishing Company, Inc.

- Hartshorn, J.C., Sole, M.L. and Lamborn, M.L. (1997). **Introduction to Critical Care Nursing**. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Kaplan, R.M., James, F.S. and Thomas, L.P. (1993). **Health and Human Behavior**. New York : McGraw Hill.
- Luckman, J. and Sorensen, K.C. (1980). **Coronary Heart Disease** in Medical-Surgical Nursing. (pp.846-980). 2nd ed. Philadelphia : W.B.Saunders.
- Lukkarinen,H. and Hentinen ,M.(1997).Self-care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease. **International Journal of Nursing-Studies**.34(4), 295-304.
- Moulton,A.M.(1995). **Coronary Artery Disease** in Carlson,K.J.Carlson & et al. Primary Care of Women. St.Louis:The C.V.Mosby Company.
- Orem, D.E. (1985). **Nursing Concepts of Practice**. 3rd ed. New York : McGraw-Hill.
- _____ . (1991). **Nursing Concepts of Practice**. 4th ed. St.Louis : Mosby Year Book.
- Pender, N.J. (1987). **Health Promotion in Nursing Practice**. New York : Appleton Century Croft.
- Richards, J.C., Hull, J., Proctor, S. (1996). **Interchange English for International Communication**. New York : Cambridge University Press.
- Sivalajan, E.S. (1982). **Cardiac Rehabilitation : Activity and Exercise Program**. In S.L. Underkill (Ed.), Cardiac Nursing. (pp.551-569). Philadelphia : J.B. Lippicott.
- Strube, M.J. (1991). **Type A Behavior**. California : SAGE Publications.
- Susan, L.W. et al. (1995). **Cardiac Nursing**. 3rd ed. Philadelphia :J.B. Lippincott.

Wenger, N.K. and Fletcher, G.F. (1990). **Rehabilitation of the Patient with atherosclerotic Coronary Heart Disease.** In T.W. Hurst & et al. (Ed.), *The Heart.* (pp.1103-1117). New York : McGraw-Hill.

Woodhead,G.A.(1996). The management of cholesterol in coronary heart disease risk reduction. **American Journal of primary Health Care.** 21(9),45-51.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

HN.....

แบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์บุคลิกภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตอนที่ 1 ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงตามลักษณะที่เป็นจริงของท่านหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ต้องระบุ

ช่องนี้สำหรับผู้วิจัย

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
 () 31 - 40ปี () 41 - 50ปี
 () 51 - 60ปี () มากกว่า 60ปี
3. สถานภาพสมรส
 () โสด () คู่
 () หม้าย () หย่า/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา ระบุ.....
 () ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า () มัธยมศึกษา
 () อาชีวศึกษา / อนุปริญญา () ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
5. ภูมิลำเนา ระบุ.....
6. อาชีพ
 () ไม่มีอาชีพ/งานบ้าน () ทำนา ทำสวน ทำไร่
 () รับจ้าง () ค้าขาย
 () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () บริษัทหรือหน่วยงานเอกชน
 () อื่น ๆ ระบุ.....

ตอนที่2 ตัวอย่างแบบวัดบุคลิกภาพ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงบุคลิกภาพของท่าน
จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โปรดตอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด กรุณาใส่
เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านมักจะรีบร้อนที่จะทำสิ่งต่างๆ ให้เสร็จโดยเร็ว		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
10. ท่านคิดว่าวิธีที่ดีที่สุดที่จะให้งานสำเร็จคือท่านต้องทำเอง		

ตอนที่ 3 ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์
ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของท่านว่าเป็นอย่างไรบ้าง ในระยะ 2-3 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โปรดตอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด โดยแต่ละข้อคำถามให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คำตอบแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

- ทำเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นท่านกระทำสม่ำเสมอหรือกระทำทุกครั้ง
 ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นท่านกระทำเป็นบางครั้งหรือกระทำเป็นส่วนน้อย
 ไม่เคยทำเลย หมายถึง ข้อความนั้นท่านไม่เคยกระทำเลย
 ไม่เคยมีเหตุการณ์ หมายถึง ท่านไม่ได้กระทำกิจกรรมนั้นเลยสักครั้ง เนื่องจากไม่มีเหตุการณ์ตามข้อความนั้น ๆ เกิดขึ้น

ข้อความ	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำเลย	ไม่เคยมีเหตุการณ์	สำหรับผู้วิจัย
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป					
1.ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดหรือสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทไม่สะดวก เช่น โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า					
2.ในปัจจุบันท่านสูบบุหรี่					
3.ท่านต้องอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่หรือมีผู้สูบบุหรี่					
4.ท่านสามารถยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับข้อจำกัดต่าง ๆ ในการปฏิบัติตัวจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น การที่ต้องจำกัดกิจกรรม การควบคุมอาหาร เป็นต้น					

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผศ.นพ.ประดิษฐ์ ปัญจวีณิน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
2. นางสาววาสนีย์ เมธาประภามร
หัวหน้าตึกไอซียู โรงพยาบาลศิริราช
3. อาจารย์สุมนา พิศลยบุตร
นักจิตวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา
4. รศ. นพ.เจษฎา ตีพันธ์
โรงพยาบาลชลบุรี
5. ผศ.ดร.กนกนุช ชื่นเลิศสกุล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
6. อาจารย์ภาวณา กীরติยวงศ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
7. อาจารย์สงวน ธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ค
ประวัติผู้วิจัย

ประวัติของผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

ชื่อ

นางสาวศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์

ตำแหน่ง

อาจารย์ระดับ 7

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วุฒิการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล