

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน



นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

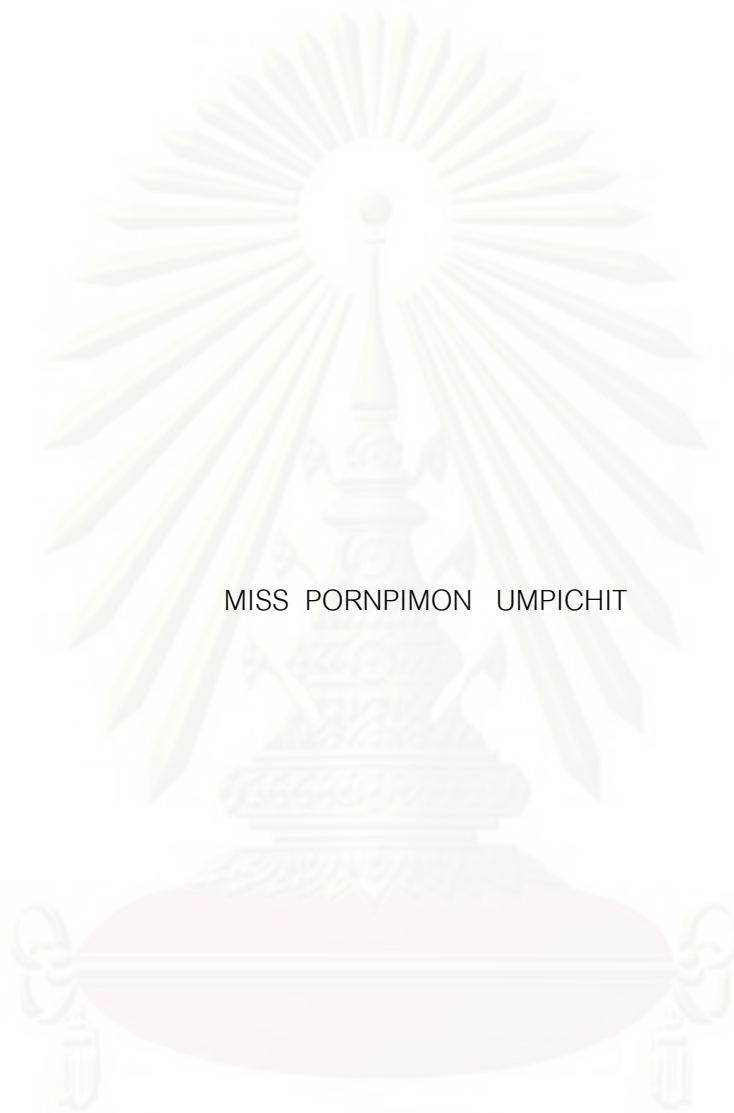
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO SELF – CARE IN ACUTE CORONARY SYNDROMES



MISS PORNPIMON UMPICHIT

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วย

กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

โดย

นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

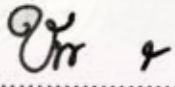
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

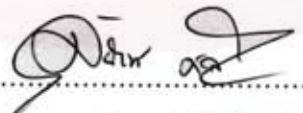
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวัฒน์ ศลโกสม)

ศูนย์วิทยุโทรพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พรพิมล อ่ำพิจิตร: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. (FACTORS RELATED TO SELF – CARE IN ACUTE CORONARY SYNDROMES) อ.ที่ปริกษาวิทยานินพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา ,134 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด, การรับรู้การควบคุมตนเอง, ภาวะซึมเศร้า, การทำหน้าที่ของร่างกาย, และการสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้กรอบแนวคิดของ Riegel et al., (2004) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 140 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการทำหน้าที่ของร่างกาย แบบสัมภาษณ์การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการรับรู้การควบคุมตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและมีค่าความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89, .70, .85 และ .78 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความสัมพันธ์ สเปียร์แมน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. การดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับดี โดยด้านการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ, ด้านการจัดการอาการ และด้านความมั่นใจในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกัน (\bar{x} = 71.48, 63.82, และ 57.72 ตามลำดับ)
2. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (r = - .496) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. การสนับสนุนทางสังคมและการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (r = .363 และ .381)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. การทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_s = .225)
5. อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรับรู้การควบคุมตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ลายมือชื่อ นิสิต..... 91๒๒๑.....

ปีการศึกษา..... 2552.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยานินพนธ์หลัก.....

#5077586636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : SELF CARE/ PERCIEVED CONTROL/ COGNITIVE FUNCTION/ SOCIAL SUPPORT/ DEPRESSION/ ACUTE CORONARY SYNDROMES

PORNPIMON UMPICHIT: FACTORS RELATED TO SELF – CARE IN ACUTE CORONARY SYNDROME. THESIS ADVISOR: ASST. PROF.CHANOKPORN JITPANYA, Ph.d., 134 pp.

The purpose of this descriptive research was to study the relationship between age, length of illness, physical functioning, perceived control, cognitive function, depression, social support and self – care in patients with acute coronary syndrome. Riegel's framework (2004) was used to guide this study. The sample consisted of 140 acute coronary syndromes patients recruited by a simple random sampling from the Out – Patients Departments of Chonburi Hospital and Phrapokkloa Hospital. The instruments were a Demographic Data Form, a NYHA Form, a Thai Mini Mental State Examination, a Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale (CES – D), a Control Attitude Scale, the ENRICH Social Support Questionnaire and a Self – care questionnaire of Acute coronary Syndrome. The instruments were tested for their content validity by a panel of experts. The reliability of instruments were .89, .70, .85, and .78 respectively. Statistical techniques used in data analysis were mean, standard deviation, Spearman's Rho and Pearson's product – moment correlation.

The major findings were as follows:

1. Mean of self - care score in patients with acute coronary syndromes indicated was at the good level). Also, the scores of self – care maintenance, self – care management, and self – care self confidence were at the good level. (\bar{x} = 71.48, 63.82 and 57.72 respectively)
2. There were a significantly relationship negative between depression and self care in patients with acute coronary syndromes. ($r = -.496, p < .05$)
3. There were a significantly positive relationship between Social Support, Cognitive functioning and self care in patients with acute coronary syndromes. ($r = .363, \text{ and } .381, p < .05$)
4. Physical functioning was a significantly related to self care in patients with acute coronary syndromes at the level of .05 ($r_s = .225$)
5. There were no statistical correlation between age, length of illness, and perceived control and self care in patients with acute coronary syndromes.

Field of Study: Nursing Science.....

Student's Signature *Pornpimon Umpichit*

Academic Year : 2009.....

Advisor's Signature *Ch. J*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งกรุณาให้ข้อคิด คำปรึกษา และข้อเสนอแนะ ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณไว้เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้สถิติ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และกรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่มีคุณค่าพร้อมทั้งข้อเสนอแนะ แก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่าแก่ผู้วิจัย และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ให้ทุนสนับสนุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรีและโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ตลอดจนคณะกรรมการจริยธรรมในคน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกและเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือประสานงานต่างๆ ของทุกโรงพยาบาล และที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทุกท่าน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ที่ให้ความกรุณาและร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่าน รวมถึงเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือเสมอมา และท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา และญาติพี่น้องทุกคนที่เป็นแรงผลักดันให้กำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนในทุกด้าน ด้วยความเอาใจใส่และห่วงใย จนสำเร็จการศึกษา ตลอดจนทุกท่านที่ช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	13
การดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	21
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน.....	29
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	51
กรอบแนวคิด.....	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	66
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	67

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย.....	75
สรุปผลการวิจัย.....	77
การอภิปรายผลการวิจัย.....	77
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	86
รายการอ้างอิง.....	87
ภาคผนวก.....	98
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	99
ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการ ทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย.....	101
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	107
ภาคผนวก ง ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	128
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	134

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การวินิจฉัยโรค และโรคร่วม.....	56
2	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	69
3	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลตนเองในด้านการดูแลตนเอง เพื่อคงภาวะสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	70
4	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลตนเองในด้านการดูแลตนเอง เพื่อจัดการอาการ จำแนกตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลัน.....	71
5	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลตนเองด้านความมั่นใจในการ ดูแลตนเอง จำแนกตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาด เลือดเฉียบพลัน.....	72
6	ค่าความสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman' s rank correlation) ระหว่างการทำ หน้าที่ของร่างกายกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน.....	73
7	การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทาง สังคม ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การรับรู้การควบคุมตนเอง กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	74
8	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำ หน้าที่ด้านการรู้คิด, การรับรู้การควบคุมตนเอง, ภาวะซึมเศร้า, และการ สนับสนุนทางสังคม.....	129
9	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	130

ตารางที่		หน้า
10	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า จำแนกตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	131
11	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การควบคุมตนเอง จำแนกตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	132
12	จำนวนและร้อยละของการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำแนกตามระดับการทำหน้าที่ของร่างกาย.....	133



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1	Self – care of Heart Failure Model..... 22



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในประเทศไทยอัตราการตายจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดจะติดอันดับ 1 ใน 3 มาโดยตลอด จากการศึกษาของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย (2549) ซึ่งได้จัดทำโครงการทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทย เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2545 ถึง ตุลาคม 2549 มีผู้ป่วยในทะเบียนทั้งสิ้น 9,373 คน เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation (STEMI) ร้อยละ 40.9 ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด Non ST elevation (NSTEMI) ร้อยละ 37.9 และผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (UA) ร้อยละ 21.2 เป็นผู้ป่วยชายร้อยละ 59.8 ผู้ป่วยหญิงร้อยละ 40.2 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของไทยมีอัตราการตายเฉลี่ยร้อยละ 12.6 (กลุ่ม STEMI มีอัตราการตายร้อยละ 17.0 กลุ่ม NSTEMI มีอัตราการตายร้อยละ 13.1 และกลุ่ม UA อัตราการตายร้อยละ 3.0) ปัจจุบันวิวัฒนาการการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์เฉพาะทางและพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้น และเข้าสู่ภาวะของโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายการรักษาเป็นเพียงเพื่อบรรเทาอาการหรือประคับประคองไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น ไม่สามารถแก้ไขได้ทั้งหมด ซึ่งโรคนี้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของหัวใจและหลอดเลือด เมื่อใดก็ตามที่หัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกมากขึ้นหากผู้ป่วยมีการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อโรคว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรง น่ากลัว หายใจไม่ออก ไม่มีแรง และอาจตายได้ (ชวนพิศ ทานอง, 2541)

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีเป้าหมายหลักส่วนใหญ่เพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ลดอัตราการตาย อัตราการเกิดซ้ำฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ ดูแลตนเองได้เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายลงได้และการให้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพก็จะเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการเกิดผลดียิ่งขึ้น (Guldvog B., 1999) ซึ่งในทางปฏิบัติแม้จะมีโปรแกรมให้ความรู้และฟื้นฟูสมรรถภาพแต่ก็พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (อุมา จันทวิเศษ, 2539) มีการศึกษาพบว่าข้อมูล que ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้รับ

ก่อนออกจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายคืออะไร และสาเหตุของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับน้อยที่สุดคือ การมีเพศสัมพันธ์ การช้ยา การทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน และปัญหาที่ผู้ป่วยอาจจะพบได้หลังจากการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน Oterhals et al., (2006) จะเห็นได้ว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังมีความไม่เพียงพอที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำไปดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ซึ่งจากการศึกษาของศิริวัลย์ วัฒนสินธุ์ (2543) ก็ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความพร้อมในการดูแลตนเองมากกว่าร้อยละ 50 ในเรื่องของการควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดที่มีควันบุหรี่หรือมีผู้สูบบุหรี่ การออกกำลังกายและการจับชีพจรสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการดูภาพยนตร์ลิ้นกลับตื่นเต้นหรือเล่นกีฬาที่มีการแข่งขัน และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.8 ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ไม่ให้โกรธหรือตื่นเต้นเกินไป เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำและรุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเจนเนตร พลเพชร (2544) พบว่ากลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีอาการผิดปกติภายหลังจำหน่ายซึ่งเกิดขึ้น ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น โดยส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับอาการมีกิจกรรมหนัก ผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 3 สัปดาห์หลังจำหน่ายด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว, ภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะปอดบวมน้ำ และพบว่าผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่เหมาะสมหลายด้านที่สำคัญคือ การประกอบกิจกรรมหนักและมีการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก รับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง การช่วยเหลือจากญาติและเพื่อนส่วนใหญ่ และจากการดูแลที่ไม่ได้รับอย่างเฉพาะเจาะจงจากทีมสุขภาพ โดยคำแนะนำที่ได้รับมีลักษณะสั้นๆ เนื้อหาไม่ครอบคลุม เนื่องจากไม่มีบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและไม่มีทีมสุขภาพดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งให้เห็นว่าแม้ในปัจจุบันจะมีงานวิจัยมากมายที่ศึกษาโดยมีทั้งการให้ความรู้ ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งผู้ป่วยบางส่วนก็สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ แต่ก็ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

การดูแลตนเองเป็นการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวมถึงการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษา และการปฏิบัติตนหลังรับบริการเพื่อให้มีสุขภาพดี (องค์การอนามัยโลก, 1983) ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หากมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดผลกระทบของโรคได้

ซึ่งการดูแลตนเองเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายเพื่อคงภาวะสุขภาพ และจัดการบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วยและบรรเทาอาการที่เกิดจากโรคและความเจ็บป่วย (Riegel et al., 2004; Riegel & Dickson, 2008) สำหรับการจัดการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมีองค์ประกอบการดูแล 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ (Self – care maintenance) การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการ (Self – care management) และความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self – care self confidence) (Riegel & Dickson, 2008)

- การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ การรวบรวม วิเคราะห์ ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยน และลงมือปฏิบัติรักษาตนเองด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่กระทำเพื่อคงการทำหน้าที่ของร่างกาย ประกอบด้วย การติดตามอาการและการให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นการเลือกทำอย่างตั้งใจเมื่ออาการปรากฏขึ้น

- การดูแลตนเองเพื่อการจัดการกับอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ การตัดสินใจกระทำเพื่อตอบสนองต่ออาการที่ปรากฏขึ้น เป็นการกระทำที่ผ่านกระบวนการไตร่ตรองว่ามีความจำเป็น โดยผู้ป่วยควบคุมสมดุลของความไม่แน่นอนระหว่างภาวะสุขภาพและอาการที่เกิดขึ้น โดยผ่านกระบวนการ 5 ขั้นตอนในการจัดการอาการประกอบด้วย การจำแนกอาการที่เกิดขึ้น, ประเมินการเปลี่ยนแปลง, การตัดสินใจกระทำ, ใช้วิธีการรักษาที่ให้ผลสำเร็จ, และประเมินผลการรักษา

- ความมั่นใจในการดูแลตนเอง คือ เป็นความมั่นใจในความสามารถในการประเมินอาการสำคัญและประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย กระทำเพื่อบรรเทาอาการ และประเมินผลลัพธ์วิธีการบำบัดที่ใช้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีหลายปัจจัยได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (Personal Factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย (สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล, 2540; จีรวรรณ อินคุ่ม, 2541; จอม สุวรรณโณ, เรวดี เพชรศิราสังข์, ปุณยวีร์ ประเสริฐไทย, อรุณศรี จันทรประดิษฐ์, และวงรัตน์ ไสสุข, 2551; จอม สุวรรณโณ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเขียร, Riegel B., และแสงอรุณ อิศระมาลัย, 2551; Chriss et al., 2004)

การรับรู้การควบคุมตนเอง การสร้างการรับรู้การควบคุมตนเองมีความสำคัญกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและสภาพจิตใจที่ดี โดยผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพจิตใจจากการเกิดภาวะคุกคามจากโรคหัวใจ (Moser & Dracup, 1995) หากผู้ป่วยมีการรับรู้การควบคุมตนเองที่ดีก็จะสามารถปรับปรุงการตัดสินใจกระทำในการดูแลตนเองได้ ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าได้โดยตรง ดังนั้นการรับรู้การควบคุมตนเองจึงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการดูแลตนเอง (Moser & Watkins, 2008)

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ผู้ที่มีระดับของการรู้คิดต่ำมักจะจะเป็นผู้ที่สูญบุหรี่ย่อยและมีจำนวนน้อยที่เลิกสูบบุหรี่ เป็นผู้ที่มึนงงหนักเกินในช่วงวัยผู้ใหญ่ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้ มักจะมีความดันโลหิตอยู่ในระดับสูง และเป็นผู้ที่ดื่มสุรามาก และพบว่าผู้ที่มีความสามารถด้านการรู้คิดลดลงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Hemmingson et al., 2007)

ภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการรับประทานยาลดลง (Ziegelstein et al., 2000) และพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีภาวะซึมเศร้าจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากและไม่ให้ความร่วมมือตามแผนการจำหน่าย ไม่มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและส่วนมากกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังทำให้เกิดการเสียหน้าที่ด้านการรู้คิดไป โดยทำให้บกพร่องในเรื่องความจำและความสนใจ ผู้ป่วยจึงขาดความสามารถในการรับประทานยาให้ถูกต้องตรงตามชนิดและเวลา (Goldston & Baillie, 2008)

การทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้ป่วยที่มีการทำหน้าที่ของร่างกายที่มีในระดับต่ำจะมีผลกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยทำให้จำกัดระดับของการทำกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยเสียความสามารถในการซื้ออาหารและการปรุงอาหารที่เหมาะสม ไม่สนใจในการมาตรวจตามนัด การใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ และการเฝ้าติดตามอาการ (Carlson, Riegel & Moser, 2001)

การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของ Sayer et al. (2008) เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวกับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีแล้วยังทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา การควบคุมอาหารและการเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยด้วย

จากปัญหาและความสำคัญของปัญหาในการดูแลตนเองข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยเป็นการศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า, และการทำหน้าที่ของร่างกาย ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด, การรับรู้การควบคุมตนเอง, และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำ ลดการกำเริบรุนแรงของโรค และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (Self – Care in Heart Failure) ที่เสนอโดย Riegeal et al.(2004) นำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีระดับปฏิบัติการ (Situational Specific Theory) เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว มีการพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎี Naturalistic decision making ซึ่งก็คือกระบวนการตามธรรมชาติในการที่จะตัดสินใจกระทำ กระบวนการตามธรรมชาติในการตัดสินใจกระทำอาศัยจากประสบการณ์และการพัฒนาความรู้ความชำนาญเพื่อเลียนแบบกระทำ และคาดหวังว่าจะสามารถขจัดออกหรือเหลือน้อยที่สุด ซึ่งทฤษฎีนี้ได้ให้แนวทางในการอธิบายและพัฒนาผลลัพธ์การบำบัดผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวโดยต้องเน้นให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้โดยต้องมีการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ (Self – care maintenance) การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการ (Self-care management) และความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self – care self confidence) การดูแลตนเองเป็นกระบวนการธรรมชาติที่ผู้ป่วยกระทำในบริบทและสถานการณ์เฉพาะ โดยคำนึงถึงประโยชน์และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระยะยาวที่เกิดจากการตัดสินใจลงมือกระทำ รวมถึงต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงของอาการ ความเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ โดยผู้ป่วยต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินอาการผิดปกติทั้งจากโรคหัวใจและความผิดปกติของร่างกาย และจัดการดูแลตนเองเพื่อควบคุมและบรรเทาอาการให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นโดยไม่ล่าช้า มีการดูแลตนเองต่อเนื่องในระยะยาวในด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การควบคุมปริมาณเครื่องดื่ม การควบคุมน้ำหนักตัว เป็นต้น สร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดแรงจูงใจไม่ล้มเลิกความพยายามในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมที่ได้ปฏิบัติอยู่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ

อายุ มีการศึกษาพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยวัยสูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Chriss et al., 2004) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุอาจมีความยุ่งยากในการจัดการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ อาจต้องใช้เวลาและความพยายามมากกว่าในการจัดการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ (Riegel et al., 2004)

ระยะเวลาการเจ็บป่วย จากการศึกษาของจรรวมล แพ่งโยธา (2548) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพราะว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรงและต้องรับการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวิทย์ วัฒนศิริลป์ (2543) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้การควบคุมตนเอง การรับรู้การควบคุมตนเองเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองโดยเชื่อว่าบุคคลสามารถจัดการและมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ความเชื่อเป็นส่วนที่มีความสำคัญในการควบคุมตนเอง การรับรู้การควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์กับการเกิดผลลัพธ์ที่ดี (Moser & Dracup, 1995) การสร้างการรับรู้การควบคุมมีความสำคัญกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและสภาพจิตใจที่ดี โดยทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพจิตใจจากการเกิดภาวะคุกคามจากโรคหัวใจ (Moser & Dracup, 1995) หากผู้ป่วยมีการรับรู้การควบคุมที่ดีก็จะสามารถปรับปรุงการตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองได้ ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าได้โดยตรง (Moser & Watkins, 2008)

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เป็นความสามารถของบุคคลในการคิด การเรียนรู้ ความจำ ความสนใจ และทักษะในการแก้ปัญหา (Wolfe et al., 2006) การเสียหน้าที่ด้านการรู้คิดทำให้เกิดความล้มเหลวในการดูแลตนเองเนื่องจาก มีความจำบกพร่องและการขาดความสนใจ ทำให้ผู้ป่วยลืมและขาดความสามารถในการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษาซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการดูแลตนเอง Rosengart et al. (2005) ได้ศึกษาการเสียหน้าที่การรู้คิดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการผ่าตัด CABG หรือ PCI เปรียบเทียบกับหลังการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียการทำหน้าที่ของสมอง และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การสูญเสียหน้าที่ด้านการรู้คิดทำให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล เพิ่มวันนอนโรงพยาบาล

ภาวะซีมีเศร่า ทำให้เกิดความไม่สมดุลของการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก และซิมพาเทติก ส่งผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต ระดับของแคททีโคลามีนที่สูงขึ้นทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะ ventricular fibrillation และ cardiac arrest (Goldston & Baillie, 2008) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเคยมีประสบการณ์อาการซีมีเศร่าร้อยละ 65 และพบว่าภาวะซีมีเศร่าสามารถเพิ่มปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น (Guck, 2001) และการศึกษาของ Bechman (2004) พบว่าภาวะซีมีเศร่าสามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ทำให้ลดภาวะการทำหน้าที่ลงและเพิ่มอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายต่ำจะมีผลกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยทำให้จำกัดระดับของการทำกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยเสียความสามารถในการซื้ออาหารและการปรุงอาหารที่เหมาะสม ไม่สนใจในการมาตรวจตามนัด การใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ และการเฝ้าติดตามอาการ (Carlson, Riegel & Moser, 2001) New York Heart Association ได้จัดระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โดยผู้ป่วยในที่มีการทำหน้าที่อยู่ในระดับ 3 หรือ 4 หมายความว่าผู้ป่วยมีอาการรบกวนความสามารถในการทำกิจกรรมหรือมีอาการแม้ในขณะพัก การทำหน้าที่ที่ไม่ดีจะมีผลกับผู้ป่วยในความสามารถที่จะดูแลตนเอง

การสนับสนุนทางสังคม มีการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวกับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีแล้ว ยังทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา การควบคุมอาหารและการเฝ้าติดตามอาการของตนเอง ด้วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับที่ดีการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Sayer et al., 2008) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้อาจได้มาจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

จากแนวคิดดังกล่าวจึงกำหนดสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
3. การรับรู้การควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

4. การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

5. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

6. การทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

7. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า, และการทำหน้าที่ของร่างกาย ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด, การรับรู้การควบคุมตนเอง, และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า, และการทำหน้าที่ของร่างกาย ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด, การรับรู้การควบคุมตนเอง, และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. ตัวแปรที่ศึกษา
 - 2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ
 - 2.2 ปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า, และการทำหน้าที่ของร่างกาย
 - 2.3 ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด, การรับรู้การควบคุมตนเอง

2.4 ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

2.5 การดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **อายุ** หมายถึง ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม โดยคำนวณอายุของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คิดเป็นจำนวนเต็มในวันตอบแบบสอบถาม (เศษของอายุมากกว่า 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)

2. **ระยะเวลาการเจ็บป่วย** หมายถึง ระยะเวลาของอาการตั้งแต่เริ่มป่วยด้วยโรคกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จนถึงวันที่ตอบแบบประเมินของผู้ป่วยหลังการเกิดโรคในกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการเจ็บป่วย

3. **การรับรู้การควบคุมตนเอง** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการตัดสินใจ การจัดการ และการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเหมาะสม ประเมินได้จากแบบวัด Control attitude scale (CAS) ของ Moser & Dracup (1995)

4. **การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด** หมายถึง ระดับความสามารถของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในด้านการรับรู้ (Orientation), การจดจำ (registration), ความใส่ใจ (Attention), การคำนวณ (calculation), การระลึกได้ (recall) และความสามารถทางภาษา (language) ประเมินได้จากแบบสอบถาม Mini - Mental State Examination (MMSE) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย อัญชุลี เตมีย์ประดิษฐ์, วรัญ ตันชัยสวัสดิ์, ชุมศรี หังสพฤกษ์, และอ้อมทิพย์ พันธุ์ศิริ. (2533)

5. **ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการตอบสนองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด โดยแสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิด การรับรู้ และเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เหนื่อยล้า หายใจลำบาก ประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES - D) ของ Radloff (1977) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย (รัชชชัย วรพงษ์ และคณะ (2533)

6. **การทำหน้าที่ของร่างกาย** หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถประเมินได้แบบวัดสมรรถภาพหัวใจจากของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association Classification)

7. **การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งประเมินโดยการประยุกต์ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENCRICH social support questionnaire) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พวงผกา กรีทอง (2550)

8. **การดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน** หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในการดูแลตนเองเพื่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมกับโรคและอาการที่เกิดขึ้น ครอบคลุม 3 ด้าน ดังนี้

8.1 **การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ (Self – care maintenance)** หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมที่กระทำเพื่อคงการทำหน้าที่ของร่างกาย ประกอบด้วย การติดตามอาการและการให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นการเลือกทำอย่างตั้งใจเมื่ออาการปรากฏขึ้น โดยผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามแนวทางการรักษาโรคหัวใจ ได้แก่ การรับประทานยาที่มีโซเดียมและไขมันต่ำ การมีกิจกรรมทางกาย การรับประทานยา การควบคุมน้ำหนัก การไปพบแพทย์ตามนัด

8.2 **การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการ (Self – care management)** หมายถึง การตัดสินใจกระทำเพื่อตอบสนองต่ออาการที่ปรากฏขึ้น เป็นการกระทำที่ผ่านกระบวนการไตร่ตรองว่ามีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยต้องมีการเรียนรู้ในการประเมิน จดจำ แยกแยะอาการและอาการผิดปกติของร่างกายให้ได้ในระยะเริ่มต้น เลือกวิธีบรรเทาอาการ ได้แก่ การอมยาใต้ลิ้น การหยุดพักเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก และขอคำแนะนำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพทันที รวมถึงการปรับเปลี่ยนวิธีการบำบัดรักษาให้เหมาะสมกับอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง

8.3 **ความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self – care self confidence)** หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถในการประเมินอาการสำคัญและประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย กระทำเพื่อบรรเทาอาการ และประเมินผลลัพธ์วิธีการบำบัดที่ใช้

สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Riegel et al. (2004) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จอม สุวรรณโณและคณะ (2550)

9. **ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นแบบเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (Unstable Angina), ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial infarction) ทั้งชนิดที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจมี Q – wave และไม่มี Q – wave และภาวะการตายอย่างเฉียบพลันจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการวางแผนการพัฒนาการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมโดยการให้ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อให้การพยาบาลเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรค ลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและลดอัตราการตาย
2. เพื่อให้เข้าใจและตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
3. เป็นแนวทางในการทำวิจัยต่อไปในอนาคตเพื่อการขยายความรู้ในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อลดอุบัติการณ์ของอัตราการตายและการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ศูนย์วิทยุโทรพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า, และการทำหน้าที่ของร่างกาย ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด, การรับรู้การควบคุมตนเอง, และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยได้ทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. การดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1.1 ความหมายและพยาธิสภาพของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome, ACS) หมายถึง กลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ประกอบด้วยอาการที่สำคัญคือ เจ็บแน่นอกรุนแรงเฉียบพลันหรือเจ็บขณะพัก (Rest Angina) นานกว่า 20 นาที หรือเจ็บแน่นอกซึ่งเกิดขึ้นใหม่หรือรุนแรงกว่าเดิม จำแนกเป็น 2 ชนิด (ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร และ ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2547; กอบกุล บุญปราศภัย, 2549) คือ

1.1.1. ST elevation acute coronary syndrome หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ที่ต่อเนื่องกัน หรือเกิด LBBB ขึ้นมาใหม่ ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็ว จะทำให้เกิด Acute ST elevation myocardial infarction (STEMI or Acute transmural MI or Q-wave MI)

1.1.2. Non ST elevation acute coronary syndrome หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation มักพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression และ/หรือ T wave inversion ร่วมด้วย หากมีอาการนานกว่า 30 นาที อาจจะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด non - ST elevation MI (NSTEMI, or Non - Q wave MI) หรือถ้าอาการไม่รุนแรงอาจเกิดเพียงภาวะเจ็บแน่นอกไม่คงที่ (Unstable angina)

พยาธิสรีรวิทยาและพยาธิกำเนิดของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

พยาธิสภาพที่สำคัญคือการเสื่อมของเซลล์บุผนังหลอดเลือดหัวใจ และการอักเสบของ atherothrombotic plaque อันเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ ขบวนการดังกล่าวรวมเรียกว่า atherothrombosis ซึ่งเกิดขึ้นกับหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย ยกเว้นหลอดเลือดแดง internal mammary และหลอดเลือดแดง brachial ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการเสื่อมของเซลล์บุผนังหลอดเลือดหัวใจจะทำให้การสร้างสาร nitric oxide ลดลง ในขณะที่เดียวกันก็จะมีการสร้าง endothelin และ nuclear factor kappa ซึ่งจะกระตุ้นการทำงานของเซลล์ที่ทำให้เกิดการจับตัวของเซลล์ต่างๆ เข้ากับผนังหลอดเลือดหัวใจ เช่น intercellular adhesion molecule (ICAM), vascular cell adhesion molecule (VCAM) และ E selectin สารต่างเหล่านี้ทำให้ความสามารถในการขยายตัวของหลอดเลือดหัวใจลดลง ในขณะที่เดียวกันก็จะทำให้มีการรวมตัวของเกล็ดเลือดและ

เม็ดเลือดขาว monocyte เพิ่มขึ้น เม็ดเลือดขาว monocyte และ oxidized LDL ที่มีอยู่ในกระแสเลือดจะแทรกผ่านเข้าไปอยู่ในชั้น subendothelium ของผนังหลอดเลือดหัวใจ และมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างเป็น macrophage และ foam cell ในที่สุด นอกจากนี้ยังมีการสร้างเซลล์กล้ามเนื้อเรียบในชั้น subendothelial เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการหนาตัวของผนังหลอดเลือดหัวใจ จนเกิดเป็น atheromatous plaque จะมีการขยายตัวออกไปทางด้านนอกทำให้ไม่มีการตีบแคบของรูหลอดเลือด และไม่สามารถมองเห็นรอยโรคได้จากการทำ coronary angiography แต่จะเห็นได้ด้วยการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนผ่านทางหลอดเลือดหัวใจ (intravascular ultrasound) เมื่อมีการสะสมของ foam cell และเซลล์กล้ามเนื้อเรียบมากขึ้นจึงจะทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2546)

การเปลี่ยนแปลงของ arteromatous plaque ไม่มีรูปแบบที่แน่นอน การเปลี่ยนแปลงอาจจะเป็นไปอย่างช้าๆ โดยมีการสะสมของ monocyte และ macrophage ร่วมกับกระบวนการ apoptosis และการตายของเซลล์ macrophage จนกระทั่งมีการปริแตกของ arteromatous plaque บริเวณรอยต่อของ fibrous cap กับหลอดเลือดปกติ โดยส่วนใหญ่เกิดตรงบริเวณที่มีการตีบของหลอดเลือดหัวใจไม่มากนัก ผู้ป่วยจึงอาจไม่มีอาการผิดปกติมาก่อน ลักษณะของ arteromatous plaque ที่มีโอกาสแตกได้ง่าย ได้แก่ plaque ที่มีส่วนประกอบของ cholesterol esterase และ macrophage อยู่เป็นจำนวนมาก โดย macrophage จะสร้าง metalloproteinases enzyme ซึ่งจะย่อยสลาย extracellular matrix ทำให้เกิดการปริแตกของส่วน fibrous cap เกิดจาก erosion ของ arteromatous plaque หลังจากที่มีการแตกของ plaque หรือ plaque erosion จะมีการจับตัวของเกร็ดเลือดทำให้เกิดลิ่มเลือด ลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นอาจอุดตันหลอดเลือดเพียงบางส่วนหรืออาจหลุดไปอุดตันหลอดเลือดหัวใจส่วนปลาย ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด NSTEMI หรืออาจทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดทั้งหมดเกิดเป็น STEMI ลิ่มเลือดที่เกิดใน NSTEMI จะมีเกร็ดอยู่เลือดเป็นจำนวนมาก (ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร และ ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2547)

1.2 อาการทางคลินิก

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่ไม่มีอาการ และประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาลด้วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการที่สำคัญคือ อาการแน่นหน้าอก อาการเจ็บหน้าอกจะเป็นลักษณะแน่นๆ เหมือนมีอะไรมากดทับและอาจจะมีอาการปวดร้าวไปที่ไหล่หรือบริเวณต้นแขน ในผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหน้าอกแบบเรื้อรังมาก่อน (chronic stable angina) อาการอาจจะเป็นมากกว่าเดิมหรือเป็นบ่อยกว่าเดิม รวมทั้งมีอาการในขณะพักหรือทำงานเพียง

เล็กน้อย อาการสำคัญอื่นที่พบร่วมด้วยได้แก่ อาการเหงื่อออก ใจสั่น ผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหน้าอก มาภายใน 48 ชั่วโมง หรือมีอาการในขณะที่พักจะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ในผู้ป่วยบางราย โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยเบาหวานอาการเจ็บแน่นหน้าอกอาจไม่ชัดเจน อาจมาด้วยอาการเหนื่อยๆ เพลียๆ หายใจไม่อิ่ม เป็นลมหมดสติจากหัวใจเต้นช้าหรือเต้นผิดจังหวะ และในบางรายอาจมาด้วยอาการของน้ำท่วมปอด

ความผิดปกติที่อาจจะพบจากการตรวจร่างกาย ได้แก่ ซีพจรเต้นเร็วหรือช้าก็ได้ ความดันโลหิตต่ำ (cardiogenic shock) หายใจหอบ ตรวจพบเสียง S₄ gallop ซึ่งเกิดจาก diastolic dysfunction อาจฟังได้เสียง pansystolic murmur ของ mitral regurgitation ที่เกิดจาก papillary muscle dysfunction หรือฟังได้ S₃ gallop, crepitation ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

1.3 การวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือด

นอกจากการซักประวัติการเจ็บป่วยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ประวัติการสูบบุหรี่ เป็นต้น และให้ผู้ป่วยเล่าถึงลักษณะอาการที่เกิดขึ้น ยังมีการตรวจวินิจฉัยวิธีอื่นอีก(ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร และ ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2547; จริญญา ตันติธรรม, 2547; กอบกุล บุญปราศภัย, 2549) ดังนี้

1.3.1 คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram, ECG) เป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่มีความสำคัญที่สุดในการรักษาผู้ป่วย ACS เนื่องจากการรักษาจะแตกต่างกันในผู้ป่วยที่มี ST depression และ ST elevation ผู้ป่วยที่มีแน่นหน้าอกแต่คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติจะมีการพยากรณ์โรคดี และมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ น้อย ในระยะแรกที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ angina แต่คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติก็ควรได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ อายุมาก หรือมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.3.2 ตรวจวัดระดับ Cardiac markers ในเลือดมีหลายตัว ได้แก่ myoglobin, LDH, Troponin และ creatine kinase MB แต่ระดับของ Cardiac marker ที่มีความจำเพาะสูงต่อ myocardial ischemia ได้แก่ Troponin และ CK – MB โดย Troponin ในกระแสเลือดจะตรวจพบภายใน 4 – 8 ชั่วโมงหลังเกิดอาการแน่นหน้าอก การตรวจหาระดับ Troponin มีประโยชน์ทั้งในการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค ข้อมูล

1.3.3 ภาพรังสีทรวงอก ขนาดของหัวใจมักปกติ ยกเว้นผู้ป่วยที่เคยมีประวัติ

กล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อนอาจมีหัวใจโตร่วมด้วย การดูขนาดของ mediastinum และลักษณะของเงาหลอดเลือดในปอด จะช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคที่ทำให้เกิดอาการแน่นหน้าอกที่คล้ายกับ acute coronary syndrome เช่น aortic dissection หรือ pulmonary embolism นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางราย อาจพบลักษณะของ pulmonary congestion ร่วมด้วย

1.3.4 การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (echocardiography) เป็นการตรวจที่ช่วยวินิจฉัย ประเมินความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยดูลักษณะการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผนังต่างๆ ซึ่งในภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจที่ถูกเลี้ยงด้วยเส้นเลือดเส้นนั้นบีบตัวน้อยลง (Regional wall motion abnormality) แต่อย่างไรก็ตามความผิดปกติดังกล่าวอาจเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่เดิมก็ได้

1.3.5 การตรวจการเกาะกันของหินปูนในหลอดเลือดหัวใจ (Ultra – fast CT) เป็นการถ่ายภาพหลอดเลือดหัวใจด้วยพลังแม่เหล็กที่ตัดผ่านไปด้วยความเร็วสูง สามารถเห็นลักษณะหินปูนที่มาเกาะกันภายในหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแต่ละเส้นได้

1.3.6 การใช้สารรังสีไอโซโทป (Radioisotope image) โดยให้ผู้ป่วยวิ่งบนเครื่องวิ่งสายพานตามเวลาที่กำหนดหรือตามความสามารถและอาการของผู้ป่วยแล้วฉีดสารกัมมันตรังสี เข้าทางหลอดเลือดดำแล้วถ่ายภาพกัมมันตรังสี หากบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดจะมีสารกัมมันตรังสีลดลง หรือไม่มีเลย เรียกว่า Cold spot

1.3.7 การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจโดยการฉีดสารทึบสี (Coronary Angiography) เป็นวิธีการตรวจที่แม่นยำมากโดยแพทย์จะใส่สายสวนเข้าทางหลอดเลือดที่บริเวณขาหนีบข้างขวา (Femoral artery) หรือข้อมือขวา (Radial artery) หรือข้อพับแขนขวา (Brachial artery) แล้วดันสายสวนเข้าสู่หลอดเลือดโคโรนารี แล้วฉีดสารทึบแสงเข้าตามสายสวน พร้อมทั้งถ่ายภาพรังสี

1.4 การรักษาภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ในผู้ป่วยที่มีประวัติแน่นหน้าอกที่เข้าได้กับอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นการตรวจที่มีความสำคัญอันดับแรก ภายหลังจากการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด เพื่อประเมินความเสี่ยง (risk stratification) และแยกว่าผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มที่มี STEMI, 2) กลุ่มที่มี NSTEMI, และ 3) ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ไม่ชัดเจน

1.4.1 การรักษาเบื้องต้น เนื่องจากการรักษาและการพยากรณ์โรคจะแตกต่างกัน ควรให้การรักษาเบื้องต้น ดังนี้ (ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร และ ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2547)

1.4.1.2 Morphine 2 - 4 มก. ทางหลอดเลือดดำ โดยให้ซ้ำ 2 มก. ได้ทุก 5 นาที ควรระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นดังนี้ Nausea, Vomiting, Hypotension, Bradycardia, Respiratory depression อาจพิจารณาให้ antiemetics drugs ร่วมด้วย

1.4.1.3 Oxygen มากกว่า 2 - 4 ลิตร/นาที ในกรณีที่ผู้ป่วยหายใจไม่อิ่ม น้ำท่วมปอด หรือช็อก

1.4.1.4 Nitroglycerine อนุมัติลินหรือให้ทางหลอดเลือดดำ ขนาด 0.25 ไมโครกรัม/กก./นาที และสามารถเพิ่มทุก 5 นาทีจนกระทั่ง systolic blood pressure ลดลง 15 มิลลิเมตรปรอท หรือ เท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท เพื่อลดอาการแน่นหน้าอก แต่ต้องระวังภาวะความดันต่ำจากยา

1.4.1.5 Aspirin ขนาด 160 - 325 มก. เคี้ยวแล้วกลืนทันที ในรายที่ให้ทางปาก ไม่ได้พิจารณาให้ทางหลอดเลือดดำหลักในการจำ คือ MONA (M = morphine; O = oxygen; N = nitroglycerine; A = aspirin)

วัตถุประสงค์ขั้นแรกในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการหยุดยั้งการตายของกล้ามเนื้อหัวใจโดยการทำให้มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่กำลังจะตาย (myocardial reperfusion) เพื่อลดปริมาณกล้ามเนื้อที่ตายไปลงให้น้อยที่สุด เนื่องจากพบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างปริมาณกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายไปกับอัตราการตาย myocardial reperfusion ทำได้ 2 วิธีหลักๆ คือ

1.4.2 การรักษาด้วยยา เป็นการควบคุมอาการและลดการทำงานของหัวใจ สามารถแบ่งตามกลุ่มการออกฤทธิ์ของยา ดังนี้

1.4.2.1 การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีเกิดจากลิ่มเลือดจึงได้มีการนำยาละลายลิ่มเลือดมาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งผลการศึกษพบว่าสามารถลดอัตราการตายได้ประมาณ 20% ยาละลายลิ่มเลือดที่ให้ทางหลอดเลือดดำและขนาดที่ใช้ที่มีอยู่ในขณะนี้ ได้แก่ Streptokinase, Recombinant tissue plasminogen activator (rt - PA), APSAC (Anisolyated Plasminogen Streptokinase Activator Complex) ผลการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพและผลข้างเคียงไม่พบความแตกต่างกันมากแต่ราคาสูงกว่าจึงเป็นที่นิยมใช้ในประเทศไทย ปัญหาสำคัญที่พบหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือด คือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (recurrent infarct) และอาการเจ็บหน้าอกซ้ำ (recurrent ischemia) ซึ่งพบได้ประมาณ 15 - 20% และ stroke ซึ่งพบได้ประมาณ 1%

1.4.2.2 Antiplatelet agent ได้แก่ aspirin, ticlopidine พบว่าสามารถลดอัตราการตายและป้องกันการเกิด myocardial infarction ได้ การศึกษาของ The Physicians Health Study พบว่า การใช้ยา aspirin สามารถลดความเสี่ยงในการเกิด acute myocardial infarction ได้ถึง 44% ส่วน ticlopidine จะออกฤทธิ์ในการยับยั้งการเกาะตัวของเกร็ดเลือดดีกว่า aspirin จึงได้ผลดีในการลดการเกิด stroke และ acute myocardial infarction

1.4.2.3 Anticoagulant ได้แก่ heparin, warfarin ซึ่ง heparin เป็น anticoagulation ที่อยู่ในรูปแบบของยาฉีด ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายการใช้ heparin สามารถลดภาวะแทรกซ้อนจาก thrombi ได้ ส่วน warfarin เป็น oral anticoagulation จะช่วยในการลดความเสี่ยงต่อการเกิด systemic หรือ cerebral emboli ในผู้ป่วยหลังเกิด myocardial infarction

1.4.2.4 ยาในกลุ่มไนเตรท (Nitrate) ได้แก่ nitroglycerine, isosorbide dinitrate, isosorbide mononitrate เป็นยาที่ใช้กันทั่วไปในการรักษาอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย และความดันโลหิตสูง จัดอยู่ในกลุ่มของยาขยายหลอดเลือด รูปแบบและวิธีการใช้มีทั้งรับประทาน อมใต้ลิ้น ให้ทางหลอดเลือด และใช้เฉพาะที่ โดยยาจะไปขยายหลอดเลือดดำทำให้เลือดไหลกลับหัวใจลดลง (ลด preload) ขยายหลอดเลือดแดง จึงลดแรงต้านการบีบตัวของหัวใจ (ลด after load) และยังขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารี จึงเพิ่มการไหลเวียนให้กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ลดภาวะหัวใจขาดเลือดได้ดี ผลข้างเคียงของยา ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำในขณะที่เปลี่ยนท่า หน้าแดง และปวดศีรษะ

1.4.2.5 ยากลุ่มปิดกั้นเบต้า (Beta – adrenergic blocking agents) ได้แก่ metoprolol, propranolol, nadolol, timolol, atenolol เป็นต้น ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ทำให้ความต้องการในการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง โดยการลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต และลดการบีบตัวของหัวใจทั้งในระยะพักและในขณะออกกำลังกาย จึงช่วยป้องกันและควบคุมการกลับมามีอาการหัวใจขาดเลือดซ้ำอีก ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำ ภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นช้า มี AV block และโรคถุงลมโป่งพอง ผลข้างเคียงของยาผู้ป่วยอาจเกิดความดันโลหิตต่ำ การหดเกร็งของหลอดเลือด หัวใจเต้นช้า AV block คลื่นไส้ ท้องผูก อ่อนเพลีย ปลายมือปลายเท้าเย็น และซึมเศร้าได้

1.4.2.6 ยาในกลุ่มขัดขวางแคลเซียมเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ (Calcium – Blocking agents) ยาที่อยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่ nefidipine, diltiazem, verapamil, nifedipine, amlodipine, felodipine เป็นยาที่ช่วยขัดขวางการหดตัวของหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการออกซิเจนลดลง ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ระดับ

ปานกลางถึงรุนแรง ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำ, aortic stenosis และ sick sinus syndrome สำหรับผลข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการปวดศีรษะ บวมส่วนปลาย ความดันโลหิตต่ำ และสูญเสียการทำหน้าที่ของ sinus

1.4.3 Mechanical or surgical intervention ทำได้ 2 วิธีหลัก คือ การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและ/หรือขดลวด (percutaneous coronary intervention), การผ่าตัดบายพาส (Coronary artery bypass graft surgery) (กอบกุล บุญปราชญ์, 2549)

1.4.3.1 การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและ/หรือขดลวด (percutaneous coronary intervention = PCI หรือ PTCA) การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยลูกโป่งบอลลูน แล้วตามด้วยการฝังตะแกรงขดลวดสะพาน (Coronary stent) เป็นหัตถการที่นิยมและได้ผลดีที่สุดในปัจจุบัน เพื่อให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มีรอยตีบแล้วหดแรงดันให้ลูกโป่งบอลลูนยืดขยายอัดกดลิ้มเลือดและคราบเลือดไขมันให้แบนแฟบ นอกจากนี้อาจใช้หัวกรีดตัดคราบเลือดไขมันในหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Rotational atherectomy) หรือการยิงแสงเลเซอร์ตัดคราบเลือดไขมันในหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Eximer Laser Angioplasty) แล้วตามด้วยการฝัง Coronary stent ปัจจุบันได้มีการพัฒนาเป็น stent ที่เคลือบด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อลดการตีบตันซ้ำในระยะยาว

1.4.3.2 การผ่าตัดบายพาส (Coronary artery bypass graft surgery, CABG) การทำผ่าตัดโดยใช้หลอดเลือดดำ Saphenous vein จากขาามาเชื่อมต่อระหว่างหลอดเลือดเอออร์ตากับหลอดเลือดแดงโคโรนารีตรงบริเวณที่ต่อจากตำแหน่งที่อุดตันของหลอดเลือด หรือจะใช้หลอดเลือด Internal mammary artery ต่อกับ Left anterior descending coronary artery (LAD) เป็นทางเบี่ยงแทนตำแหน่งที่อุดตัน การผ่าตัดนี้จะช่วยลดอาการเจ็บหน้าอกและช่วยให้ผู้ป่วยอายุยืนขึ้น

1.5 ผลกระทบของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จากพยาธิสภาพและแนวทางการรักษาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องจำกัดกิจกรรมต่างๆ ในการที่จะปฏิบัติภารกิจดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบ ซึ่งมีผลกระทบทั้งต่อตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมเศรษฐกิจ ดังนี้

1.5.2 ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง อันเป็นผลกระทบที่เกิดจากการมีสมรรถภาพของร่างกายลดลง (พรวณีย์ เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536) จากการศึกษาของ อูมา จันทวิเศษ (2539) พบว่าทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงเนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยง่ายขณะทำกิจกรรม ควบคุมการดำเนินชีวิตและการทำงาน และในบางรายสามารถทำกิจกรรมได้คงเดิมแต่ไม่กล้าทำเนื่องจากกลัวจะเกิดอาการหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิรัชรอง นาทองคำ (2543) พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ จากการมีสภาพร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย การประกอบอาชีพเดิมที่ต้องใช้แรงหรือออกแรงมากไม่สามารถกระทำได้

1.5.3 ผลกระทบด้านจิตใจ

เนื่องจากเป็นโรคที่สามารถทำให้เกิดอาการกำเริบขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรงได้ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง น่ากลัว รักษาหายยาก (อูมา จันทวิเศษ, 2539; ชวนพิศ ทำนอง, 2541; วิรัชรอง นาทองคำ, 2543) ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยต้องพึ่งพาและเป็นภาระแก่ครอบครัวมากขึ้น มีความรู้สึกสูญเสียสมรรถภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รวมทั้งการสูญเสียเงินทองในการรักษาพยาบาล (อูมา จันทวิเศษ, 2539) ซึ่งนำไปสู่ปัญหาหลายอย่างในชีวิตตามมาโดยปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถพบได้ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ ภาวะซึมเศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544)

1.5.4 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ในด้านสังคมนั้น โรคนี้จัดเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวเป็นระยะเวลานาน และต่อเนื่อง ทำให้บทบาททางสังคมถูกจำกัด ไม่สามารถมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ตามปกติ เกิดความท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า และเป็นภาระของผู้อื่น ไม่กล้าเผชิญหน้าทำให้แยกตัวออกจากสังคม ในด้านเศรษฐกิจทำให้ความสามารถในการทำงาน ทำกิจกรรมได้ลดลง ส่งผลให้รายได้ลดลง และต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากเนื่องจากเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องรักษาต่อเนื่อง ต้องเสียค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารเสริมซึ่งมีราคาแพง (อูมา จันทวิเศษ, 2539)

2. การดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การดูแลสุขภาพตนเองเป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นมานาน โดยรูปแบบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองจะเกิดขึ้นเมื่อประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นความเจ็บป่วย การเฝ้าสังเกตอาการ ตลอดจนตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา การประพฤติปฏิบัติในการรักษาสุขภาพจะเป็นไปตามสิ่งที่ยึดถือ เช่น การงดเว้นการรับประทานอาหารบางอย่าง เพื่อรักษาภาวะสมดุลของธาตุในร่างกาย

เป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปกระทำหน้าที่ของตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน การวินิจฉัยความผิดปกติและการรักษาโรคเมื่อเกิดเจ็บป่วย (Levin, 1976)

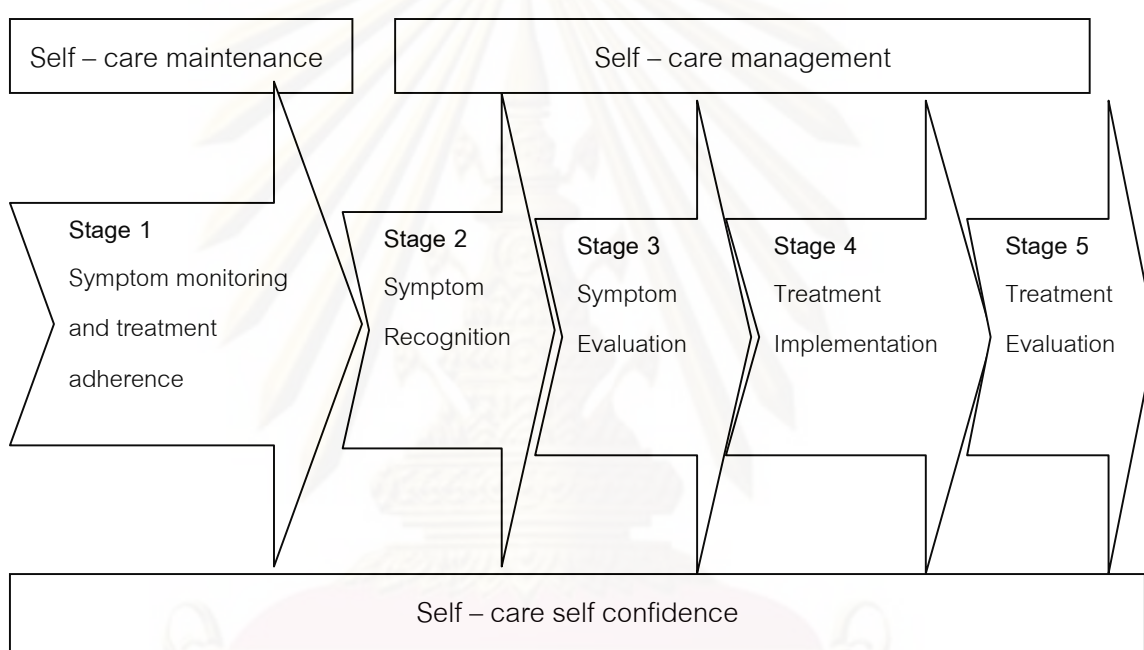
การดูแลตนเองเป็นการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวมถึงการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษา และการปฏิบัติตนหลังรับบริการเพื่อให้มีสุขภาพดี (World health Organization, 1983)

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ เป็นการกระทำอย่างใจและมีเป้าหมาย ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นการกระทำเพื่อตอบสนองของความต้องการ การดูแลตนเองของบุคคลซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการและภาวะสุขภาพ บุคคลจะดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อมีความสามารถในการดูแลตนเองที่เพียงพอและต่อเนื่อง (Orem, 2001)

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ทฤษฎีการดูแลตนเองผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Riegel et al. (2004) เป็นทฤษฎีระดับปฏิบัติการ (Situational Specific Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เน้นเฉพาะปรากฏการณ์ทางการแพทย์ที่พบในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้บริการเฉพาะกลุ่ม ทฤษฎีเหล่านี้มักจะอธิบายปรากฏการณ์ตามบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรม จึงมีข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงแต่มีความชัดเจน (Meleis, 1997) ทฤษฎีนี้พัฒนามาจากแนวคิด Naturalistic decision making ซึ่งก็คือกระบวนการตามธรรมชาติในการที่จะตัดสินใจกระทำประกอบด้วย 4 คุณลักษณะ คือ 1) มุ่งไปที่กระบวนการมากกว่าผลลัพธ์ 2) ใช้เป็นหลักในการตัดสินใจที่จำเพาะกับสถานการณ์และการปฏิบัติ 3) ทำให้เกิดสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจกระทำ 4) มีพื้นฐานการตัดสินใจปฏิบัติบนข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์ที่ใช้ประโยชน์ได้ในขณะนั้น (Riegel,& Dickson, 2008)

กระบวนการตามธรรมชาติในการตัดสินใจจะทำอาศัยจากประสบการณ์และการพัฒนาความรู้ความชำนาญเพื่อเลียนแบบกระทำและคาดหวังว่าจะสามารถขจัดออกหรือเหลือน้อยที่สุดบนโมเดลพฤติกรรมแบบมีเหตุผลซึ่งมาจากการคิดอย่างมีวิจารณญาณ สำหรับการจัดการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมีองค์ประกอบการดูแล 3 ด้าน คือ 1) การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ (Self – care maintenance) 2) การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการ (Self – care management) และ 3) ความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self – care self confidence)



Self – care of Heart Failure Model (Riegel,& Dickson, 2008)

1) การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ (Self – care maintenance) คือ การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่กระทำเพื่อคงการทำหน้าที่ของร่างกาย ประกอบด้วย การติดตามอาการและการให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นการเลือกทำอย่างตั้งใจเมื่ออาการปรากฏขึ้น (Riegel et al., 2004; Riegel & Dickson, 2008) การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพเป็นการดูแลรักษาตนเองที่ต้องกระทำสม่ำเสมอในชีวิตประจำวันและต้องทำต่อเนื่อง โดยคาดหวังผลลัพธ์ระยะยาวในการชะลอความก้าวหน้าของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเสื่อมถอยของสุขภาพ (Riegel et al., 2004) การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพจะรวมถึงการติดตามอาการและการให้ความร่วมมือในการรักษา การเลือกทำอย่างตั้งใจจะปรากฏกับการติดตามอาการรุนแรงมีการรับรู้และอธิบายอาการที่

เกิดขึ้น การร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนประกอบในการดูแลตนเอง รวมถึงหลังจากที่ได้รับคำแนะนำที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาและดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพดี (Riegel & Dickson, 2008) การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต้องปฏิบัติตามแนวทางการรักษาโรคหัวใจ ได้แก่ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง เช่น การรับประทานยา การมีกิจกรรมที่ร่างกายต้องออกแรงและเคลื่อนไหวอยู่เสมอ การลดและควบคุมน้ำหนักตัว การรับประทานยา การพักผ่อนและการจัดการความเครียด อาการเจ็บหน้าอกเป็นสัญญาณเริ่มต้นสำคัญของอาการเกิดอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2) การดูแลตนเองเพื่อการจัดการกับอาการ (Self-care management) คือ การตัดสินใจกระทำเพื่อตอบสนองต่ออาการที่ปรากฏขึ้น เป็นการกระทำที่ผ่านกระบวนการไตร่ตรองว่ามีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยควบคุมสมดุลของความไม่แน่นอนระหว่างภาวะสุขภาพและอาการที่เกิดขึ้น โดยผ่านกระบวนการ 5 ขั้นตอนในการจัดการอาการประกอบด้วย การจำแนกอาการที่เกิดขึ้น, ประเมินการเปลี่ยนแปลง, การตัดสินใจกระทำ, ใช้วิธีการรักษาที่ให้ผลสำเร็จ, และประเมินผลการรักษา (Riegel & Dickson, 2008) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะต้องมีการเรียนรู้ในการประเมิน จดจำ แยกแยะอาการและอาการผิดปกติของร่างกายให้ได้ในระยะเริ่มต้น เลือกรูปแบบการดูแลตนเอง ได้แก่ การอมยาใต้ลิ้น การหยุดพักทันทีเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก การขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และขอคำแนะนำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพทันที รวมถึงการปรับเปลี่ยนวิธีการบำบัดรักษาให้เหมาะสมกับอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง

3) ความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self-care self confidence) คือ เป็นความมั่นใจในความสามารถในการประเมินอาการสำคัญและประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย กระทำเพื่อบรรเทาอาการ และประเมินผลลัพท์วิธีการบำบัดที่ใช้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ประสบความสำเร็จเมื่อจัดการควบคุมอาการที่เกิดขึ้น ในขณะเดียวกันเมื่อการดูแลตนเองได้ผลในการรักษาโรคก็จะทำให้ความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

2.2 การดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต้องกระทำสม่ำเสมอในชีวิตประจำวันและต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามแนวทางการรักษาโรคหัวใจหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่

2.2.1 การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ ผู้ป่วยต้องมีการจำกัดอาหารที่มีรสเค็ม ในอาหารที่มีรสเค็มจะมีปริมาณโซเดียมหรือเกลือแกงที่สูง จะทำให้ดื่มน้ำเข้าสู่หลอดเลือดมากขึ้น ทำให้ปริมาตรของเหลวในร่างกายมีปริมาณมากขึ้น ระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้น ส่งผลให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว บวม หรือหอบเหนื่อยตามมาได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม โดยรับประทานอาหารรสเค็มน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ ควรจำกัดเกลือที่รับประทานไม่เกิน 6 กรัมหรือประมาณ 2 ช้อนชา หลีกเลี่ยงอาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป อาหารถนอมบางชนิดที่ใส่เกลือ เช่น ผักกาดดอง ไข่เค็ม กุ้งแห้ง ผลไม้ดอง เป็นต้น ไม่เติมสารปรุงแต่งอาหารที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ปลาร้า ซีอิ๊ว เกลือป่น ซอสรสเค็ม เต้าเจี้ยว กะปิ ผงชูรส ผงกัมบูด เป็นต้น ควรรับประทานอาหารแต่พออิ่มเพื่อไม่ให้หัวใจทำงานหนักมากเกินไป

2.2.2 การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารดังต่อไปนี้ ผักและผลไม้ อาหารที่ทำมาจากเมล็ดพืชหรือธัญพืช ผลิตภัณฑ์ของนมที่มีไขมันต่ำ เนื้อสัตว์ที่ไม่มีไขมัน และปลา น้ำมันจากปลาจะมีกรดไขมันโอเมก้า 3 ซึ่งจะช่วยในการปกป้องเส้นเลือด โดยไขมันที่รับประทานทั้งหมดไม่ควรเกิน 30% ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด โดยในอาหารที่ให้พลังงานเท่ากัน การรับประทานไขมันสามารถแทนที่ได้โดยการรับประทานอาหารที่เป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ผักและสัตว์ทะเล และไขมันอิ่มตัวที่ได้รับไม่ควรเกินหนึ่งในสามของไขมันที่ได้รับ การบริโภคโคเลสเตอรอลในอาหารไม่ควรเกิน 300 มิลลิกรัม/วัน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน ไข่แดง ไขมันจากสัตว์ต่างๆ เช่น น้ำมันหมู นม เนย และน้ำมันจากพืช เช่น น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว และไขมันทรานส์ (เป็นไขมันที่เกิดจากการเติมไฮโดรเจนลงในน้ำมันพืชซึ่งเป็นไขมันไม่อิ่มตัวซึ่งเป็นของเหลวทำให้มีลักษณะกึ่งแข็ง เช่น มาการีน) (Backer et al., 2003 ; Lichtenstein, et al., 2006)

2.2.3 ทำกิจกรรมที่ร่างกายต้องออกแรงเคลื่อนไหวอยู่เสมอ หมายถึง การเคลื่อนไหวมีกิจกรรมของกล้ามเนื้อต่างๆ ของร่างกาย ทำให้มีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นกว่าในเวลาที่พัก โดยผู้ป่วยควรเริ่มจากการมีกิจกรรมที่ง่ายๆ และใช้เวลาคงที่นาน 1 - 2 สัปดาห์ แล้วค่อยเปลี่ยนเพื่อให้ร่างกายค่อยปรับตัวต่อการทำกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานเพิ่มขึ้น ก่อนออกกำลังกายควรยืดกล้ามเนื้อก่อน 5 - 10 นาที และหลังจากออกกำลังกายระดับปานกลาง ควรเดินต่อ 5 นาที อย่านั่งพักหรือนอนทันที เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำลงได้ เลือดไปเลี้ยงสมองและหัวใจลดลง เกิดอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ใจสั่น แน่นหน้าอกได้ การออกกำลังกายเมื่อทำอย่างคงที่สม่ำเสมอไม่หักโหมมาก โดยมีกิจกรรมยามว่างเพิ่มขึ้นหรือออกกำลังกายที่มีความหนักในระดับปานกลางนาน 30 - 40 นาที 5 - 7 วัน/สัปดาห์

การคำนวณระดับการออกกำลังกายทำโดยการจับชีพจร โดยการนับจำนวนครั้งของการเต้นของหลอดเลือดบริเวณข้อมืออนาน 15 วินาที เมื่อคูณด้วย 4 จะได้จำนวนชีพจรต่อนาที วิธีคำนวณจำนวนครั้งสูงสุดในแต่ละอายุ คือ นำ 220 ลบด้วยอายุของผู้ป่วย จะได้ชีพจรสูงสุดของคนนั้น การออกกำลังกายระดับปานกลางในผู้ป่วยโรคหัวใจแนะนำร้อยละ 60-75 ของชีพจรสูงสุด เช่น ผู้ป่วยที่มีอายุ 40 ปี ชีพจรสูงสุดเท่ากับ $220 - 40 = 180$ ครั้ง/นาที นำมาคำนวณชีพจรขณะออกกำลังกายจะได้ระหว่าง $60 \times 180 \div 100$ ถึง $75 \times 180 \div 100 = 108$ ถึง 135 ครั้ง/นาที สรุปได้ว่าในผู้ป่วยที่อายุ 40 ปี เริ่มออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายครั้งแรกๆ แนะนำให้ชีพจรสูงสุดขณะออกกำลังกายไม่เกิน 108 ครั้ง/นาที และเมื่อทำสม่ำเสมอสามารถปรับให้ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น - นานขึ้น โดยชีพจรสูงสุดไม่เกิน 135 ครั้ง/นาที (วรมนต บำรุงสุข, 2550)

2.2.4 รับประทานยาตามที่แนะนำ การรับประทานยาจะช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ และช่วยลดการทำงานของหัวใจ โดยผู้ป่วยจะต้องมีการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองรับประทาน เช่น ชื่อยา ชนิดของยา ขนาด และคุณสมบัติ อาการข้างเคียง การปฏิบัติตัวในขณะที่ใช้ยา และวิธีการใช้ยา เป็นต้น ไม่ควรซื้อยามารับประทานเองหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานยาอื่นที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ เพราะอาจทำให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาอื่นและยาโรคหัวใจที่รับประทานอยู่ได้ ควรรับประทานอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรปรับลดยาเอง ถ้าลืมรับประทานยามื้อใดมื้อหนึ่งไม่ควรรับประทานเป็นสองเท่า ควรมีการสังเกตอาการผิดปกติในขณะที่ใช้ยา ถ้าพบว่ามีอาการผิดปกติควรรีบมาพบแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขและปรับเปลี่ยนยา ผู้ป่วยจะได้รับยาในไตรกลีเซอไรด์ชนิดคอมไวด์ลิ้นหรือสเปรย์พ่นได้ลิ้น เพื่อช่วยในการขยายหลอดเลือดกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยต้องพกยานี้ติดตัวเสมอ ถ้าเป็นยาเม็ดควรพกครั้งละประมาณ 5 เม็ด เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกให้ออมยาได้ลิ้น 1 เม็ดหรือพ่นสเปรย์ได้ลิ้น 1 ครั้งทันที หากอาการไม่ดีขึ้นภายใน 5 นาที สามารถอมยาหรือพ่นยาซ้ำได้อีก 2 ครั้ง โดยแต่ละครั้งให้ห่างกัน 5 นาที ครั้งที่ 3 หากอาการแน่นหน้าอกไม่ทุเลาควรรีบมาพบแพทย์ ในขณะอมยาควรนั่งหรือนอนลงเพราะยาจะทำให้หลอดเลือดขยายอาจจะมีอาการหน้ามืดเป็นลมได้ ยาที่ไม่เสื่อมสภาพจะรู้สึกว่าได้ลิ้นไม่รู้สึกร้อนหรือเจ็บในปากเกิน 6 เดือน ควรนำยามาเปลี่ยนใหม่ วิธีการเก็บยานี้ควรเก็บในขวดหรือซองสีชา ไม่ควรให้ถูกแสงแดดหรือความร้อนหรือชื้นเพราะยาจะเสื่อมสภาพได้

2.2.5 การควบคุมน้ำหนักตัวและลดระดับไขมันในเลือด ควรมีการรักษารูปร่างไม่ให้้วน ด้วยการควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้มากเกินไป โดยคิดจากดัชนีมวลกายค่าปกติของคนไทยควรรอยู่ในช่วง 18.5 – 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ถ้ามีค่ามากกว่า 25 – 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร ถือว่าน้ำหนักเกิน และถ้าค่ามากกว่า 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร ถือว่าเป็นโรคอ้วน หรือในผู้ที่มีไขมันหน้าท้องมากโดยวัดจากเส้นรอบเอว >102 เซนติเมตร (>40 นิ้ว) ในผู้ชาย และ > 89 เซนติเมตร (> 35 นิ้ว) ในผู้หญิง โดยการวัดรอบเอวให้วัดเป็นแนวขนานกับพื้นที่บริเวณสันกระดูกสะโพก (iliac crest) อาหารที่รับประทานควรมีความหลากหลาย รับประทานข้าวเป็นอาหารหลักควรเลือกใช้ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ เป็นต้น (Backer et al., 2003 ; Lichtenstein, et al., 2006)

2.2.6 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ถ้าผู้ป่วยสามารถลดหรือเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมได้จะทำให้ลดความเสี่ยงของการเกิดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะแทรกซ้อนลงได้ แอลกอฮอล์เป็นตัวทำให้เพิ่มการสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์ ทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงขึ้น และแอลกอฮอล์เป็นตัวกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็ว การสูบบุหรี่ลดออกจากหัวใจเพิ่มขึ้นและมีความแรงสูงไปกระทบหลอดเลือดแดงเกิดอันตรายต่อผนังหลอดเลือด ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัวและตีบตันได้ง่าย (นพรัตน์ ธนะชัยพันธ์, 2543) แอลกอฮอล์เป็นสารที่ให้พลังงานสูงถึง 7 แคลอรี/กรัม เมื่อเปรียบเทียบกับไขมันซึ่งให้พลังงาน 9 แคลอรี/กรัม โดยพบว่า เหล้า 1.5 ออนซ์ให้พลังงาน 100 – 120 แคลอรี เบียร์ 1 แก้วใหญ่ให้พลังงาน 160 แคลอรี และเหล้าองุ่น 1 แก้วให้พลังงาน 100 – 150 แคลอรี ผู้ที่ดื่มเหล้าปานกลาง 2 – 3 แก้ว/วัน จะได้พลังงาน 300 – 400 แคลอรี หากผู้ที่ดื่มจัดจะได้พลังงานถึง 1,000 – 1,500 แคลอรี การดื่มสุรามากเกินไปจะทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง (วิชัย ตันไพจิตรและคณะ)

2.2.7 ไม่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ พบว่าร้อยละ 75 ของผู้ที่สูบบุหรี่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นผู้ที่สูบบุหรี่ควรเลิกบุหรี่โดยเด็ดขาด หรือหากมีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ก็ควรได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ โดยผู้ที่สูบบุหรี่ควรพยายามค่อยๆ ลดจำนวนมวนที่สูบลงจนกระทั่งเลิกการสูบบุหรี่ ควรดูแลตนเองให้ได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ หรือหลีกเลี่ยงสถานที่แออัด มีควันบุหรี่มากๆ เนื่องจากสารนิโคตินที่มีอยู่ในควันบุหรี่จะทำให้หลอดเลือดตีบแคบลงเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอาจทำให้เกิดการตายกะทันหันจากสาเหตุของหัวใจได้ และกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมนแคทีโกลามีนเพิ่มขึ้น มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตสูงขึ้น สารคาร์บอนมอนอกไซด์ที่อยู่ในบุหรี่จะแย่งที่กับออกซิเจนจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้หัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ และนอกจากนี้ยังทำให้ระดับ LDL ในเลือดสูงขึ้นส่วนระดับ HDL ลดต่ำลง จึงมีผลต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งมากขึ้น (กอบกุล บุญปราชญ์, 2549)

2.2.8 การไปพบแพทย์ตามนัดและสังเกตอาการผิดปกติ ที่ควรรีบมาพบแพทย์ก่อนการนัด การมาพบแพทย์ตามนัดเป็นการตรวจอาการ อาการแสดงของผู้ป่วย และรับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อเป็นการติดตามความก้าวหน้าของโรค ประเมินผลการรักษา และเพื่อประเมินอาการแสดงที่ผิดปกติโดยการตรวจร่างกาย ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและตรวจเลือด เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้ชี้แจงปัญหาต่างๆ จากเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพ ตลอดจนได้รับการประเมินปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยไม่ว่าจะจากการรักษาหรือจากการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน และถ้าพบว่ามีอาการผิดปกติเหล่านี้ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ น้ำหนักตัวเพิ่ม 1 – 2 กิโลกรัมใน 1 – 2 วัน รู้สึกว่าผิวแห้งตึง ปลายเท้า และข้อเท้าบวมกดบุ๋มมากขึ้น เสื้อผ้าและรองเท้าคับมากขึ้น ใบบ่อยขึ้น หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ต้องตื่นมานั่งตอนกลางคืน เวลานอนต้องใช้หมอนหนุน 2 – 3 ใบ เพื่อให้หายใจสะดวก อ่อนเพลีย และการทำกิจวัตรประจำวันช้าลง เจ็บหน้าอกหลังออกมาย้ายหลอดเลือด 2 – 3 เม็ดแล้วไม่ดีขึ้น

2.3 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้มีการศึกษาเพื่อค้นหาวิธีที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ซึ่งผลการวิจัยพบว่าวิธีเหล่านั้นพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทที่สำคัญยิ่งในการผลักดันให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการซึ่งก็คือ การปรับเปลี่ยนปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการของโรคกำเริบรุนแรง และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย โดยบทบาทเหล่านั้น ได้แก่

2.3.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงสาเหตุ กลไกการเกิด อาการของโรค การรักษาที่ได้รับและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ความเครียด และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและทำให้โรคกำเริบรุนแรงมากขึ้น ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.1.1 พยาบาลควรสอนให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงโรคของตนเอง เริ่มตั้งแต่การแนะนำถึงรูปร่างและหน้าที่ของหัวใจโดยใช้ภาพประกอบ ซึ่งให้เห็นว่าหัวใจของผู้ป่วยมีความผิดปกติที่ตำแหน่งใด เช่น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ลิ้นหัวใจ เป็นต้น และผลจากการเกิดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันควรให้ผู้ป่วยได้รู้ถึงอาการผิดปกติของโรค เช่น อาการเจ็บหน้าอก เป็นต้น

2.3.1.2 พยาบาลควรให้ความรู้กับผู้ป่วยถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เช่น การมีไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

2.3.1.3 พยาบาลควรสอนให้ผู้ป่วยรู้จักใช้ยา ชื่อยา ชนิดของยา การรับประทาน และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา

2.3.1.4 พยาบาลควรให้ความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เช่น การรับประทาน อาหารรสจืด หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น

2.3.1.5 พยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยครอบคลุมในเรื่องความถี่ ความหนัก และระยะเวลาของการมีกิจกรรมทางกาย และมีการสังเกตอาการผิดปกติขณะมีกิจกรรมทางกาย และหลังมีกิจกรรมทางกาย

2.3.2 การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีผลกระทบในด้านของจิตใจ คือ เกิดความวิตกกังวล กลัว เครียด ภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลของสภาวะจิตใจที่เกิดขึ้นนี้มีผลต่อร่างกายของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการกำเริบรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการสนับสนุน ประคับประคองทางด้านจิตใจไปพร้อมกับการดูแลทางด้านร่างกาย พยาบาลต้องอาศัยกระบวนการในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านจิตใจ และพิจารณากระบวนการในการนำมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย การพูดคุยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก รับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลและให้ความห่วงใย การร่วมกันแก้ไขปัญหาและให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รู้จักดูแลตนเองอย่างเพียงพอ และต่อเนื่องเพื่อช่วยป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรค ลดการกำเริบรุนแรงของโรค และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.4 เครื่องมือวัดการดูแลตนเอง

แบบสอบถามเพื่อวัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว (Self – care of Heart Failure Index: SCHFI) ของ Riegel et al., 2004 มีการพัฒนาขึ้นมาโดยมีพื้นฐานมาจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับกระบวนการตามธรรมชาติในการตัดสินใจที่จะกระทำ เครื่องมือนี้แบ่งข้อคำถามออกเป็น 3 หมวดย่อยคือ การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ (Self – care maintenance) 5 ข้อ, การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการ (Self – care management) 6 ข้อ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self – care self confidence) 4 ข้อ ลักษณะการให้คะแนนเป็นแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ 13 ข้อ และ 5 ระดับ 2 ข้อ เนื่องจากแต่ละข้อย่อยของทั้ง 3 ด้านมีคะแนนไม่เท่ากับจึงต้องปรับค่าคะแนนเต็ม

แต่ละด้านเป็นฐาน 100 คะแนนเท่ากัน รวมคะแนนเต็ม 300 คะแนน ถ้าคะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยยังมีสมรรถนะในการดูแลตนเองได้ดี แต่ในการตัดสินใจว่าผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้เหมาะสมหรือไม่นั้น ให้ใช้ค่าจุดตัดคะแนนที่ 75 จึงจะถือว่าผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม

ในประเทศไทยได้มีการนำแบบสอบถามการดูแลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวของ Riegel et al. (2004) มาใช้โดย จอม สุวรรณโณและคณะ (2551) ได้มีการแปลแบบสอบถามเป็นภาษาไทยและได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน นำมาทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาชับรวมเท่ากับ 0.85 และด้านย่อย 3 ด้าน คือ การดูแลรักษา สุขภาพ การดูแลเพื่อจัดการอาการ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.61, 0.67 และ 0.92 ตามลำดับ ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาชในการวิจัยมีค่าสูงกว่าเครื่องมือต้นฉบับเดิม ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาชับรวม 0.76

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จึงได้มีนำแนวคิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของ Riegel มาประยุกต์ใช้ และมีการสร้างเครื่องมือเพื่อวัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขึ้นเอง โดยดัดแปลงจากเครื่องมือแบบสอบถามการดูแลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวของ Riegel et al. (2004) ฉบับที่นำมาแปลโดย จอม สุวรรณโณและคณะ (2551)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

3.1.1 อายุ : เป็นปัจจัยที่บอกถึงวุฒิภาวะ ระดับพัฒนาการ ประสบการณ์ในชีวิตและการรับรู้ที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในด้านความอดทน ความสามารถในการเข้าใจ การมองปัญหา การใช้เหตุผลและการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรม กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุและวุฒิภาวะสูงขึ้นจะสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเองและมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุและวุฒิภาวะต่ำกว่า ดังนั้นอายุจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง โดยความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะถูกพัฒนามากขึ้นตามอายุ จากวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุดและจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1991) จากการศึกษาของ Chriss et al. (2004) พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

3.2 ปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

3.2.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วย : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีการเจ็บป่วย

มากกว่า 1 – 5 ปี และมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลในเรื่องการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ผู้ป่วยจึงมีการปรับตัวให้ดำเนินชีวิตตามแบบแผนที่ถูกต้อง ดังนั้นระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น มีความเชื่อมั่นในตนเองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (จิรวรรณ อินคัม, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จรรวมล แพ่งโยธา (2548) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเจ็บป่วยในช่วงแรกๆ บุคคลไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการมีสุขภาพดี เนื่องจากยังไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เมื่อระยะเวลาผ่านไประยะหนึ่งผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับและพยายามปรับตัวต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ ทำให้สามารถควบคุมภาวะของโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตนให้ถูกต้อง และจากการศึกษาของ จอม สุวรรณโณ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียว, Riegel B., และแสงอรุณ อิศระมาลัย. (2551) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อการคงภาวะสุขภาพผ่านความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

3.2.2 ภาวะซึมเศร้า

มีผู้ที่ศึกษาและให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้มากมาย พอสรุปได้ดังนี้

Beck (1967) ได้อธิบายความหมายว่า เป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระวิทยา ได้แก่ มีมโนทัศน์ในด้านลบ ตีเตียนตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกาย น้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดความสนใจเรื่องเพศ เป็นต้น

ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร (2545) กล่าวว่า เป็นความรู้สึกที่เกิดจากกระบวนการทางปัญญาของผู้สูงอายุภายหลังผ่าตัดหัวใจที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ตนไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความเบี่ยงเบนในด้านการคิดและการรับรู้ อารมณ์ แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม โดยมีอาการเศร้าเสียใจ ท้อแท้ รู้สึกหมดหวัง รู้สึกไร้ค่า เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ไม่สนใจทำกิจกรรม มีความคิดแต่ในด้านลบ มีพฤติกรรมถอยหนี และลงโทษตัวเอง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) กล่าวว่าอาการซึมเศร้าเป็นผลรวมของความรู้สึกว่างเปล่า และเฉื่อยชาที่รุนแรงกว่าความรู้สึกเศร้าเสียใจธรรมดา อาการซึมเศร้าอาจเกิด

จากสาเหตุในสิ่งแวดล้อมหรือเกิดร่วมกับโรคทางกายหรือโรคทางจิต โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ประกอบด้วยอาการหลายอย่าง เช่น การไม่รู้สึกรสในสิ่งที่เคยสนุก ความรู้สึกผิด รู้สึกหมดเรี่ยวแรง กินไม่ได้ เป็นต้น ซึ่งเป็นติดต่อกันระยะเวลาหนึ่งและมีผลเสียต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน

วรรณิ จิวสิบพงศ์ (2550) กล่าวว่าผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งเร้าร่วมมีอิทธิพลต่อการปรับตัว การทำกิจวัตรประจำวัน และการคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ต่างๆ

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ให้ความหมายว่า เป็นพฤติกรรมการตอบสนองของผู้ป่วยทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด โดยแสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิด การรับรู้ และเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวังมีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เหงื่อเย็น หายใจลำบาก

3.2.2.1 ระดับของภาวะซึมเศร้า

สามารถแบ่งได้ตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้เป็น 3 ระดับดังนี้ (Beck, 1967)

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหนงหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้ในบางครั้ง โดยอาจมีสาเหตุเพียงพหรือบางครั้งไม่มีสาเหตุใดๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในทางลบ เริ่มมีความรู้สึกไม่พอใจต่อรูปลักษณะของตน ความตั้งใจในการทำงานต่างๆ เริ่มลดลง มีความต้องการความช่วยเหลือ คำแนะนำ การเอาใจใส่ปลอบโยน การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น หลับยากกว่าปกติ หรือตื่นเช้ากว่าปกติ เป็นต้น

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้จะรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นมีผลกระทบต่ชีวิต ครอบครัว และการงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ว่าแม้จะไม่สมบูรณ์นัก มักมีอาการเศร้ามากขึ้น เป็นในช่วงเวลาเช้า และจะดีขึ้นในตอนกลางวัน รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งแวดล้อม อ่อนเพลีย รู้สึกว่ามีพลังกำลังน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ มักตำหนิตนเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายและสุขภาพตนเองปรากฏมากขึ้น รู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงไป มีความต้องการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์แวดล้อมและสังคม จะทิ้งสังคมที่ละน้อย อาจมีความคิด

เกี่ยวกับการตาย การนอนหลับผิดปกติ ความอยากรับประทานอาหารลดลงจนกระทั่งไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ น้ำหนักลด ความต้องการทางเพศลดลง

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) จะมีการมึนซึมเศร้าตลอดเวลา มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองในด้านไม่ดี ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความต้องการหลีกหนี หลบซ่อน ไม่มีการเข้าร่วมสังคมใดๆ เลย ลักษณะอาการเหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง มองอนาคตมืดมน และสิ้นหวัง หมดความสนใจสิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวันแทบจะไม่มีการเคลื่อนไหว มักจะนั่งอยู่เฉยๆ กับที่ตลอดเวลา หรืออาจอยู่ไม่นิ่ง ไม่สนใจต่อตนเอง ดูแลตนเองไม่ได้ นอนหลับไม่สนิทหรือนอนไม่หลับ มักรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา หมดความสนใจเรื่องเพศ ผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจจะถอนตัวถอยหนีออกจากโลกของความเป็นจริง มีความหลงผิด (delusion) และมีความคิดฆ่าตัวตาย

3.2.2.2 ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับการดูแลตนเองของผู้ป่วย กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ภาวะซึมเศร้าทำให้เพิ่มการทำงานของ hypothalamic – pituitary - adrenocortical (HPA) axis ส่งผลให้กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก เพิ่มการหลั่งฮอริโมนแคทีโคลามีน (adrenaline และ noradrenaline) และเพิ่มการหลั่งของ cortisol การที่มีการหลั่งของฮอริโมนในระบบประสาทที่ผิดปกติส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก และซิมพาเทติก ส่งผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิด atherosclerotic plaque rupture และเกิดภาวะ acute coronary thrombosis ระดับของแคทีโคลามีนที่สูงขึ้นทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะ ventricular fibrillation และ cardiac arrest นอกจากนี้ยังทำให้มีปริมาณเกร็ดเลือดเพิ่มขึ้นส่งผลต่อกลไกการแข็งตัวของเลือด และทำให้เซลล์เอนโดทีเลียมในหลอดเลือดเสียหายที่ไปส่งผลให้หลอดเลือดไม่มีความยืดหยุ่น ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Goldston & Baillie, 2008) ภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อการทำกิจกรรมของผู้ป่วย เช่น เกิดความล้มเหลวในการเลิกสูบบุหรี่ ลดความร่วมมือในการรับประทานยาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Carney, Freedland, Miller & Jaffe, 2002)

มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 18% มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (จาก 25 % ของผู้ป่วยที่มีบันทึกการรักษาภาวะซึมเศร้า) (Amin et al., 2006). ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการรับประทานยาลดลง (Ziegelstein et al., 2000) และพบว่าผู้ป่วยโรค

กล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่ให้ความร่วมมือตามแผนการจำหน่าย ไม่มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและส่วนมากกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังทำให้เกิดการเสียหน้าที่ด้านการรู้คิดไป โดยทำให้บกพร่องในเรื่องความจำและความสนใจ ผู้ป่วยจึงขาดความสามารถในการรับประทานยาให้ถูกต้องตรงตามชนิดและเวลา (Goldston & Baillie, 2008) ทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองเพื่อที่จะคงภาวะสุขภาพ

3.2.2.3 เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า

Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1961 บนพื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรม – ปัญญานิยม มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ครอบคลุมทั้งในด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม การนำไปใช้ในครั้งแรกจะมีผู้สัมภาษณ์แล้วให้ผู้ป่วยตอบคำถาม หลังจากนั้นผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกคำตอบเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากผู้ป่วย ต่อมาจึงให้ผู้ป่วยตอบเอง ลักษณะคะแนนมีคะแนนทั้งหมด 63 คะแนน แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 มีการแปลผลคะแนนตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือ คะแนนระหว่าง 0 ถึง 9 แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 10 ถึง 15 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 16 ถึง 19 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 20 ถึง 29 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก คะแนนระหว่าง 30 ถึง 63 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES – D) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน โดยปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดในของกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยค้นหาโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออกและอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยสอบถามในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 แต่มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลันโดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

Zung Self – Rating Depression Scale (Ebersole & Hess, 1981) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาท ทควบคุมการทำงานของร่างกาย และด้านจิตใจ แปลผลคะแนนตามอาการที่เกิดขึ้นว่ามากหรือน้อย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุเพราะอาจไปวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดตามกระบวนการสูงอายุ หรือวัดลักษณะทางคลินิกของโรคนั้นๆ ไป และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม

Thai Depression Inventory (TDI) (มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 1999) แบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย การสร้างคำถามอิงจากการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย และจากแบบสอบถามที่ใช้บ่อยในทางตะวันตก นำแบบสอบถามฉบับแก้ไขครั้งสุดท้ายไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 50 ราย โดยใช้ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือเปรียบเทียบผลการศึกษาพบว่า ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.86 และ concurrent validity โดยวิธี Spearman – Brown formula มีค่าเท่ากับ 0.72 ($p < 0.001$) โดยข้อคำถามเรื่อง psychomotor retardation และ loss of libido มีความสัมพันธ์กับค่าคะแนนรวมต่ำ จากการทดสอบ construct validity โดยใช้วิธีการทางสถิติ principal component analysis with varimax rotation พบว่ามี 5 ปัจจัยที่สำคัญและปัจจัยที่เด่นคือ Anxiety - Insomnia factor ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับ major depression จะมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 35 คะแนนขึ้นไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES – D) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.2.3 การทำหน้าที่ของร่างกาย

มีผู้ให้ความหมายของการทำหน้าที่ของร่างกายไว้หลากหลายพอสรุปได้ ดังนี้

Stewart & Brook (1983) ได้ให้ความหมายของคำว่า การทำหน้าที่ของร่างกายว่า หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันที่มีความหลากหลายที่เป็นปกติในผู้ที่มีสุขภาพร่างกายดี ประกอบด้วย 5 กลุ่มของกิจกรรม คือ

- 1) กิจกรรมในการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว และการเข้าห้องน้ำ เป็นต้น
- 2) การเคลื่อนไหว เช่น การเคลื่อนไหวไปมาภายในบ้าน การเคลื่อนไหวนอกบ้าน หรือ ชุมชน เป็นต้น
- 3) กิจกรรมทางกาย เช่น การวิ่ง การเดิน การใช้ไม้ค้ำยัน การยก การโค้ง เป็นต้น
- 4) การปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาท (แบบฉบับของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับอายุและบทบาททางสังคม) เช่น กิจกรรมการทำงาน กิจกรรมโรงเรียน หรือกิจกรรมภายในบ้าน เป็นต้น
- 5) กิจกรรมในเวลาว่าง เช่น งานอดิเรก การรวมกลุ่ม การเล่นกีฬา เป็นต้น

Leidy (1994) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่บุคคลทำในชีวิตประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน คงอยู่ในบทบาทปกติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก

Lareau et al. (1996) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติหน้าที่ตามระดับปกติในชีวิตประจำวัน รวมถึงการปฏิบัติทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น ในการวัด การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยตลอดอดมอดกันเรื่อยๆจะรวมถึงการวัดสมรรถภาพปอด, การใช้ ออกซิเจน, หรือวัดก๊าซในเลือด และการวัดการทำหน้าที่ด้านจิตใจ คือ การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด, การแสดงออกของภาวะซึมเศร้า และระดับของความวิตกกังวล และการวัดการทำหน้าที่ทางสังคม คือ การวัดทักษะทางสังคมของผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ

Leidy (1994) ได้อธิบายว่าการทำหน้าที่ประกอบไปด้วย 4 มิติ คือ

- 1) ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Capacity) คือศักยภาพสูงสุดของบุคคล ในการที่จะทำกิจกรรมตามปกติของชีวิต เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ปฏิบัติบทบาทปกติให้สำเร็จ และเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุก

2) การปฏิบัติหน้าที่ (Functional Performance) คือกิจกรรมทางกาย จิต สังคม อาชีพ และจิตวิญญาณ ซึ่งบุคคลจะทำจริงในชีวิตประจำวัน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน (เป็นกิจกรรมที่บุคคลต้องการและอยากจะทำ) ไม่รวมถึงการรับรู้และอารมณ์

3) การสงวนพลังงาน (Functional Reserve) คือความแตกต่างระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Capacity) และการปฏิบัติ (Functional Performance) โดยทั่วไป เราจะไม่ทำศักยภาพที่เราทำอย่างเต็มที่ในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลผู้สูงอายุจะมีพลังงานสำรองน้อยกว่าคนหนุ่มสาว

4) การใช้ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Capacity utilization) คือ ศักยภาพหน้าที่หรือความสามารถในหน้าที่ (Functional potential) จะถูกใช้ในระดับต่างๆ ของการกระทำ

3.2.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของร่างกายกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การทำหน้าที่ของร่างกายที่มีในระดับต่ำจะมีผลกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยทำให้จำกัดระดับของการทำกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยเสียความสามารถในการซื้ออาหารและการปรุงอาหารที่เหมาะสม ไม่สนใจในการมาตรวจตามนัด การใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ และการเฝ้าติดตามอาการ (Carlson, Riegel & Moser, 2001) มีการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวผู้ที่ได้รับโปรแกรม Heart failure disease management ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง พบว่ามีการปรับปรุงภาวะการกระทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคในผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วย (Rich, 1996; Riegel, Carlson, Glaser, & Hoagland, 2000)

3.2.3.2 เครื่องมือที่ใช้วัดการทำหน้าที่ของร่างกาย

Enforced Social Dependency Scale (ESD) สร้างโดย Benolial & Young (1980) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยดูจากการปฏิบัติตามปกติ ความสามารถทางสังคม ระดับความรู้สึกตัว คะแนนรวม 10 – 51 คะแนน โดยคะแนนรวมมากจะแสดงถึงความพร้อมทางหน้าที่สูงสุด นำไปทดสอบความตรงและความเที่ยงกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 60 ราย ได้ค่าความเที่ยงภายในสัมประสิทธิ์แอลฟา .9

Functional Status Questionnaire (FSQ) สร้างและพัฒนาโดย Jette(1987) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย การประเมินทางด้านร่างกาย 9 ข้อ แบ่งเป็นกิจวัตรประจำวัน(ADL) 3 ข้อ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลาง (IADL = Intermediate Activities of Daily Living) 6 ข้อ ด้านจิตใจ 5 ข้อ และด้านบทบาททางสังคม 8 ข้อ แบ่งเป็นลักษณะกิจกรรม 3 ข้อ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 5 ข้อ ผู้ป่วยสามารถกรอกแบบสอบถามได้เอง ใช้ได้กับทุกโรคและมีความเหมาะสมกับวัยผู้ใหญ่

The Inventory of Functional Status – Cancer (IFS – CA) สร้างโดย Tulman, Faweett & McEvoy (1991) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยเป็นด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง ด้านอาชีพการงาน ด้านการทำกิจกรรมในบ้านและในครอบครัว การทำกิจกรรมในสังคมและชุมชน โดยคะแนนรวมมากหมายถึงภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับดีมาก เครื่องมือดังกล่าวได้ถูกนำไปทดสอบหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นการตัดสินใจจากผู้ประเมินที่รับยาเคมีบำบัดจำนวน 16 ราย ได้ค่าความสอดคล้องร้อยละ 98.5 ความเที่ยงภายในได้ค่าครอบคลุม แอลฟา เท่ากับ .67 - .74

Medical Outcome Study Short – Form 36 (MOS – SF36) เป็นการประเมิน 3 ด้าน คือ 1)ภาวะสุขภาพทั่วไป 2) ภาวะการทำหน้าที่ (การทำหน้าที่ด้านร่างกาย, การทำหน้าที่ทางสังคม, ข้อจำกัดที่เกิดจากปัญหาทางกาย, ข้อจำกัดที่เกิดจากปัญหาทางจิตใจ และความเจ็บปวด) 3) ความผาสุก (สุขภาพจิต และความสดชื่น/เหนื่อยล้า) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ทางสังคม ข้อจำกัดทางกายที่เกิดจากปัญหาสุขภาพ ข้อจำกัดที่เกิดจากปัญหาทางอารมณ์ สุขภาพจิต พลังงาน ความเจ็บปวด และการรับรู้สุขภาพทั่วไป ทดสอบหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .85 คะแนนที่ได้อยู่ในช่วง 0 – 100 ถ้ามีคะแนน 100 แสดงว่ามีภาวะสุขภาพดี

New York Heart Association Classification (NYHA) เป็นการแบ่งระดับของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคหัวใจตามสมรรถภาพของหัวใจต่อความทนในการทำกิจกรรมกิจกรรม เป็น 4 ระดับ ตามการจำแนกของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก ที่บัญญัติไว้ในปี พ.ศ.2507

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ คือถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะไม่มีอาการอ่อนเพลีย ในเดิน ใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 2 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย ไม่มีอาการเมื่อพัก แต่ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะทำให้อ่อนเพลีย ใจเต้น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 3 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ชัดเจน คือถ้ามีกิจกรรมซึ่งน้อยกว่ากิจกรรมตามปกติ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ทำให้อ่อนเพลียใจเต้น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกแต่จะสุขสบายเมื่อได้พักหรืออยู่เฉย

ระดับที่ 4 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้โดยปราศจากความไม่สุขสบาย แม้ในขณะที่พักยังมีอาการของการทำงานของหัวใจไม่เพียงพอ หรือมีอาการเจ็บหน้าอกและไม่ว่าจะทำกิจกรรมเล็กๆ น้อยๆ อาการไม่สุขสบายหรือเหนื่อยจะเพิ่มขึ้น

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของ New York Heart Association Classification (NYHA) ซึ่งแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่สามารถนำมาใช้ได้กับผู้ป่วยโรคหัวใจทุกประเภทจึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการศึกษานี้

3.3 ปัจจัยภายใน

3.3.1 การรับรู้การควบคุมตนเอง (Perceived Control)

มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายสามารถสรุปได้ดังนี้

Perlmutter & Monty (1977) กล่าวว่า การควบคุม คือ ความพยายามอย่างต่อเนื่องของมนุษย์หรือสัตว์ในการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม

Wallston, Wallston, Smith & Dobbins (1987) กล่าวว่า การรับรู้การควบคุมตนเองเป็นความเชื่อว่าคุณสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสภาวะภายในของคุณและพฤติกรรม ซึ่งมีอิทธิพลมาจากสิ่งแวดล้อมและ/หรือนำมาซึ่งผลลัพธ์ที่ต้องการ

Wallston (1994) กล่าวว่า เป็นการตัดสินใจของคุณที่จะสามารถกำหนดหรือมีอิทธิพลต่อบางสิ่ง ซึ่งบางสิ่งในที่นี้คือพฤติกรรมของตนเองหรือผลลัพธ์ของพฤติกรรมนั้น เช่น การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพประจำปี การรับรู้การควบคุมตนเองจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนสามารถเลือกที่จะไปหรือไม่ไปพบแพทย์, เมื่อไหร่ที่ควรจะไปพบแพทย์, และควรจะไปพบแพทย์คนใด หรืออาจทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปรับปรุงหรือคงสภาวะสุขภาพของตนเองโดยการไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ

Moser & Dracup (1995) กล่าวว่า การรับรู้การควบคุมตนเองเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเอง โดยเชื่อว่าบุคคลสามารถจัดการและมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ความเชื่อเป็นส่วนที่มีความสำคัญในการควบคุมตนเอง การรับรู้การควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์กับการเกิดผลลัพธ์ที่ดีเพราะว่าการรับรู้การควบคุมตนเองไม่ใช่ลักษณะที่อยู่ภายในของคุณและสามารถเปลี่ยนแปลงได้

สรุปได้ว่าการรับรู้การควบคุมตนเอง คือ การตัดสินใจ การจัดการ และการตอบสนองของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและมีความเหมาะสม

3.5.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้การควบคุมตนเอง

มีหลายแนวคิดทฤษฎีที่ใช้อธิบายการรับรู้การควบคุมตนเอง (perceived control) เช่น ความเชื่อในอำนาจ (Locus of control) ของ Rotter (1966), ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive Theory) ของ Bandura (1997), ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behaviour) ของ Ajzen (2002)

1) **ความเชื่อในอำนาจ (Locus of control)** ของ Rotter (1996) ความเชื่ออำนาจของบุคคลแบ่งได้เป็น 2 ประเภท โดยบุคคลที่เชื่อว่า ผลดีหรือผลเสียต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้น มีสาเหตุที่สำคัญมาจากการกระทำของตนเอง ถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตน (Belief in internal locus of control of reinforcement) ส่วนบุคคลอีกประเภทหนึ่งซึ่งมีความเชื่อว่า ผลดีหรือผลเสียที่เกิดขึ้นกับตนนั้น มีสาเหตุที่สำคัญมาจากโชคเคราะห์ อำนาจของคนอื่น หรือสาเหตุอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของตน ถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจนอกตน (Belief in external locus of control of reinforcement) ความเชื่ออำนาจประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ

1) ความสามารถในการทำนาย (Predictability) มี 3 ลักษณะ คือ 1) ทำนาย สาเหตุที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือได้ของผลหนึ่งๆ ว่าคืออะไร, 2) ถ้าสาเหตุที่ตนทราบจากข้อ 1) นั้นปรากฏขึ้น จะทำนายได้ว่า ผลของสาเหตุดังกล่าวนั้นจะเป็นเช่นไร จะเกิดเมื่อใด และในปริมาณเท่าใด, และ 3) ในทางกลับกัน เมื่อผลหนึ่งๆ ปรากฏขึ้น ไม่ว่าจะเป็ผลดีหรือผลเสียที่เกิดในเวลาและปริมาณต่างๆ ก็จะทำนายได้ว่า สาเหตุแท้จริงที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือได้ของผลเหล่านี้คืออะไร รวมเรียกอีกนัยหนึ่งว่า การรับรู้ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุหนึ่งกับผลหนึ่ง

2) ความเชื่อว่าตนสามารถควบคุม (Controllability) ให้ผลตามที่ต้องการได้โดยเชื่อใน 3 ลักษณะ คือ 1) ถ้าต้องการให้ผลดีปรากฏขึ้นอีกหรือปรากฏในปริมาณที่เพิ่มขึ้นตนก็สามารถทำให้ผลดีนั้นเกิดขึ้นได้ด้วยความพยายามให้มากขึ้นของตนเอง, 2) ถ้าต้องการหลีกเลี่ยงหรือลดผลเสียที่จะปรากฏตนก็สามารถป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียนั้นได้ด้วยตนเอง, และ 3) เชื่อว่า “ทำมากย่อมได้ผลมาก และทำน้อยย่อมได้ผลน้อย” ตลอดจน มีความเชื่อว่า “ทำดียอมได้ผลดีตอบแทนและทำชั่วยอมได้ผลชั่วตอบแทน”

ในบุคคลแต่ละคน ความเชื่อว่าตนความสามารถในการทำนายได้และควบคุมได้ มีปริมาณต่างกัน โดยแบ่งได้เป็น 3 ระดับ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2527)

ระดับที่ 1 เป็นระดับที่บุคคลมีความเชื่อว่าตนสามารถทำนายผลหนึ่งๆ ได้ ว่าเกิดจากสาเหตุอะไร และจะเกิดในปริมาณเท่าใด และสามารถควบคุมให้เกิดผลนั้นได้ในปริมาณที่ต้องการ

ระดับที่ 2 เป็นระดับที่บุคคลเชื่อว่า ตนสามารถทำนายความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุหนึ่งกับผลหนึ่งได้ รวมทั้งทำนายได้ว่า เมื่อสาเหตุนี้เกิดขึ้นควรมีผลเกิดในปริมาณเท่าใด แต่เชื่อว่า ตนจะไม่สามารถควบคุมให้เกิดผลตามที่ตนต้องการได้

ระดับที่ 3 เป็นระดับที่บุคคลไม่สามารถทำนายความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุหนึ่งกับผลหนึ่งๆ ได้ รวมทั้งไม่สามารถทำนายว่าจะได้ว่าผลตอบแทนนี้จะเกิดในปริมาณเท่าใด ตลอดจนไม่สามารถควบคุมให้เกิดผลตามที่ตนต้องการได้ด้วย

2) **ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory)** ของ Bandura (1997) เป็นทฤษฎีที่นำมาอธิบายพฤติกรรมของบุคคล เชื่อในความสามารถในการควบคุมและกำกับตนเอง และเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอกเป็นผลมาจากการเรียนรู้ พฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อถูกกำหนดด้วยปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (Environment factors) และปัจจัยภายในตัวบุคคล (Personal factors) ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญของทฤษฎีนี้ประกอบด้วย สภาพแวดล้อม (Environment), สถานการณ์ (Situation), ความสามารถทางพฤติกรรม (Behavioral capability), การรับรู้ความคาดหวัง (Outcome expectations), การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectancies), การควบคุมตนเอง (Self control), การเรียนรู้จากการสังเกต (Observational Learning), การเสริมแรง (Reinforcements), การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self - efficacy), ปฏิกริยาการจัดการกับอารมณ์ (Emotional coping response), และการกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism)

การควบคุมตนเอง (Self control) เป็นการกำกับไปสู่ทิศทางกระทำพฤติกรรมที่ต้องการ และประสบความสำเร็จตามเป้าประสงค์ Bandura (1997) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลไม่ได้เป็นผลมาจากการเสริมแรงหรือการลงโทษจากภายนอกเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับการควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเองด้วยการจัดหาผลการกระทำด้วยตนเอง เรียกว่า การกำกับตนเอง (Self - regulation) ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539)

1) การสังเกตตนเอง (Self observation) บุคคลต้องรู้ว่าตนเองกำลังทำอะไร เพราะความสำเร็จของการกำกับตนเองส่วนหนึ่งมาจากความชัดเจน ความสม่ำเสมอ ความแม่นยำของการสังเกต และบันทึกตนเอง ในกระบวนการสังเกตตนเองควรพิจารณา 4 ด้าน คือ ด้านการกระทำ (ในเรื่องคุณภาพ อัตราเร็ว ปริมาณหรือความริเริ่ม) ด้านความสม่ำเสมอ ด้านความใกล้เคียงและความถูกต้อง การสังเกตตนเองทำหน้าที่อย่างน้อยที่สุด 2 ประการ คือ เป็นตัวให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการกำหนดมาตรฐานของการกระทำและประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2) กระบวนการตัดสินใจ (Judgment process) การตัดสินใจต้องอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคล การเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิงทางสังคม การเปรียบเทียบกับตนเองและกลุ่ม โดยที่พฤติกรรมที่ตัดสินใจนั้นควรมีคุณค่าเพียงพอต่อความสนใจของบุคคล

3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self – reaction) การพัฒนามาตรฐานในการประเมินและทักษะในการตัดสินใจ จะนำไปสู่การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทั้งทางบวกและทางลบ มีการกำหนดรางวัลให้ตนเองหรือลงโทษ

3) แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (A Theory of Planned Behavior : TpB)

นำเสนอโดย Ajzen (2002) เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม (Social Psychology) ที่พัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen & Fishbein (1975) Ajzen มีความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลนั้นจะถูกชี้นำโดยความเชื่อ 3 ประการได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral Beliefs), ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative Beliefs), และความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม (Control Beliefs) ความเชื่อเหล่านี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมโดยผ่านเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และเจตนาในการทำพฤติกรรมซึ่งความเชื่อแต่ละตัวจะส่งผลต่อตัวแปรต่างๆ สามารถสรุปได้ดังนี้

1) ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลทางบวก ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในทางตรงข้ามหากมีความเชื่อว่า ถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลในทางลบ ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น (Attitude Toward the Behavior) และเมื่อมีทัศนคติทางบวกก็จะเกิดเจตนาหรือตั้งใจ (Intention) ที่จะแสดงพฤติกรรม

2) ถ้าบุคคลได้เห็นหรือรับรู้ว่าคุณค่าที่มีความสำคัญต่อเขา (กลุ่มอ้างอิง: Subjective Norm) ได้ทำพฤติกรรมนั้น ก็มีแนวโน้มที่จะคล้อยตามและทำตามด้วย ซึ่งบุคคลหรือกลุ่มอ้างอิงที่สำคัญแต่ละเรื่องจะขึ้นอยู่กับประเด็นเรื่องหรือพฤติกรรมที่สอดคล้องกับกลุ่มอ้างอิงนั้น

3) ถ้าบุคคลเชื่อว่ามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมในสภาพการณ์นั้นได้ และสามารถควบคุมให้เกิดผลดังตั้งใจ เขาก็มีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้น

3.5.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การควบคุมตนเองกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

บุคคลที่รับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมพฤติกรรมต่างๆ ได้สูง มีแนวโน้มที่จะมีเจตนาในการกระทำพฤติกรรมสูงตามไปด้วย และก็จะส่งผลทำให้เขามีความพยายาม มุมานะ อุตสาหะที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นสูงเช่นเดียวกัน (Ajzen, 1991) ผู้ที่มีระดับการรับรู้การควบคุมตนเองที่สูงจะช่วยลดระดับของความเครียดทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ในบุคคลที่มีระดับของการควบคุมการรับรู้ที่ต่ำจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำด้วย (Moser & Dracup, 1995) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chen, et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยโรคเยื่อหุ้มอกอักเสบที่มีคะแนนการรับรู้การควบคุมต่ำจะมีอาการของโรคที่รุนแรง มีการทำหน้าที่ของร่างกายที่ไม่ดี มีภาวะเครียดที่สูง และมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ การสร้างการรับรู้การควบคุมมีความสำคัญกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและสภาพจิตใจที่ดี โดยผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพจิตใจจากการเกิดภาวะคุกคามจากโรคหัวใจ (Moser & Dracup, 1995) หากผู้ป่วยมีการรับรู้การควบคุมที่ดีก็จะสามารถปรับปรุงการตัดสินใจกระทำในการดูแลตนเองได้ ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าได้โดยตรง ดังนั้นการรับรู้การควบคุมจึงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการดูแลตนเอง (Moser & Watkins, 2008)

และนอกจากนี้ระดับของการควบคุมการรับรู้ที่สูงจะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน, การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, ผู้ที่ติดสุรา, และในผู้สูงอายุ มีหลักฐานว่าการมีระดับควบคุมการรับรู้ที่สูงจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับปรุงผลลัพธ์ทางร่างกาย ซึ่งจะเห็นได้ในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพจากการทำผ่าตัด CABG (Anderson, 2001) การควบคุมการรับรู้เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงได้และสามารถเพิ่มขึ้นโดยการบำบัด การให้ความรู้และให้คำปรึกษา

3.5.1.3 การวัดการรับรู้การควบคุมตนเอง

Control attitude scale (CAS) (Moser & Dracup, 1995) เครื่องมือนี้มีการพัฒนาขึ้นเพื่อโดยวัดระดับความรู้สึกในการควบคุมของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหัวใจที่เป็น ประกอบด้วย 4 ข้อคำถามใช้เพื่อประเมินการรับรู้การควบคุมตนเองในผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือหลังผ่าตัดหัวใจ มาตราวัดเป็นแบบ Likert scale ประมาณค่า 5 ระดับ โดย 1= ไม่มีเลย และ 5 = มากที่สุด

คะแนนอยู่ระหว่าง 4 – 20 โดยคะแนนสูงหมายถึงมีการรับรู้การควบคุมสูง โดยผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจ 325 คน หาค่าความเที่ยงภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาค แอลฟาเท่ากับ 0.89

Perceived Control of Rhinitis Questionnaire (PCRQ) เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อวัดการรับรู้การควบคุมตนเองในผู้ป่วยโรคเยื่อจมูกอักเสบ (Rhinitis) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ สร้างขึ้นโดย Chen, et al. (2004) พัฒนามาจาก Perceived Control of Asthma Questionnaire (PCAQ) ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อคำถาม ลักษณะของข้อคำถามจะเป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับโรคหอบหืด ในแต่ละข้อคำถามได้มีการแทนที่คำว่า “โรคหอบหืด” โดยคำว่า “สภาพของช่องจมูก (nasal condition)” ในคำถามจำนวน 11 ข้อ ได้ตัดคำถามออกไป 4 ข้อเพราะว่ามีค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับโดยรวม (item total correlation) น้อยกว่า 0.2 และได้เพิ่มคำถามเข้าไปใหม่ 1 ข้อ (เอามาจาก The Arthritis Helplessness Index) ทดสอบค่าความเที่ยงภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค แอลฟาเท่ากับ 0.89 ใช้มาตรวัด Likert scale ประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 8 - 40 คะแนนที่สูงหมายถึงมีการรับรู้การควบคุมที่ดี

The Anxiety Control Questionnaire (ACQ) สร้างโดย Rapee et al. (1996 cited in Feldner & Hekmat, 2001) ประกอบด้วย 30 ข้อคำถาม ใช้เพื่อประเมินการรับรู้การควบคุมตนเองที่มีต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ใช้มาตรวัด Likert scale ประมาณค่า 6 ระดับ (0 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วง 0 – 150 คะแนนที่ต่ำหมายถึงมีการรับรู้การควบคุมที่ต่ำ ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา = 0.87 และนำมาทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีทดสอบซ้ำที่ 1 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = 0.88 และที่ 1 เดือนได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = 0.82

Pearlin & Schooler (1978 cited in Bailis et al., 2001) ได้สร้างเครื่องมือวัดการรับรู้การควบคุมตนเอง ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามใช้วัดการตอบสนองการรับรู้การควบคุมต่อเหตุการณ์ที่มีความสำคัญในชีวิต มาตรวัดเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ โดย 0 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง 4 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนที่สูงหมายถึงมีระดับการรับรู้การควบคุมที่ดี โดยแบบสอบถามได้นำมาทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค แอลฟา = .76

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถาม Control attitude scale (CAS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดในผู้ป่วยโรคหัวใจโดยเฉพาะ จึงมีความเหมาะสมที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

3.5.2 การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Cognitive Status)

คำว่า "พุทธิปัญญา" (Cognitive) ทางจิตวิทยาเป็นศัพท์ที่แทนการรู้คิดหรือการคิดทุกชนิด ตั้งแต่ความใส่ใจ(attending), การรับรู้(perception), การระลึกได้หรือจำได้ (remembering), การคิดอย่างมีเหตุผล(reasoning), การจินตนาการหรือการวาดภาพในใจ(imaging), การคาดการณ์ล่วงหน้าหรือการมีแผนรองรับกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น(anticipating), การตัดสินใจ(deciding) การแก้ปัญหา(problem solving) การสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็น นอกจากนี้ พุทธิปัญญายังรวมถึงกระบวนการทางจินตนาการสิ่งต่างๆที่อยู่รอบๆตัว เช่น การจัดกลุ่มสิ่งต่างๆ(classifying,) และการตีความหมาย(interpreting) กระบวนการเหล่านี้เป็นกระบวนการที่เราคิดในใจเหมือนกับความฝันและจินตนาการต่างๆ รวมทั้งเนื้อหาของกระบวนการเหล่านี้เช่น ความคิดรวบยอด(concepts) ความจริง(facts) และความจำ (กุญชรี้ คำชาย, 2540) ซึ่งพอจะสรุปได้ว่ากรู้คิดคือ กระบวนการทำงานของสมองด้านปัญญาระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับความรู้ เซาว์ปัญญา ความฉลาด จินตนาการ การรับรู้ เรียนรู้ ความจำ การทำความเข้าใจ การคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล การวางแผน การแก้ปัญหาการใช้สัญลักษณ์ การคิดฝัน โดยมีการจำแนกข้อมูลของสิ่งเร้าจากภายนอกและภายในร่างกายและมีการดัดแปลงข้อมูลในการแสดงออกอย่างเหมาะสม

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเป็นกระบวนการทางปัญญาระดับสูงและผลที่เกิดจากกระบวนการนั้น ซึ่งรวมถึงความรู้ เซาว์ปัญญา ความคิด จินตนาการ ความคิดสร้างสรรค์ การวางแผน การใช้เหตุผล การอนุมาน การแก้ปัญหา การใช้สัญลักษณ์ และการคิดฝัน (เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์, 2536) การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเป็นความสามารถของบุคคลในการคิด การเรียนรู้ ความจำ ความสนใจ และทักษะในการแก้ปัญหา (Wolfe et al., 2006) การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีผลต่อกระบวนการรับรู้ข้อมูล, ความสนใจ, การเรียนรู้และความจำ, การทำหน้าที่ในการใช้เหตุผลและตัดสินใจ (การคิดอย่างยืดหยุ่นและการคิดอย่างมีเหตุผล) ทักษะในการมองเห็นช่องว่างและการมองเห็นโครงสร้างความสามารถทางด้านจิตวิญญาณ ทักษะในการรับรู้ และภาษา ซึ่งทุกหน้าที่มีความจำเป็นต่อการดูแลตนเอง (Mooser & Watkin, 2008)

3.5.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การเสียหายที่ด้านการรู้คิดจะทำให้เกิดความล้มเหลวในการดูแลตนเองเมื่อเกิดปัญหา ในการตัดสินใจกระทำในสถานการณ์ที่มีซับซ้อน เช่น การจำแนกอาการได้โดยเร็วและอธิบายอาการที่เกิดขึ้น เป็นต้น ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดกับการทำพฤติกรรมจะเกิดขึ้นจากสถานการณ์ซึ่งมา

จากประสบการณ์โดยตรงที่มีอิทธิพลกับทัศนคติของบุคคล เช่น เมื่อมีอาการปรากฏขึ้นแล้วสามารถบรรเทาลงได้ด้วยกรับประทานยา ก็จะทำให้ทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อการรับประทานยาจะมีผลต่อพฤติกรรมกรับประทานยาของผู้ป่วยด้วย ซึ่งความสัมพันธ์การรู้คิดกับพฤติกรรมไม่สามารถที่จะนำมาทำนายได้เพราะว่ายังมีปัจจัยอื่นอีกที่มีผล เช่น ปัจจัยด้านสถานการณ์ ลักษณะของบุคคลที่แตกต่างกัน, ความเชื่อ คุณค่า เป้าหมาย และความรู้ (Riegel, Carlson, & Glaser, 2000)

มีการศึกษาเปรียบเทียบบุคคลที่มีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่สูงกับบุคคลที่มีระดับของความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่ำตั้งแต่ในช่วงต้นของชีวิต พบว่าผู้ที่มีระดับของการรู้คิดต่ำมักจะจะเป็นผู้ที่สูบบุหรี่และมีจำนวนน้อยที่เลิกสูบบุหรี่ เป็นผู้มีน้ำหนักเกินในช่วงวัยผู้ใหญ่ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้ มักจะมีความดันโลหิตอยู่ในระดับสูง และเป็นผู้ที่ดื่มสุรามาก และพบว่าผู้ที่มีความสามารถด้านการรู้คิดลดลงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Hemmingson et al., 2007) มีรายงานว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัด CABG มากกว่าร้อยละ 50 มีการสูญเสียการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด Newman et al. (2001) และ Rosengart et al. (2005) ได้ศึกษาการเสียหายหน้าที่การรู้คิดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการได้รับการผ่าตัด CABG หรือ PCI เปรียบเทียบกับหลังได้รับการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียหายทำหน้าที่ของสมอง และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การสูญเสียหน้าที่ด้านการรู้คิดทำให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล เพิ่มวันนอนในโรงพยาบาล

3.5.2.2 เครื่องมือที่ใช้วัดการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

Mini – mental State Examination (MMSE) เป็นแบบทดสอบที่ใช้ ประเมินประสิทธิภาพการทำงาน of สมองและระบบประสาท (neuropsychiatric evaluation) ที่พัฒนาโดย Folstein et al. (1975 อ้างถึงใน นงนภัส พันธุ์แจ่ม, 2549) เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากสามารถวัดการทำงานของสมองทั้ง 2 ซีก ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 10 นาที ใช้ได้ดีในการประเมินขนาดความรุนแรงของ Cognitive Function ที่บกพร่อง ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ 1) สภาพจิตใจ คือ การแนะนำให้รู้จักสถานที่ บุคคล เวลา 2) ความจำและการระลึกได้ คือ สมรรถนะและการคำนวณ ภาษา ปฏิกริยาตอบสนอง 3) ความสามารถในการเลียนแบบ มีทั้งหมด 19 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน มีจุดตัดคะแนนที่ 24 คะแนน หากผู้ป่วยได้ระดับคะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน แสดงว่ามีภาวะสมองเสื่อม

The Wisconsin Card Sorting Test (WCST) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Heaton (1981) ประเมินการทำหน้าที่การรู้คิด (cognition) และการทำงานของสมองระดับสูง (Executive Functioning) รวมทั้งการคิดแบบยืดหยุ่นและความสามารถในการแก้ปัญหา ประเมินโดยการใช้ Cards ที่จัดเป็นชุดประกอบด้วย Cards ที่มี สี รูปร่าง และจำนวนต่างๆ กัน Hanks (1999) ได้นำมาหาความสัมพันธ์ด้วยการวัดการกลับสู่ชุมชนและระดับความพิการ ได้ค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -0.32 ถึง -0.42 ตามลำดับ แบบประเมินนี้จึงตอบสนองต่อการประเมินด้านการรู้คิดและการตัดสินใจได้ในระดับปานกลาง

Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) พัฒนาขึ้นโดย Randolph et al. (1998) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด 5 ด้าน คือ ความจำระยะสั้น (immediate memory), ความสามารถในการมองเห็น (visual constructional), ภาษา (language), ความสนใจ (attention) และ ความจำระยะยาว (delay memory) ทดสอบค่าความเที่ยงโดยรวมของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาช = 0.80

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบสอบถาม Thai Mini – mental State Examination (TMSE) ฉบับที่ อัญชุลี เตมีย์ประดิษฐ์, วรัญ ตันชัยสวัสดิ์, ชุมศรี หังสพฤกษ์, และ อ้อมทิพย์ พันธุ์ศิริ (2533) นำมาแปลเป็นภาษาไทย ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน 11 ข้อคำถาม ทดสอบ 6 ด้าน คือ orientation, registration, attention, calculation, recall, และ language มีความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับร้อยละ 97.22 และ 95.45 ตามลำดับ จะเป็น cut – off point ที่ดี และที่คะแนน ≥ 21 มีความเห็นพ้องกับการวินิจฉัยทางคลินิกร้อยละ 96.25 โดยที่ความเห็นพ้องนี้เกิดนอกเหนือความบังเอิญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$ มีค่า kappa = 0.924 และมี 95% confidence interval อยู่ระหว่าง 0.8406 ถึง 1.0082 ซึ่งแบบทดสอบนี้ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาให้เหมาะสมสำหรับการนำมาใช้ในผู้ป่วยไทยโดยเฉพาะ

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.6 ปัจจัยภายนอก

3.6.2 การสนับสนุนทางสังคม

3.6.2.1 ความหมายและชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

Sarason, Levine, Basham, & Sarason (1983) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็น การมีอยู่หรือได้รับประโยชน์จากบุคคลผู้ซึ่งสามารถพึ่งพาได้ (ผู้ที่สามารถดูแลโดยให้คุณค่าและความรัก)

Brandt & Weinert (1985) ซึ่งใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) ได้ให้ความหมายว่าเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม โดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่างๆ เช่น ความรักใคร่ผูกพันที่ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย และเป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการให้คำแนะนำ (Assistance and Guideline) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) ความมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of worth) และยังรวมถึงการเอื้อประโยชน์แก่ผู้อื่น หรือการมีโอกาสดูแลเลี้ยงดูผู้อื่น การสนับสนุนทางสังคมเป็นความรักใคร่ผูกพันระหว่างบุคคลต่อบุคคลซึ่งช่วยเหลือประคับประคองกันและส่งผลให้มีความสามารถในการปรับตัวเพิ่มขึ้น

สมจิต หนูเจริญกุล (1988) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือทางด้านร่างกายและจิตใจ การแนะนำหรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่นตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล

Pender (2000) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นโดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบสังคมนั่นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

อาจสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม คือ กลุ่มที่เอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกและการกระทำ เป็นฝ่ายให้การช่วยเหลือในรูปแบบของการให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ตักเตือน การรับฟังปัญหา แลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การช่วยเหลือทางสังคมอาจให้การสนับสนุนด้วยสิ่งของ ช่วยด้านการเงิน การอำนวยความสะดวก การจัดหาเอกสารสื่อความรู้ แนวทางการปฏิบัติ เพื่อให้มีความเชื่อมั่นในการเผชิญปัญหา แก้ปัญหาและดูแลตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มช่วยเหลือทางสังคมของผู้ป่วย เช่น คนในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน หรือจะเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ

Cobb (1976) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การได้รับความรักและการเอาใจใส่ดูแล ซึ่งมักได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและความผูกพันที่ลึกซึ้งซึ่งต่อกัน

2. การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่ย้ำให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นคนที่มีความเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3. การได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

สมจิต หนูเจริญกุล (1988) ได้แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด

1. การให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ทำให้เขารู้สึกว่าได้รับความรักหรือความเอาใจใส่

2. การช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องต่างๆ

3.1.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งเร้าร่วมทำให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ของร่างกายที่ดีขึ้น จากการศึกษาของ Haiyen (1997 อ้างถึงใน วรณีย์ จิวส์พิงศ์, 2550) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยรับการช่วยเหลือด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรค แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย และจะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้อาจได้มาจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น และจากการศึกษาของ Sayer et al. (2008) เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวกับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีแล้ว ยังทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา การควบคุมอาหารและการเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยด้วย แต่จากการศึกษาของ Chriss et al. (2004) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

3.6.1.3 เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม

Personal Resource Questionnaire (PRQ) สร้างขึ้นโดย Brandt & Weinert (1981) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตที่ทำให้บุคคลต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ของบุคคลและความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์เหล่านั้น 2) เป็นการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิด Weiss มี 25 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 7 ระดับ โดยข้อความด้านบวกจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 7 คะแนน ส่วนข้อความด้านลบต้องกลับค่าคะแนน โดยคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 25 - 175 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากทดสอบความเที่ยงด้วยการวัดซ้ำห่างกันเป็นระยะ 6 สัปดาห์ ในปี ค.ศ.1987 ได้ค่าอัลฟา 0.72 และการหาความคงที่ภายในได้ค่าอัลฟาอยู่ในช่วง 0.85 - 0.93 ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่าความสามารถอธิบายความแปรปรวนได้อยู่ในช่วง 43.4% - 48.9% รวมทั้งทดสอบความตรงจำแนกกับเครื่องมือ The Profile of Mood State (POMS) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง - 0.28 ถึง - 0.48

Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลในปี ค.ศ.1981 ตามแนวคิดของ Kahn เพื่อวัดความหลากหลายมิติของโครงสร้างการสนับสนุนทางสังคม เป็นคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวหรือการจัดการตนเองแบบสั้นๆ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1) การประเมินหน้าที่หรือการทำหน้าที่ (Function aspects) คือ ประเมินการได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด ความเห็นพ้องยืนยันพฤติกรรมของบุคคลและการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2) การสูญเสียเครือข่าย (Network Loss) คือ ประเมินสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมซึ่งเป็นผู้ให้การสนับสนุนหรือช่วยเหลือที่สำคัญในปัจจุบัน

มาตรวัดที่ใช้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นจริง ถึง 5 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นจริงมากที่สุด ผ่านการหาค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำได้ค่าอัลฟา 0.85 - 0.92 หาค่าความคงที่ภายในได้ค่าอัลฟาไม่ต่ำกว่า 0.89 และทดสอบความตรงโดยการหาความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ ด้วยการหาค่าความตรงตามสภาพร่วมกับ Social Support Questionnaire ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.31 - 0.56

Social Support Questionnaire (SSQ) ได้รับการพัฒนาและทดสอบโดย Sarason, Levine, Basham, & Sarason (1983) ใช้วัดจำนวนการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับและความพึงพอใจในการ

สนับสนุนทางสังคมที่มีหรือหามาได้ ซึ่งประกอบด้วยความสัมพันธ์ส่วนบุคคลการปรับตัวหรือการจัดการและการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มี 27 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามจะประกอบด้วยบุคคลที่สามารถพึ่งพาและความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับ โดยคำตอบจะเป็นมีหรือไม่มี และถ้าตอบว่ามีจะต้องประเมินความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับการสนับสนุนนั้น เป็นมาตราส่วนประมาณค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง พึ่งพอใจมาก ไปจนถึง 6 คะแนน หมายถึง ไม่พึ่งพอใจมาก ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ 0.94 และการวัดซ้ำห่างกัน 4 สัปดาห์ ได้ค่าแอลฟา 0.83 - 0.90 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับโดยรวม (item – total correlation) อยู่ในช่วง 0.48 - 0.72 และมีค่าความคงที่ภายในสูง

The ENRICHD Social Support Instrument (ESSI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ประเมินลักษณะของการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ อารมณ์(emotional), การให้ข้อมูล (information), เครื่องมือ(instrumental) และการประเมิน(appraisal) ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจ ในข้อคำถามที่ 1 – 6 มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา ส่วนข้อคำถามที่ 7 เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ใช่และไม่ใช่ โดยในคำถามข้อที่ 7 ไม่นำมาคิดคะแนน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ The ENRICHD Social Support Instrument (ESSI) ที่พวงผกา กรีทอง (2550) นำมาแปลเป็นภาษาไทย

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุเพียร เปรมปราโมทย์ (2540) ศึกษาความรู้และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 22 คน ที่คลินิกโรคหัวใจ ไม่จำกัดเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม ถึง 30 มีนาคม 2539 ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของผู้ป่วยโดยรวม ร้อยละ 45 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 27 คะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ข้อคำถามเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมีผู้ตอบมากที่สุด ส่วนคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยรวม ร้อยละ 72 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 18 อยู่ในระดับดี และร้อยละ 5 อยู่ในระดับต่ำ การดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค อยู่ในระดับดี ส่วนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาการเจ็บหน้าอก และกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้และการดูแลตนเองไม่สัมพันธ์กับเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล ยกเว้นการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับสถานภาพการสมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิริลักษณ์ ศรีประสงค์ (2543) การศึกษาการทำกิจกรรมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะหกสัปดาห์แรกภายหลังออกจากโรงพยาบาล พบว่าในระยะหกสัปดาห์หลังจากออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจมีการทำกิจกรรมไม่เหมาะสม โดยในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ลักษณะการทำกิจกรรมของผู้ป่วยทำให้เกิดความเสี่ยงต่ออาการกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ในสัปดาห์ที่ 6 การทำกิจกรรมก่อให้เกิดความเสี่ยงต่ออาการร่างกายเสื่อมสภาพ โดยผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 26.70 - 40 และอาการเหนื่อย ร้อยละ 60 - 80 ภายหลังหรือระหว่างการทำกิจกรรม อายุและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพศมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในสัปดาห์ที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญ

เพลินดา พิพัฒน์สมบัติ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดขาซ้าย ณ. วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยที่มารับบริการมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วย 3) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ (2549) ได้ศึกษารูปแบบความสม่ำเสมอในการดูแลตนเอง: การทดสอบเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และประสบการณ์ในอดีต สามารถอธิบายและทำนายความสม่ำเสมอในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้ 70% การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลทางบวกต่อความสม่ำเสมอในการดูแลตนเอง ($\beta = 0.72, p < .001$) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\gamma = 0.41, p < .001$) และมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อความสม่ำเสมอในการดูแลตนเอง ($\gamma = 0.12, p < .001$) นอกจากนี้ประสบการณ์ในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ($\gamma = 0.71, p < .001$)

จอม สุวรรณโณ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, Barbara Riegel, และแสงอรุณ อิศระมาลัย (2550) ได้ศึกษาเพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างองค์ประกอบด้านลักษณะส่วนบุคคล (เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา และรายได้) ลักษณะความเจ็บป่วย (ระยะเวลาการเจ็บป่วย, ระดับความรุนแรงของโรค และโรคร่วม) ความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง กับภาวะสุขภาพ ในโมเดลสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ผลการวิจัยพบว่าในโมเดลที่ปรับแล้วสามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้สอดคล้องข้อมูลเชิงประจักษ์ ชุดของตัวแปรในโมเดลร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 64 ปัจจัยด้านอายุมีอิทธิพลโดยตรงทางลบ ($\beta = -0.20, p < 0.01$) และอิทธิพลโดยอ้อมทางลบต่อการคงภาวะสุขภาพผ่านความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและโรคร่วม ($\beta = -0.13, p < 0.01$) การศึกษามีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อภาวะสุขภาพ ($\beta = 0.15, p < 0.01$) เพศและรายได้มีอิทธิพลโดยอ้อมทางลบต่อภาวะสุขภาพผ่านระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ($\beta = -0.05; -0.05, p < 0.05$) ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อภาวะสุขภาพผ่านความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง ($\beta = 0.09, p < 0.05$) ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและโรคร่วมมีอิทธิพลโดยตรงทางลบ ($\beta = -0.31, -0.16, p < 0.01$ ตามลำดับ) และอิทธิพลโดยอ้อมทางลบต่อภาวะสุขภาพผ่านความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง ($\beta = -0.06; -0.05, p < 0.05$ ตามลำดับ) และความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อภาวะสุขภาพ ($\beta = 0.38, p < 0.01$) ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

จอม สุวรรณโณ, เรวดี เพชรศิริลักษณ์, ปุณยวีร์ ประเสริฐไทย, อรุณศรี จันทร์ประดิษฐ์, และวงรัตน์ ไสสุข (2551) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยได้ประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยในทั้ง 3 ด้าน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีการดูแลตนเอง

เพื่อคงภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี การดูแลตนเองเพื่อรักษาอาการและความมั่นใจในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับพอใช้ สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมแล้วอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งให้เห็นว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต้องการพัฒนาสมรรถนะการดูแลตนเองในทุกๆ ด้าน

Jarmasama et al. (1995) ได้ทำการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคหัวใจในระยะของการพักฟื้น โดยการสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการในระยะพักฟื้น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 82 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี 23 ราย และผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 35 ราย ศึกษาภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem มาใช้ในการจำแนกปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งสามารถสรุปปัญหาได้ตามกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด 13 เรื่อง และเกือบทุกเรื่องจะพบปัญหา รู้สึกไม่แน่นอนในสิ่งต่างๆ ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง รู้สึกไม่แน่ใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ไม่แน่ใจเกี่ยวกับการตรวจทางห้องทดลองและผลการทดลอง ไม่แน่ใจในอนาคต ไม่แน่ใจเกี่ยวกับการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม กล่าวคือไม่แน่ใจว่ากิจกรรมใดสามารถกระทำได้และ กิจกรรมใดที่ห้ามกระทำ สาเหตุนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกไม่แน่นอนในสิ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเองขาดความมั่นใจในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

Rockwell & Riegel (2001) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจวาย โดยศึกษาตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา อายุ เพศ และฐานะทางเศรษฐกิจ ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาและการรับรู้ความรุนแรงของอาการ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ ร้อยละ 10.3

Chriss, Sheposh, Carlson, & Riegel (2004) ศึกษาการทำนายความสำเร็จของการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง 3 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โดยผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาและความรุนแรงของโรคสามารถทำนายการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุชายที่มีโรคร่วมน้อยจะประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพใน 3 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย



ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า, และการทำหน้าที่ของร่างกาย ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด, การรับรู้การควบคุมตนเอง, และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยในกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันประกอบด้วย อาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (Unstable angina) กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ทั้งชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Q – wave และไม่มี Q – wave ที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ โดยไม่จำกัดเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยในกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันประกอบด้วย อาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (Unstable angina) กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ทั้งชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Q – wave และไม่มี Q – wave ที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ โดยไม่จำกัดเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndrike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N = 10K + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}, K = \text{จำนวนตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$N = (10 \times 7) + 50$$

$$= 120 \quad (\text{การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 ราย})$$

2. กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้
 - 2.1 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคในกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป
 - 2.2 อายุ 20 ปีขึ้นไป
 - 2.3 ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย
 - 2.4 ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น การพูด และการฟัง
 3. กำหนดเกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือมีความเสี่ยงสูง เช่น ภาวะช็อกจากหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่รุนแรง เช่น PVC ที่ไม่สามารถควบคุมได้หรือมีการนำไฟฟ้าชดชั่งชนิดสมบรูณ์ อาการเจ็บหน้าอก การอักเสบที่เยื่อหุ้มหัวใจ ในขณะที่ติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล
 4. สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคในกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรีตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ดังนี้
 - 4.1 ทำการสุ่มโดยการจัดลำดับการมารับบริการตรวจรักษาในวันและเวลาคลินิกโรคหัวใจเปิดให้บริการ และเป็นวันที่ได้รับอนุญาตให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล
 - 4.2 ศึกษาแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มารับการตรวจเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด
 - 4.3 กำหนดช่วงที่ใช้ในการสุ่ม คือ 5 คน ให้ได้กลุ่มตัวอย่างวันละ 4 – 5 คน/แห่ง โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 12 สัปดาห์ในช่วงเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน 2552 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 140 คน
- การสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การวินิจฉัยโรค และโรคร่วม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การวินิจฉัยโรค และโรคร่วม

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน) N = 140	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	83	59.30
หญิง	57	40.70
สถานภาพสมรส		
โสด	6	4.30
คู่	123	87.90
หม้าย/หย่า/แยก	11	7.80
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	9	6.40
ประถมศึกษา	95	67.90
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	6.40
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	9	6.40
อนุปริญญา/ปวส.	14	10
ปริญญาตรี	4	2.90
รายได้		
ไม่มีรายได้	57	40.70
น้อยกว่า 2,000 บาท	2	1.40
2,001 – 5,000 บาท	15	10.70
5,001 – 10,000 บาท	38	27.10
10,001 บาทขึ้นไป	28	20.00
การวินิจฉัยโรค		
Unstable Angina (UA)	38	27.10
NSTEMI	75	53.60
STEMI	27	19.30

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน) N = 140	ร้อยละ
โรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	14	10.00
มีโรคร่วม 1 โรค	55	39.30
มีโรคร่วม 2 โรค	48	34.30
มีโรคร่วม 3 โรค	23	16.40

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ซึ่งข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม และชนิดของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยใช้แบบบันทึกระดับความสามารถในการทำกิจกรรม New York Heart Association (NYHA) ตามการจำแนกของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งนิวยอร์กที่บัญญัติไว้ในปี พ.ศ.2507 เป็นการแบ่งระดับของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคหัวใจตามสมรรถภาพของหัวใจต่อความทนในการทำกิจกรรมเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ คือถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะไม่มีอาการอ่อนเพลีย ในเดิน หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 2 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย ไม่มีอาการเมื่อพัก แต่ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะทำให้อ่อนเพลีย ในเดิน หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 3 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ชัดเจน คือถ้ามีกิจกรรมซึ่งน้อยกว่ากิจกรรมตามปกติ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ทำให้อ่อนเพลียใจเดิน หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกแต่จะสุขสบายเมื่อได้พักหรืออยู่เฉย

ระดับที่ 4 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้โดยปราศจากความไม่สุขสบาย แม้ในขณะที่พักยังมีอาการของการทำงานของหัวใจไม่เพียงพอ หรือมีอาการเจ็บหน้าอกและไม่ว่าจะทำกิจกรรมเล็กๆ น้อยๆ อาการไม่สุขสบายหอบเหนื่อยจะเพิ่มขึ้น

แบบสอบถามการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นแบบเติมค่าลงในช่องว่าง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ลงบันทึกเอง จากการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่แพทย์ได้ลงบันทึกการประเมินระดับการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยแต่ละคนไว้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES – D) ของ Radloff (1977) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ คือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นอีก 2 ข้อ ผู้ป่วยจะถูกสอบถามว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 คะแนน คะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

0 = ไม่เลย	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย (< 1 วัน/สัปดาห์)
1 = นานๆครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1 – 2 วัน / สัปดาห์
2 = ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3 – 4 วัน / สัปดาห์
3 = บ่อยครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5 – 7 วัน / สัปดาห์

สำหรับข้อคำถามด้านตรงข้ามซึ่งมีความรู้สึกในทางบวก คือ ข้อ 4, 8, 12 และ 16 ให้คะแนนตรงกันข้าม ดังนี้

3 = ไม่เลย	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย (< 1 วัน/สัปดาห์)
2 = นานๆครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1 – 2 วัน / สัปดาห์
1 = ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3 – 4 วัน / สัปดาห์
0 = บ่อยครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5 – 7 วัน / สัปดาห์

ศูนย์วิทยุโทรพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามภาวะซึมเศร้ามาตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ จำนวน 30 คน ซึ่งมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลชลบุรี แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้เท่ากับ .93 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้เท่ากับ .91

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านรู้คิด ประเมินโดยใช้ Thai mini – mental status examination (TMSE) ที่นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยอัญชุลี เตมีย์ประดิษฐ์, วรัญ ตันชัยสวัสดิ์, ชุมศรี หังสพฤกษ์, และอ้อมทิพย์ พันธุ์ศิริ.(2533) และได้พัฒนาขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับการนำมาใช้ในคนไทย แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับร้อยละ 97.22 และ 95.45 ตามลำดับ จะเป็น cut – off point ที่ดีที่คะแนน ≥ 21 มีความเห็นพ้องกับการวินิจฉัยทางคลินิกร้อยละ 96.25 โดยที่ความเห็นพ้องนี้เกิดนอกเหนือความบังเอิญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$ มีค่า kappa = 0.924 และมี 95% confidence interval อยู่ระหว่าง 0.8406 ถึง 1.0082

แบบประเมินนี้ประกอบไปด้วยคำถาม 5 ส่วน มีทั้งหมด 11 ข้อคำถาม คะแนนเต็มทั้งหมด 30 คะแนน โดยคำถาม 4 ส่วนแรกเป็นส่วนที่ตอบด้วยคำพูดเท่านั้น มีคะแนนเต็ม 21 คะแนน ประกอบไปด้วย

- 1) คำถามสำหรับตรวจสอบการรับรู้ วัน, เวลา, สถานที่ และบุคคล (Orientation)
- 2) คำถามสำหรับตรวจสอบ registration ให้พูดตามชื่อของ 3 สิ่ง
- 3) คำถามสำหรับตรวจสอบความสนใจ (attention) และการคิดคำนวณ (calculation) โดยให้คิดเลขหรือพูดทวนอักษร
- 4) คำถามสำหรับตรวจสอบการทบทวนความจำ (recall)

อีก 1 ส่วนที่เหลือมีคะแนนเต็ม 9 คะแนน เป็นคำถามสำหรับตรวจสอบความสามารถในการใช้ภาษา (language) เช่น ให้เรียกชื่อสิ่งของ ทำตามคำสั่งที่บอกและที่เขียน ให้เขียนประโยค และให้ลอกรูป 5 เหลี่ยมสองรูปซึ่งซ้อนกัน 1 มุม

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENRICH Social Support Questionnaire) ซึ่งเป็นแบบสอบถามฉบับที่ พวงผกา กรีทอง (2550) นำมาแปลเป็นภาษาไทย แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ประเมินลักษณะของการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ อารมณ์(emotional), การให้ข้อมูล(information), เครื่องมือ(instrumental) และการประเมิน(appraisal) ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจ ในข้อคำถามที่ 1 – 6 มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา มีคะแนนเต็มทั้งหมด 30 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่ 7 เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ใช่และไม่ใช่ โดยในคำถามข้อที่ 7 ไม่นำมาคิดคะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

1 = ไม่มี	หมายถึง ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย < 1 วัน/สัปดาห์
2 = มีบ้างเล็กน้อย	หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1 – 2 วัน / สัปดาห์
3 = บ้างครั้ง	หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3 – 4 วัน / สัปดาห์
4 = เกือบตลอดเวลา	หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5 – 6 วัน / สัปดาห์
5 = ตลอดเวลา	หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 7 วัน / สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมมาตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์จำนวน 30 คน ซึ่งมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลชลบุรี แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .85 และเมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้เท่ากับ .90

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้การควบคุมตนเอง เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยแปลมาจากแบบสอบถาม Control Attitude Scale ของ Moser & Dracup (1995) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดเฉพาะในผู้ป่วยโรคหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 นำค่าคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนเต็มทั้งหมด 20 คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 11 คะแนน ถือว่ามีการรับรู้การควบคุมตนเองในระดับสูง

เกณฑ์การให้คะแนน มีมาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 = มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการควบคุมตนเองของท่านมากที่สุด
4 = มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการควบคุมตนเองของท่านมาก
3 = ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการควบคุมตนเองของท่านปานกลาง
2 = น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการควบคุมตนเองของท่านน้อย
1 = ไม่มีเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับการควบคุมตนเองของท่าน

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการรับรู้การควบคุมตนเอง

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบประเมินการรับรู้การควบคุมตนเองไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

(Content Validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

- 1) อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจจำนวน 2 คน
- 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 3 คน

2.2 นำแบบประเมินการรับรู้การควบคุมตนเองที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index ≥ 0.80 (Polit & Hunger, 1999) โดยคำนวณค่า CVI จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2547: 224)

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

$$\text{สูตรการคำนวณ CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการดูแลตนเอง เท่ากับ 1.00

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

นำแบบสอบถามการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมาตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์จำนวน 30 คน ซึ่งมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลชลบุรี แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .70 และเมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้เท่ากับ .77

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างโดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม The self-care of heart failure index ของ Riegel et al (2004) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จอม สุวรรณโณและคณะ (2551) ประกอบด้วยข้อความที่สอดคล้องกับการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ครอบคลุมการดูแลตนเองทั้งหมด 3 ด้าน รวม 26 ข้อคำถาม ดังนี้

1) ด้านการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ 15 ข้อ ข้อที่ 1 – 15 โดยข้อคำถามในแบบสอบถามจะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตามความถี่หรือระดับการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้แก่

- | | | |
|---------------|---------|---|
| 1 = ไม่เลย | หมายถึง | ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย |
| 2 = นานๆครั้ง | หมายถึง | มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นประมาณ 1 วัน/สัปดาห์ |
| 3 = บ่อย | หมายถึง | มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นประมาณ 3 – 5 วัน/สัปดาห์ |
| 4 = เสมอ | หมายถึง | มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นประมาณ 6 – 7 วัน/สัปดาห์ |

2) ด้านการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ 7 ข้อ ข้อที่ 16 – 22 ในข้อคำถามที่ 16 และจะเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามความเร็วในการประเมินอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น

ในข้อที่ 17 – 21 จะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตามความถี่หรือระดับการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้แก่

1 = ไม่เลย	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย
2 = นานๆครั้ง	หมายถึง	มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นประมาณ 1 วัน/สัปดาห์
3 = บ่อย	หมายถึง	มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นประมาณ 3 – 5 วัน/สัปดาห์
4 = เสมอ	หมายถึง	มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นประมาณ 6 – 7 วัน/สัปดาห์

ส่วนในข้อที่ 22 จะเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามความแน่ใจในผลลัพธ์ของวิธีการที่ใช้ในการบรรเทาอาการ ดังนี้

3) ด้านความมั่นใจในการดูแลตนเอง 4 ข้อ ข้อที่ 23 – 26 จะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตามความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากแต่ละข้อย่อยของทั้ง 3 ด้านมีคะแนนไม่เท่ากันจึงต้องปรับค่าคะแนนเต็มแต่ละด้านเป็นฐาน 100 คะแนนเท่ากัน รวมคะแนนเต็ม 300 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงว่าผู้ป่วยยิ่งดูแลตัวเองได้ดี

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งคะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันออกเป็น 4 ระดับ จากฐานคะแนนเต็ม 100 (จอม สุวรรณโณ และคณะ, 2551) ดังนี้

1 – 25	=	การดูแลตนเองต้องปรับปรุงแก้ไข
26 – 50	=	การดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้
51 – 75	=	การดูแลตนเองอยู่ในระดับดี
76 – 100	=	การดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

- 1) อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจจำนวน 2 คน
- 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 3 คน

1.2 นำแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index ≥ 0.80 (Polit & Hunger, 1999: 419) โดยคำนวณค่า CVI จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2547: 224)

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

$$\text{สูตรการคำนวณ CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.84

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนำมาตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์จำนวน 30 คน ซึ่งมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลชลบุรี แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยในฉบับรวมได้เท่ากับ .78 ในด้านการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ = .77 ด้านการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ ได้เท่ากับ .72 และความมั่นใจในการดูแลตนเอง .75 เมื่อนำไปทดลองใช้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ตามลำดับ ดังนี้ .85, .75, .84 และในฉบับรวมได้เท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เป็นขั้นตอนดังนี้

1. นำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ทำหนังสือขออนุมัติทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง
3. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. สํารวจรายชื่อผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด
5. แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย กรณีผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง และยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจ จึงให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย
6. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนเข้าใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 – 45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา
7. เมื่อผู้ป่วยทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อคำถาม หากผู้ป่วยตอบไม่ครบถ้วน จะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบและซักถามเพิ่มเติม

ดำเนินการดังเช่นข้อ 5 – 7 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละโรงพยาบาล

ศูนย์วิจัยทางการแพทย์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในขั้นตอนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยเข้าแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ กับกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยและชี้แจงให้ว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ และโรงพยาบาลแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้เซ็นยินยอมโดยไม่มีการบังคับใดๆ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่างจะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างและต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาลแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำหนดรหัสข้อมูลของแบบสอบถามเพื่อนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์สำเร็จรูป ดังนี้

1.1 ศึกษาภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้การควบคุมตนเอง การดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของร่างกาย กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยการโดยใช้สถิติสเปียร์แมน (Spearman's Rho) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบที่ระดับ .05

1.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ อายุ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ภาวะซึมเศร้า การรับรู้การควบคุมตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเองโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า, และการทำหน้าที่ของร่างกาย ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด, การรับรู้การควบคุมตนเอง, และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ และหลอดเลือด ของโรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 140 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ตอนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า, และการทำหน้าที่ของร่างกาย ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด, การรับรู้การควบคุมตนเอง, และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 การศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในด้านการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ, ด้านการจัดการอาการ และด้านความมั่นใจในการดูแลตนเอง นำเสนอในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 140)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับ
การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ	71.48	11.32	ดี
การจัดการอาการ	63.82	13.27	ดี
ความมั่นใจในการดูแลตนเอง	57.72	12.24	ดี

จากตารางที่ 2 พบว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับดี โดยด้านการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ, ด้านการจัดการอาการ และด้านความมั่นใจในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีเช่นกัน (\bar{X} = 71.48, 63.82, และ 57.72 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ
จำแนกตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 140)

รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การลดและควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน	65.00	21.58	ดี
2. การรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้	75.36	15.86	ดี
3. การลดปริมาณเกลือ น้ำปลา และเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม	72.14	20.36	ดี
4. การจำกัดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและมีโคเลสเตอรอลสูง	67.67	20.66	ดี
5. การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารและผลไม้ที่มีรสหวานจัด	70.00	18.77	ดี
6. การไม่สูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ที่มีผู้สูบบุหรี่	70.54	25.84	ดี
7. การหลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม สุรา เบียร์ หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม	65.71	24.79	ดี
8. การมีกิจกรรมออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่งเหยาะๆ ขี่จักรยาน	58.21	23.69	ดี
9. การนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง	75.53	18.35	ดี
10. การได้พักผ่อนที่เพียงพอก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ หรือใน เช้าตรู่หลังการนอนหลับอย่างเต็มที่	53.57	23.72	ดี
11. การผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ	76.78	17.65	ดีมาก
12. การสังเกตอาการและความผิดปกติของท่าน	75.17	17.35	ดี
13. การพำนักในโตรกลีเซอริน(ยาอมใต้ลิ้น)ไว้ใกล้ตัวตลอดเวลา	68.92	24.34	ดี
14. การรับประทานยาถูกต้อง ถูกขนาด ตามคำสั่งแพทย์อย่าง สม่ำเสมอ	88.21	15.07	ดีมาก
15. การไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	89.46	15.31	ดีมาก
รวม	71.48	11.32	ดี

จากตารางที่ 3 พบว่าการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับดีมากได้แก่ การไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง, การรับประทานยาถูกต้อง ถูกขนาด ตามคำสั่งแพทย์อย่างสม่ำเสมอ, การผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ (\bar{X} = 76.78, 88.21, และ 89.46 ตามลำดับ) ส่วนรายการอื่นอยู่ในระดับดี

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ จำแนกตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 140)

รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ความสามารถบอกได้ทันทีว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหัวใจ	53.21	24.88	ดี
2. การอมยาใต้ลิ้นครั้งละ 1 เม็ด ห่างกัน 3-5 นาทีและซ้ำได้อีกไม่เกิน 3 เม็ด	52.32	20.54	ดี
3. ในขณะที่มีการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย ถ้ามีอาการเจ็บหน้าจะหยุดทันที	73.04	20.57	ดี
4. การไปโรงพยาบาลทันทีเมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอก	69.11	21.33	ดี
5. มีการติดต่อหรือขอคำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอก	71.78	21.38	ดี
6. การขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดเมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอก	74.11	22.12	ดี
7. ความแน่ใจในผลลัพธ์ของวิธีการที่ใช้รักษาอาการที่เกิดขึ้น	53.21	19.63	ดี
รวม	63.82	13.27	ดี

จากตารางที่ 4 พบว่าการดูแลตนเองในด้านการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทุกรายการอยู่ในระดับดี

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความมั่นใจในการดูแลตนเอง จำแนกตาม รายชื่อของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 140)

รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ความสามารถประเมินอาการสำคัญของโรคหัวใจ	59.11	15.64	ดี
2. ความสามารถจำแนกการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ของท่านได้เมื่อมีอาการเกิดขึ้น	59.46	15.13	ดี
3. ความสามารถทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อรักษาหรือควบคุม อาการของโรคหัวใจ	59.82	14.90	ดี
4. ความสามารถประเมินผลลัพธ์ของวิธีการที่ใช้ในการ บรรเทาอาการ	58.39	15.17	ดี
รวม	57.72	12.24	ดี

จากตารางที่ 5 พบว่าการดูแลตนเองในด้านความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่ม
อาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทุกรายการอยู่ในระดับดี

ตอนที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า, และการทำหน้าที่ของร่างกาย ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด, การรับรู้การควบคุมตนเอง, และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของร่างกาย กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของร่างกายกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 140)

การทำหน้าที่ของร่างกาย	ค่าสหสัมพันธ์เพียร์แมน (r _s)	P - value
การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ	.170	.044
การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ	.231	.006
ความมั่นใจในการดูแลตนเอง	.282	.001
รวม	.225	.008

จากตารางที่ 6 การทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพิจารณาการทำหน้าที่ของร่างกายในแต่ละด้านพบว่ามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ, การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การรับรู้การควบคุมตนเอง กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product – moment correlation) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การรับรู้การควบคุมตนเอง กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 140)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P – value
อายุ	-.097	.255
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-.068	.428
การสนับสนุนทางสังคม	.363**	.000
ภาวะซึมเศร้า	-.496**	.000
การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด	.381**	.000
การรับรู้การควบคุมตนเอง	.056	.515

จากตารางที่ 7 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($r = .363$ และ $.363$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($r = -.496$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรับรู้การควบคุมตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า, และการทำหน้าที่ของร่างกาย ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด, การรับรู้การควบคุมตนเอง, และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

- 1) เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า, และการทำหน้าที่ของร่างกาย ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด, การรับรู้การควบคุมตนเอง, และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในช่วงระหว่าง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคในกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป
- 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป
- 3) ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย
- 4) ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น การพูด และการฟัง
- 5) กำหนดเกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง เช่น ภาวะช็อกจากหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่รุนแรง เช่น PVC ที่ไม่สามารถควบคุมได้หรือมีการนำไฟฟ้าขัดข้องชนิดสมบูรณ อากาการเจ็บหน้าอก การอักเสบที่เยื่อหุ้มหัวใจ ในขณะที่ติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้การควบคุมตนเอง

แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และแบบสัมภาษณ์การทำหน้าด้านการรู้คิด ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์เป็นรายข้อและหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้การควบคุมตนเอง แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เท่ากับ ได้เท่ากับ .89 ,.89 ,.70 และ .78 ตามลำดับ และเมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 140 ราย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .91, .90 ,.77 และ .86 ตามลำดับ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของร่างกายกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้สถิติสเปียร์แมน (Spearman's Rho) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ภาวะซึมเศร้า การรับรู้การควบคุมตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเองโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product – moment correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย

1. การดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับดี โดยด้านการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ, ด้านการจัดการอาการ และด้านความมั่นใจในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน (\bar{x} = 71.48, 63.82, และ 57.72 ตามลำดับ)

2. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($r = -.496$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การสนับสนุนทางสังคมและการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($r = .363$ และ $.381$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .225$)

5. อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรับรู้การควบคุมตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.30) เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 58.88 ปี ศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 67.90) มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 27.10) ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 40.7) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI (ร้อยละ 53.60) มีโรคร่วม 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 39.30 มีการทำหน้าที่ของร่างกายอยู่ในระดับ 2 (NYHA class 2) (ร้อยละ 60) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีคะแนนการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเท่ากับ 25.76 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.98) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดอยู่ในระดับปกติ การรับรู้การควบคุมตนเองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.05 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.78) ภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.02 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.61) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย การสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.08 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.74) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยอภิปรายผลวิจัยตามวัตถุประสงค์ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. การศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับดี หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดของชีวิตดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นที่หัวใจ ผู้ป่วยจึงดูแลเอาใจใส่สุขภาพเป็นอย่างดีและสม่ำเสมอ เพื่อให้ตนเองปลอดภัยและมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเอง Schumacher & Meleis (1994) ที่กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลกลับไปฟื้นฟูที่บ้านเป็นการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ซึ่งสถานการณ์ต่างๆ ก็จะไปเปลี่ยนไปผู้ป่วยจึงมีพฤติกรรมการเรียนรู้ภาวะสุขภาพของตนเองตลอดจนสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเองต้องมีการเปลี่ยนแปลงทั้งเพื่อตัวเองและเพื่อผู้ป่วยเมื่อมีบุคคลที่เจ็บป่วยอยู่ในบ้านโดยการเรียนรู้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่องต่อไป และจากการศึกษาของ ชวนพิศ ทำนอง (2541) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการปรับแบบแผนชีวิตด้วยการเลิกสูบบุหรี่ การปรับการทำงานด้วยการปรับลดความต้องการในความก้าวหน้าของหน้าที่การงานลดลง และการงดเว้นการทำงานที่ทำให้มีอาการเหนื่อยง่าย เช่น การยกของหนัก ปรับลดความเครียดด้วยการทำสมาธิ การเอาบุญการทำใจ ปรับการบริโภคด้วยการรับประทานอาหารที่ไม่มีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง ปรับการออกกำลังกายให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิริงรอง นาทองคำ (2543) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยได้พยายามค้นหาวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในด้านงดเว้นการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การออกกำลังกาย โยนการเดิน เล่นกอล์ฟ การใช้เครื่องออกกำลังกาย การปรับลดภาระงานและการงดการทำงานหนัก การพยายามลดความเครียดด้วยการสวดมนต์ ทำสมาธิ และการงดสูบบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตัวเองเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นสามารถดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งการดูแลตนเองเป็นกระบวนการธรรมชาติที่ผู้ป่วยกระทำในบริบทและสถานการณ์เฉพาะ โดยคำนึงถึงประโยชน์และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระยะยาวที่เกิด

จากการตัดสินใจลงมือกระทำ รวมถึงต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงของอาการ ความเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ Riegeal et al.(2004)

ในด้านการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 71.48$, S.D. = 11.32) มีข้อที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ในระดับดีมาก คือ การผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ ($\bar{x} = 76.78$, S.D. = 17.65), การรับประทานยาถูกต้อง ถูกขนาด ตามคำสั่งแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ($\bar{x} = 88.21$, SD = 15.07) และการ ท่านไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ($\bar{x} = 89.46$, SD = 15.31) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ท่านได้มีการพักผ่อนที่เพียงพอหรือในเช้าตรู่หลังการนอนหลับอย่างเต็มที่ ($\bar{x} = 53.57$, SD = 24.79) ข้อนี้แม้ว่าจะมีระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีแต่ก็ยังมีคะแนนเฉลี่ยน้อย แสดงว่าผู้ป่วยส่วนมากยังมีการปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องและยังมีความเชื่อหรือความเข้าใจผิดๆ เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และพบว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์น้อยที่สุดก่อนออกจากโรงพยาบาล (Oterhals et al., 2006) ทำให้บางรายกลัวการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากกลัวเกิดการกำเริบของโรค กลัวตาย ทำให้มีกิจกรรมทางเพศลดลง นำมาสู่ความไม่เข้าใจกันระหว่างคู่สมรส และบางรายยังเข้าใจว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นอันตรายต่อสุขภาพกลัวเสียชีวิตระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นการให้คำปรึกษาด้านการมีกิจกรรมทางเพศเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่สุขภาพไม่ควรมองข้าม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินความรู้อุณหภูมิความเข้าใจของผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง หรือในรายที่มีปัญหาควรส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีกิจกรรมได้อย่างมั่นใจ และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยอีกข้อคือการมีกิจกรรมออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่งเหยาะๆ ซี่จักรยาน ($\bar{x} = 58.21$, SD = 23.69) ข้อนี้ก็เช่นเดียวกันแม้ว่าจะมีระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีแต่ก็ยังมีคะแนนเฉลี่ยน้อย เนื่องจากธรรมชาติของโรคเมื่อการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจมีมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจะได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลงไม่เพียงพอกับความต้องการ ถ้าหากมีการออกกำลังกายมากหรือมีกิจกรรมเพิ่มมากขึ้นจะยิ่งทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอประสิทธิภาพในการสูดเลือดจะลดลง (พรรณี เสถียรโชค, และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536) จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยอ่อนเพลียง่าย

ด้านการจัดการอาการอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 63.82$, S.D. = 13.27) ในแต่ละข้อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ในระดับดี ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 21 ท่านขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ($\bar{x} = 74.11$, SD = 22.12) ในข้อนี้จะเห็นได้ว่าในสังคมไทยเป็นครอบครัวขยายผู้ป่วยจึงได้รับความรักและความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจึงมักที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบตัวก่อน ส่วนในข้ออื่นพบว่า

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน การจัดการกับอาการเป็นการควบคุมอาการที่ก่อให้เกิดปัญหา การควบคุมอาการเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง มีการปรับเปลี่ยนวิธีการตลอดเวลา จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้การควบคุมตนเองอยู่ในระดับดี มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดอยู่ในระดับปกติด้วย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีกระบวนการในการไตร่ตรองโดยผ่านกระบวนการ 5 ขั้นตอนที่เกิดขึ้น คือมีการจำแนกอาการที่เกิดขึ้น ประเมินการเปลี่ยนแปลงอาการของตนเอง มีการตัดสินใจกระทำเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น ใช้วิธีการรักษาที่ให้ความสำเร็จ ประเมินผลวิธีการที่ช่วยในการบำบัดรักษานั้น (Riegel & Dickson, 2008) ในด้านนี้พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการที่จะให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอกับที่ผู้ป่วยต้องการ ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการได้รับเป็นข้อมูลที่มีความเฉพาะ รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง การรักษา การรับประทานอาหาร จิตใจ การมีกิจกรรมต่างๆ การจัดการกับความเครียดและอาการต่างๆ และผู้ป่วยยังต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรคที่ตนเองเป็นอยู่ การให้ข้อมูลที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความรู้และภาวะสุขภาพ ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด และการกลับไปมีกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Moser & Dracup, 1994; Stewart et al., 2004) หากผู้ป่วยมีการจัดการอาการหรือควบคุมอาการไม่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้น้อย และส่งผลให้เกิดอาการกำเริบของโรคหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งเป็นอันตรายรุนแรงถึงชีวิต (จรรวมล แพงโยธา, 2548)

และด้านความมั่นใจในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 57.72$, S.D.= 12.24) ในแต่ละข้อ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ในระดับดีเช่นเดียวกัน แต่เมื่อพิจารณาในแต่ละข้อจะพบว่าผู้ป่วยยังมีความมั่นใจในการดูแลตนเองน้อยอยู่ ซึ่งหากผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถที่จะประเมินอาการสำคัญและประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการกระทำเพื่อบรรเทาอาการ และประเมินผลวิธีการที่ใช้บำบัดและบรรเทาอาการก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพราะเมื่อประสบความสำเร็จในการควบคุมอาการที่เกิดขึ้นก็จะมี ความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Riegel & Dickson, 2008) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติ

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า, และการทำหน้าที่ของร่างกาย ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด, การรับรู้การควบคุมตนเอง, และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องอายุ ผลการวิจัยพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อธิบายได้ว่าไม่ว่าจะอยู่ในช่วงวัยใดอายุจะไม่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 46 – 75 ปี คิดเป็นร้อยละ 82.90 โดยมีอายุเฉลี่ย 58.88 ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ยังไม่มีการเสื่อมถอยของร่างกายมากนัก ผู้ป่วยจึงยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลตนเองได้ ประกอบกับในช่วงวัยนี้เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะ พัฒนาการ ประสบการณ์ การคิด การรับรู้ และการตัดสินใจที่ดี และอายุเป็นปัจจัยที่บอกถึงวุฒิภาวะ ระดับพัฒนาการ ประสบการณ์ในชีวิตและการรับรู้ที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในด้านความอดทน ความสามารถในการเข้าใจ การมองปัญหา การใช้เหตุผลและการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรม กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุและวุฒิภาวะสูงขึ้นจะสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเองและมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุและวุฒิภาวะต่ำกว่า มีการศึกษาเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำ CABG ระหว่างผู้ที่อายุ > 65 ปี กับผู้ป่วยที่อายุ < 65 ผลพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่า ดังนั้นอายุจึงไม่สามารถใช้ทำนายได้ว่าจะต้องขึ้นอยู่กับสถานภาพสมรส สภาพร่างกายก่อนการผ่าตัด และภาวะโรคร่วมอื่นๆ ด้วย (Guadagnoli, Ayanian, & Cleary, 1999 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของศิริวัณย์ วัฒนสินธุ์ (2543) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ (2546) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดตายาย และสอดคล้องกับการศึกษาของจรรวมล แพงโยธา (2548) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ในส่วนปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะเวลาการเจ็บป่วยบ่งชี้ถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะมีผลต่อ

ทัศนคติ และการแสดงออกต่อความเจ็บป่วย ตลอดจนการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้และยอมรับสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงได้ดีขึ้น (Kottket, 1998) จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 2.7 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานทำให้มีการปรับตัว เรียนรู้ แสวงหาแนวทางการรักษา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเมื่อเจ็บป่วยในช่วงแรกบุคคลยังไม่มี ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี แต่เมื่อบุคคลได้รับการรักษาอาการของโรคดีขึ้นระยะเวลาผ่านไป บุคคลจะค่อยๆ เรียนรู้ในการเผชิญสถานการณ์ จากการศึกษาของ จิรประภา วิไล (2535) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อาจเป็นเพราะว่าในปัจจุบันโรคหัวใจเป็นโรคที่ได้รับความสนใจมากขึ้น มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงวิธีการป้องกันและการรักษาทางสื่อต่างๆ เช่น ทางโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ วารสาร และเอกสารทางวิชาการต่างๆ และเมื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลก็ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพในเรื่องการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง และจากการศึกษาของ จิรวรรณ อินคัม (2541) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีการเจ็บป่วยมากกว่า 1 – 5 ปี และมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลในเรื่องการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ผู้ป่วยจึงมีการปรับตัวให้ดำเนินชีวิตตามแบบแผนที่ถูกต้อง ดังนั้นระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น มีความเชื่อมั่นในตนเองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในเรื่องการทำหน้าที่ของร่างกาย ผลการศึกษาพบว่าการทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทำหน้าที่ของร่างกายอยู่ในระดับ 2 (NYHA 2) คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย ไม่มีอาการเมื่อพัก แต่ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะทำให้อ่อนเพลีย ในต้น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก ซึ่งมีผู้ป่วยที่มีการทำหน้าที่ของร่างกายในระดับนี้ถึงร้อยละ 60 ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบจึงทำให้สามารถทำกิจกรรมต่างได้ตามปกติทั้งการทำงาน และผู้ป่วยทุกคนมีประสบการณ์อาการเจ็บหน้าอกจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ปรับพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติและผู้ป่วยทราบสาเหตุของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทราบพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้พยายามเลิกพฤติกรรมเสี่ยงประกอบกับทางครอบครัวให้ความช่วยเหลือด้วยดี (สุทิชา สุวรรณศรี, 2548) กลุ่มตัวอย่างจึงสามารถช่วยเหลือตนเองและพึ่งพาตนเองได้ จากผลการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าในด้านการฟื้นฟูและการให้คำแนะนำในการมีกิจกรรมที่บ้านมีลักษณะสั้นๆ เนื้อหาไม่ครอบคลุม เนื่องจากไม่มี

บุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการดูแลจากญาติภายหลังออกจากโรงพยาบาล ประกอบกับไม่มีทีมสุขภาพดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่เหมาะสมหลายด้านที่สำคัญคือ การประกอบกิจกรรมหนัก (เจนเนตร พลเพชร, 2544) ในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหากมีการฟื้นฟูที่ไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงผู้ป่วยเกิดภาวะกำเริบของโรคและเสียชีวิตได้ พยาบาลจึงควรตระหนักถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการทำกิจกรรมภายหลังออกจากโรงพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการฟื้นฟูหรืออันตรายต่อสุขภาพผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลต้องมีการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเพราะผู้ป่วยแต่ละคนต้องกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านซึ่งแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันทั้งในด้านวิถีชีวิตและแบบแผนดั้งเดิมของชีวิตแต่ละคนในแต่ละชุมชนเพื่อให้เข้ากับชีวิตประจำวันและกิจกรรมของแต่ละคนด้วย

และปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอีกตัวหนึ่งผลการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($r = - .496$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการที่มีการดูแลตนเองในระดับที่สูงจะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีภาวะซึมเศร้าน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร (2545) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เมื่อผู้ป่วยเกิดมีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณค่าในตนเองลดลงซึ่งการแสดงออกมีได้ต่างๆ กัน ได้แก่ ก้าวร้าว โกรธ ทำให้มีอาการไม่แจ่มใส รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่สนใจในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างในการที่จะดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและความหวาดกลัว ต้องเผชิญกับความเครียดอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ซึมเศร้า หดหวังได้ (จรียา ตันติธรรม , 2547) ซึ่งไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของผู้ป่วยยัง ทำให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องตามมา หลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกใน 1 ปีพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 30 เกิดภาวะซึมเศร้าทั้งในระดับเล็กน้อยและมากโดยจะพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในเดือนแรกหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าพบในผู้ที่มีอายุน้อยมากกว่า (Strik, 2004) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราการเสียชีวิตสูง เพิ่มการเกิดอาการเจ็บหน้าอก การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และยังทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจในการดูแลตนเอง (Penninx et al., 2001; Strik, 2004) ในผู้ป่วยโรคหัวใจการดูแลรักษาตั้งแต่ป้องกันการเกิดโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้ง

การป้องกันการเกิดโรคซ้ำด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความสามารถและทักษะในการประเมินผู้ป่วยที่มาภาวะซึมเศร้าได้ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลช่วยลดอัตราความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้

ในส่วนปัจจัยภายในเรื่องการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดผลการวิจัยพบว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($r = .381$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า ผู้ที่การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดอยู่ในระดับสูงก็จะมี การดูแลตนเองอยู่ในระดับดีด้วย การรู้คิดคือ กระบวนการทำงานของสมองด้านปัญญาในระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับความรู้ เชาวน์ปัญญา ความฉลาด จินตนาการ การรับรู้ เรียนรู้ ความจำ การทำความเข้าใจ การคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล การวางแผน การแก้ปัญหาการใช้สัญลักษณ์ การคิดฝัน โดยมีการจำแนกข้อมูลของสิ่งเร้าจากภายนอกและภายในร่างกายและมีการดัดแปลงข้อมูลในการแสดงออกอย่างเหมาะสม จากการศึกษาของ Hemmingson et al., (2007) ศึกษาเปรียบเทียบบุคคลที่มีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่สูงกับบุคคลที่มีระดับของความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่ำตั้งแต่ในช่วงต้นของชีวิต พบว่าผู้ที่มีระดับของการรู้คิดต่ำมักจะเป็นผู้ที่สูบบุหรี่และมีจำนวนน้อยที่เลิกสูบบุหรี่ เป็นผู้ที่มึนงงหนักเกินในช่วงวัยผู้ใหญ่ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้ มักจะมีความดันโลหิตอยู่ในระดับสูง และเป็นผู้ที่ดื่มสุรามาก และพบว่าผู้ที่มีความสามารถด้านการรู้คิดลดลงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การรับรู้การควบคุมอยู่ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการให้ความร่วมมือด้านสุขภาพในการที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองทั้งในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ, การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ, การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์, และการชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน (Biddle & Moser, 2008) การรับรู้การควบคุมเป็นปัจจัยภายในอีกตัวหนึ่งจากผลการวิจัยพบว่าการรับรู้การควบคุมไม่มีมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าไม่ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้การควบคุมตนเองอยู่ในระดับใดก็ไม่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ถึงแม้ว่าการรับรู้การควบคุมตนเองเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเอง โดยเชื่อว่าบุคคลสามารถจัดการและมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งความเชื่อเป็นส่วนที่มีความสำคัญในการควบคุมตนเองการรับรู้การควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์กับการเกิดผลลัพธ์ที่ดี (Moser & Dracup, 1995) แต่ในสังคมไทยลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยายทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่ดูแลทั้งจากคู่สมรส จากลูก หลาน หรือบุคคลรอบข้าง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้ดี อีกทั้ง

ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายไม่ว่าจะมีรายได้มากหรือน้อย จึงไม่มีผลกระทบต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย

สำหรับปัจจัยภายนอกในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมผลการศึกษาค้นคว้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากจะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่สูงขึ้น ซึ่ง Brandt & Weinert (1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหรืออาศัยอยู่กับคู่ครอง ซึ่งครอบครัวและญาติจะเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญของผู้ป่วยทั้งด้านการช่วยเหลือระดับประคับประคองด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยในการแสวงหาข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นกลไกที่ช่วยป้องกันบุคคลให้ปลอดภัยจากผลร้ายหรือความรุนแรงของความเครียด ซึ่งมีส่วนในการส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้บุคคลมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างพอเพียงจะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงด้วย (Welin, Lappas & Wilhelmsen, 2000; Frasure - Smith et al., 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของเพลินดา พิพัฒน์สมบัติ (2546) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่หลอดเลือดตาย และจากการศึกษาของ Haiyan (1997) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี โดยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับการเจ็บป่วยของตนเอง

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่ารายได้ การรับรู้การควบคุมตนเอง การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ภาวะซึมเศร้า การทำน้ำที่ของร่างกาย และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจึงควรตระหนักถึงปัจจัยดังกล่าว ในการวางแผน การรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง ลดการกำเริบของโรคและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรค ดังนี้

1. ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลพยาบาลควรมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย หากกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องใดที่ผู้ป่วยยังขาดทักษะ ควรมีการสอน และฝึกหัดให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ วิธีการรักษา วิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม และอย่างต่อเนื่อง เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง ส่งเสริมสนับสนุนและทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการที่จะดูแลตนเอง เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น นอกจากนี้เน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดโรคให้เห็นถึงความสำคัญในการที่จะดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคนี้

3. สนับสนุนให้มีบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงครอบคลุม รวมถึงบริการสุขภาพในท้องถิ่น (PCU) เพื่อเป็นศูนย์กลางในการให้บริการอย่างทั่วถึงครอบคลุมในการให้บริการแก่ประชาชน ให้ความรู้กับผู้ป่วยทั้งในกลุ่มที่ป่วยแล้วและในกลุ่มเสี่ยง ให้ตระหนักถึงการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการขาดเลือดเฉียบพลันในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่างของการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ประเมินอาการ และวิธีการบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กอบกุล บุญปราศรัย. (2549). **พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- ขจร เพ็ญสุวรรณ. (2545). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จอม สุวรรณโณ, เหวดี เพชรศิริสาส์น, ปุณยวีร์ ประเสริฐไทย, อรุณศรี จันทร์ประดิษฐ์, และวงรัตน์ ไสสุข. (2551). การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. **วารสารสภาการพยาบาล**. 23(1): 35-47.
- จอม สุวรรณโณ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, Riegel B., และแสงอรุณ อิศระมาลัย. (2551). A model predicting the health status of patients with heart failure. **สงขลานครินทร์เวชสาร**. 26(3): 239 – 251.
- จริยา ตันติธรรม. (2547). กลยุทธ์การพยาบาลผู้ป่วย: โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ใน คณะกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี, **การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ**, หน้า 266 – 340. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิติบรรณาการ.
- จริยา ตันติธรรม. (2536). **รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตติมา ภูริทัตกุล. (2547). **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันผิดปกติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิรวรรณ อินคุ่ม. (2541). **การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เจนเนตร พลเพชร. (2544). **การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ: โรงพยาบาลพัทลุง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรวมล แพ่งโยธา. (2548). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภากร, และ ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. (2547). Acute Coronary Syndrome: Emergency Management. **วารสารอายุรศาสตร์อีสาน**. 3(3): 26 – 45.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, จารุวรรณ กองแก้ว, ลีติยา แก้วสมบุญ, และ ทศนีย์ เตือนฉาย. (2550). ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy). ใน การประชุม 8th HA National Forum “Humanized Healthcare... **คืนหัวใจให้ระบบสุขภาพ**”, หน้า 156 - 165. 13 – 16 มีนาคม 2550 ศูนย์การประชุม IMPACT เมืองทองธานี.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2527). จุดนัดพบของจิตวิทยา มานุษยวิทยา และสังคมวิทยา ที่สาเหตุและผลของการอบรมเลี้ยงดู. **วารสารแนว**. 18: 16-20.
- ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. (2546). กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน. **วารสารอายุรศาสตร์อีสาน**. 2(3): 19 – 34.
- ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2549). การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: วี อินเตอร์ พรินท์ จำกัด.
- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน บัณฑิต, และสมพร เตரியศรีชัย. (2533). คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES – D. **วารสารจิตวิทยาคลินิก**. 21(1): 26 – 45.
- นงนภัส พันธุ์แจ่ม. (2549). **ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการบริหารสมองต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด.

- ปรีศนา อัดถาผล. (2543). **ภาวะในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. (2536). โรคหัวใจขาดเลือด. ใน สมชาติ โฉมฉาย (บรรณาธิการ), **ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด**. หน้า 129 – 473. กรุงเทพฯ: ยูนิตี้พับลิเคชั่น.
- เพลินดา พิพัฒน์สมบัติ. (2546). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดขยาย ณ. วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล**. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พวงผกา กรีทอง. (2550). **โมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2548). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด**. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- ภาวิทย์ เพ็ชรวิจิตร. (2546). Acute Coronary Syndrome. *Ramathibodi Clinical Medicine Update* 2003. 3(5): 165 – 177.
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, และจักรกฤษณ์ สุขยั้ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 41(4): 235-246.
- วิริง รอนาทองคำ. (2543). **ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ. (2551). รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. **สงขลานครินทร์เวชสาร**. 26(1): 71 – 84.
- วิไลพร หอมทอง. (2547). **พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลนครพิงค์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วรมนต์ บำรุงสุข. (2550). การเคลื่อนไหวร่างกาย. ใน ระเบียบ กุญชร ณ อยุธยา (บรรณาธิการ), **เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ เล่ม 2**, หน้า 117 – 124. กรุงเทพฯ: How Can Do Company Limited.
- วรวรรณ จิวสีปพงษ์. (2550). **ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในจังหวัดนครสวรรค์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. (2545). **ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริลักษณ์ ศรีประสงค์. (2543). **การศึกษาการทำกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะหกสัปดาห์แรกภายหลังออกจากโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริวัลย์ วัฒนสินธ์. (2542). **ความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ**. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**. 7(3): 58 – 65.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2544). **อาการทางจิตเวชในโรคหลอดเลือดหัวใจ. ใน ตำราจิตเวชสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุทิชา สุวรรณศรี. (2548). **พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองหลังจำหน่ายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะก่อนและหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์. (2541). **ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). **สถิติสาธารณสุข 2547**. Online available from <http://203.157.19.91/sta47.pdf>.

- อุมา จันทวิเศษ. (2539). การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉริยา พวงแก้ว. (2540). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจใน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญชุลี เตมีย์ประดิษฐ์, วรัญ ตันชัยสวัสดิ์, ชุมศรี หังสพฤกษ์, และอ้อมทิพย์ พันธุ์ศิริ. (2533). Mini – Mental State Examination (MMSE): แบบทดสอบในการตรวจหาความผิดปกติทางสมอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 35: 208 – 215.

ภาษาอังกฤษ

- Ajzen. I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organization Behavior and Human Decision Processes*. 50: 179-211
- American Medical Association Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. (1999). Health literacy: report of the council on scientific affairs. *Journal of the American Medical Association*. 281: 552 – 557.
- Amin, A. A., et al. (2006). The prevalence of unrecognized depression in patients with acute coronary syndrome. *Am Heart J*. 152:928 – 934.
- Backer, G. D., et al. (2003). European guideline on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*. 24: 1601 – 1610.
- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*. 38: 33 – 42.
- Bailis, D. S., Segall, A., Mahon, M. J., Chipperfield, J. G., & Dunn, E.M. (2001). Perceived control in relation to socioeconomic and behavioral resource for health. *Social Science & Medicine*. 52: 1661 – 1676.

- Bandura, A. (1997). **Self – efficacy: The exercise of control**. New York: W. H. Freeman and company.
- Boutin – Foster, C. (2005). Getting to the heart of social support: A qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. **Heart Lung**. 34(1): 22 – 29.
- Carlson, B., Riegel, B., & Moser, D. (2001). Self – care ability of patient with heart failure. **Heart Lung**. 30(5): 351 – 359.
- Carney, R. M., Freedland, K.E., Miller, G.E., Jaffe, A.S. (2002). Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: a review of potential mechanisms. **J Psychosom Res**. 53: 897–902.
- Chen, H., Katz, P. P., Eisner, M. D., Yelin, E. H., & Blanc, P. D. (2004). Health – related quality of life in adult rhinitis: The role of perceived control of disease. **J ALLERGY CLIN IMMUNOL**. 845 – 850.
- Chew, L. D. et al. (2008). Validation of Screening Question for Limited Health Literacy in a Large VA Outpatient Population. **J Gen Intern Med**. 23(5): 561 – 566.
- Chriss, P. M., Sheposh, J., Carlson, B., & Riegel, B. (2004). Predictors of successful heart failure self – care maintenance in the first three months after hospitalization. **Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care**. 33(6): 345-353
- Cobb, S. (1976). Social Support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**. 38(5): 300 – 314.
- Coyne, K. S., & Allen, J. K. (1998). Assessment of functional status in patients cardiac disease. **Heart & Lung**. 27(4): 263 – 273.
- Dickson, V. V., Tkacs, N., & Riegel, B. (2007). Cognition influence on self – care decision making in person with heart failure. **American Heart Journal**. 154(3): 424 – 431.

- Drakup, K., et al. (2003). Perceived Control Reduces Emotional Stress in Patients with Heart Failure. **Journal of Heart and Lung Transplantation**. 22(1): 90 – 93.
- Drakup, K., et al. (2008). Acute Coronary Syndrome What do patients know?. **Arch Intern Med**. 168(10): 1049 -1054.
- Endler, N. S., Kocovski, N. L., & Macrodimitris, S.D. (2001). Coping, efficacy, and perceived control in acute vs chronic illness. **Personality and Individual Difference**. 30: 617 – 625.
- Evangelista, L.S., Moser, D., Drakup, K., Doering, L. & Kobashigawa, J. (2004). Functional status and perceived control influence quality of life in female heart transplant recipients. **The journal of heart and lung transplant**. 23: 360 – 367.
- Evangelista, L. S., & Shinnick, M. A. (2008). What do we know about adherence and self – care. **Journal of cardiovascular nursing**. 23(3): 250 – 257.
- Frasure-Smith, N., et al. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. **Circulation**. 101:1919 – 24.
- Feldner, M. T., & Hekmat, H. (2001). Perceived control over anxiety – related event as a predictor of pain behaviors in a cold pressor task. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**. 32: 191 – 202.
- Gary, R. (2006). Self – care practices in women with diastolic heart failure. **Heart & Lung**. 35(1): 9 – 19.
- Gazmararian, J. A., Williams, M.V., Peel, J. & Baker, D.W. (2003). Health literacy and knowledge of chronic disease. **Patient Education and Counseling**. 51: 267 – 275.
- Goldston, K., & Baillie, A. J. (2008). Depression and coronary heart disease: A review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches. **Clinical Psychology Review**. 28: 288 – 306.
- Guadagnoli E., Ayanian JZ., & Cleary PD. (1999). Comparison of patient reported outcomes after elective coronary artery bypass grafting in patients aged \geq and $<$ 65 years. **Am J Cardiol**. 70: 70 – 60.

- Guldvog B. (1999). Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris?. *Int J Qual Health Care*. 11(3): 233–40.
- Hammingson, T., Essen, J. V., Melin, B., Allebeck, P., & Lundberg, I. (2007). The association between cognition ability measure at ages 18–20 and coronary heart disease in middle age among men: A prospective study using the Swedish 1969 conscription cohort. *Social Science & Medicine*. 65: 1410–1419.
- Hanucharunkul, S. (1988). **Social support, self care and Quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand**. Doctoral Dissertation College of Nursing, Wayne State University, Detroit. MI.
- Jaarsma, T. A., Strömberg, A., Mårtensson, J., & Dracup, K. (2003). Development and testing of the European Heart Failure Self–Care Behavior Scale. *European Journal of Heart Failure*. 5: 363-370.
- Johnston, M., Gilbert, P., Partside, C., & Collins, J. (1992). Changing perceived control in patients with physical disability: An intervention study with patients receiving rehabilitation. *British Journal of Clinical Psychology*. 31: 89 – 94.
- Levinthal, B., et al. (2008). Cognition and Health literacy in patients with hypertension. *J Gen Intern Med*.
- Lichtenstein, A., et al. (2006). Diet and Lifestyle Recommendations Revision 2006: A Scientific Statement From the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation*. 114: 82 – 96.
- Lotrakul, M., & Sukanich, P. (1999). Development of the Thai Depression Inventory. *J Med Assoc Thai*. 82(12): 1200 - 1207.
- Macabasco - O'Connell, A., Crawford, M. H., Stotts, N., Stewart, A., & Froelicher, E. S. (2008). Self-care behaviors in indigent patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 23(3): 223-30.
- Miller – Davis, C., Marden, S., & Leidy, N. K. (2006). The New York Heart Association Classes and functional status: What are we really measuring. *Heart & Lung*. 35(4): 217 – 224.

- Milner, K. A., Funk, M., Arnold, A., & Vaccarino, V. (2002). Typical symptoms are predictive of acute coronary syndromes in women. *American Heart Journal*. 143(2): 283-288.
- Moser, D. K., & Dracup, K. (1995). Psychosocial recovery from a cardiac event: the influence of perceived control. *Heart & Lung*. 24(4): 273–80.
- Moser, K., & Watkins, J.F. (2008). Conceptualizing self – care in Heart Failure: A Life Course Model of patient characteristics. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 23(3): 205 – 218.
- Newman, M. F., et al. (2001). Longitudinal assessment of neurocognitive function after coronary artery bypass surgery. *N Engl J Med*. 335: 1857 – 1863.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concept of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Oterhals, K., et al. (2006). The relation between in – hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. *European journal of Cardiovascular Nursing*. 5 : 303 – 310.
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice* (2nd ed.). Connecticut: Appleton and Lange.
- Penninx B., et al. (2001). Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. 58:221– 227.
- Perlmutter, L. C., & Monty, R. A. (1977). The importance of perceived control: Fact or fantasy. *American Scientist*. 65: 759-765.
- Randolph, C., Tierney, M.C., Mohr, E., & Chase, T.N. (1998). The Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS): preliminary clinical validity. *J. Clin. Exp. Neuropsychol*. 20: 310–319.
- Riegel, B., Carlson, B., Moser, D. K., Sebern, M., Hicks, F. D., & Roland, V. (2004). Psychometric testing of the self – care of heart failure index. *Journal of Cardiac Failure*. 10: 350-360.

- Riegel, B., Carlson, B., Glaser, D. (2000). Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. **Heart Lung**. 29: 4 – 12.
- Riegel, B., & Dickson, V. V. (2008). A Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care. **Journal of Cardiovascular Nursing**. 23(3): 190 – 196.
- Rockwell, J., & Riegel, B. (2001). Predictors of self-care in persons with heart failure. **Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care**. 30(1): 18-25.
- Rosengart, T. K., et al. (2005). Neurocognitive Functioning in patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery or Percutaneous Coronary Intervention: Evidence of Impairment Before Intervention Compare With Normal Controls. **Ann Thorac Surg**. 80: 1327 – 1335.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. **Psychological Monograph**. 80(1).
- Safeer, R.S., Cooke, C.E. & Keenan, J. (2006). The impact of health literacy on cardiovascular. **Vascular Health and Risk Management**. 2(4): 457 – 464.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. **Journal of Personality and Social Psychology**. 44(1): 127 – 139.
- Sayers, S.L., Riegel, B., Pawlowski, S., Coyne, J. C., & Samaha, F. F. (2008). Social support and self-care of patients with heart failure. **Ann Behav Med**. 35(1): 70-9.
- Smith, S. C., et al. (2006). AHA/ACC Guidelines for Secondary Prevention for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2006 Update: Endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. **Journal of the American College of Cardiology**. 47: 2130 – 2139.
- Speros, C. (2004). Health Literacy: concept analysis. **Journal of Advance Nursing**. 50(6): 633 – 640.

- Strik, J., et al. (2004). One year cumulative incidence of depression following myocardial infarction and impact on cardiac outcome. **Journal of Psychosomatic Research**. 56: 59 – 66.
- Thorndike, R. M. (1978). **Correlational procedures for research**. New York: Gardner.
- Vaglio, J., et al. (2004). Testing the performance of the ENRICH Social Support Instrument in cardiac patients. **Health and Quality of Life Outcome**. 2(24).
- Walston, K. A., Wallston, B. S., Smith, S, & Dobbins, C. J. (1987). Perceived control and health. **Current psychological Research and Review**. 6: 5 – 25.
- Welin, C., Lappas, G., & Wilhelmsen, L. (2000). Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. **J Intern Med**. 247:629– 39.
- Wolfe, R., Eorrall – Carter, L., Foister, K., Keks, N., & Howe, V. (2006). Assessment of cognitive function in heart failure patients. **European Journal of Cardiovascular Nursing**. 5: 158 – 164.
- World Health Organization. (1998). **Division of Health Promotion, Education and Communications Health Education and Health Promotion Unit. Health Promotion Glossary**. World Health Organization, Geneva.
- Wolfe, R., Worrall – Carter, L., Foister, K., Keks., N., & Howe, V. (2006). Assessment of cognitive function in heart failure patients. **European Journal of Cardiovascular Nursing**. 5: 158 – 164.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก


รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
ผศ. ศิริวัลย์ วัฒนสินธุ์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.พวงผกา กรีทอง	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
นางสาวสุนีย์ เขียมศิรินุกุล	หัวหน้าหอผู้ป่วยซีซียู โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
นางสาวปวีพร บุญยพัฒน์กุล	พยาบาลประจำการแผนกอุบัติเหตุ – ชุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล
พ.ต.ท.นภาพร เพชรสอน	พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยซีซียู โรงพยาบาลตำรวจ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและขอความร่วมมือในการวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0๕๑๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๐ กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ พันตำรวจโทหญิง นภาพร เพชรสอน พยาบาล (สบ 3) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ชุรินทร์ อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

พันตำรวจโทหญิง นภาพร เพชรสอน

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร โทร. 08-6153-6962

ที่ ศบ 0512.11/0๕๖๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๐ กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล พยาบาลวิชาชีพ 7 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. สุทิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร โทร. 08-6153-6962

ที่ ศบ 0512.11/0116



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๙ กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร โทร. 08-6153-6962

ที่ ศร 0512.11/ 06๖๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยาศาสตร์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๕ มีนาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวปฏิพร บุญพัฒนกุล พยาบาลวิชาชีพ 7 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ค.อ.หญิง ดร. ยุทิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวปฏิพร บุญพัฒนกุล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร โทร. 08-6153-6962

ที่ ศร 0512.11/0๖๖๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๐ กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

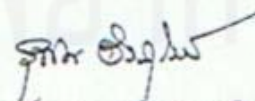
เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. พวงผกา กรีทอง อาจารย์ระดับ 7 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ค.อ.หญิง ดร. พวงผกา อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตำแหน่งเรียน

ดร. พวงผกา กรีทอง

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร โทร. 08-6153-6962

ที่ ศธ 0512.11/0444

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒ มีนาคม 2552

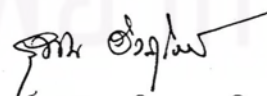
เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลบุรี

เนื่องด้วย นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 90 คน ณ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาวะการทำหน้าที่ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการรู้คิด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้การควบคุม และแบบสอบถามการดูแลตนเอง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร โทร. 08-6153-6962

ที่ ศบ 0512.11/0432

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

4 มีนาคม 2552

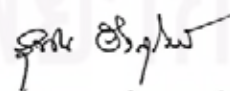
เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์ให้นักศึกษเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี

เนื่องด้วย นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาวิชาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอกความอนุเคราะห์ให้นักศึกษดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 60 คน ณ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาวะการทำหน้าที่ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการรู้คิด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้การควบคุม และแบบสอบถามการดูแลตนเอง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

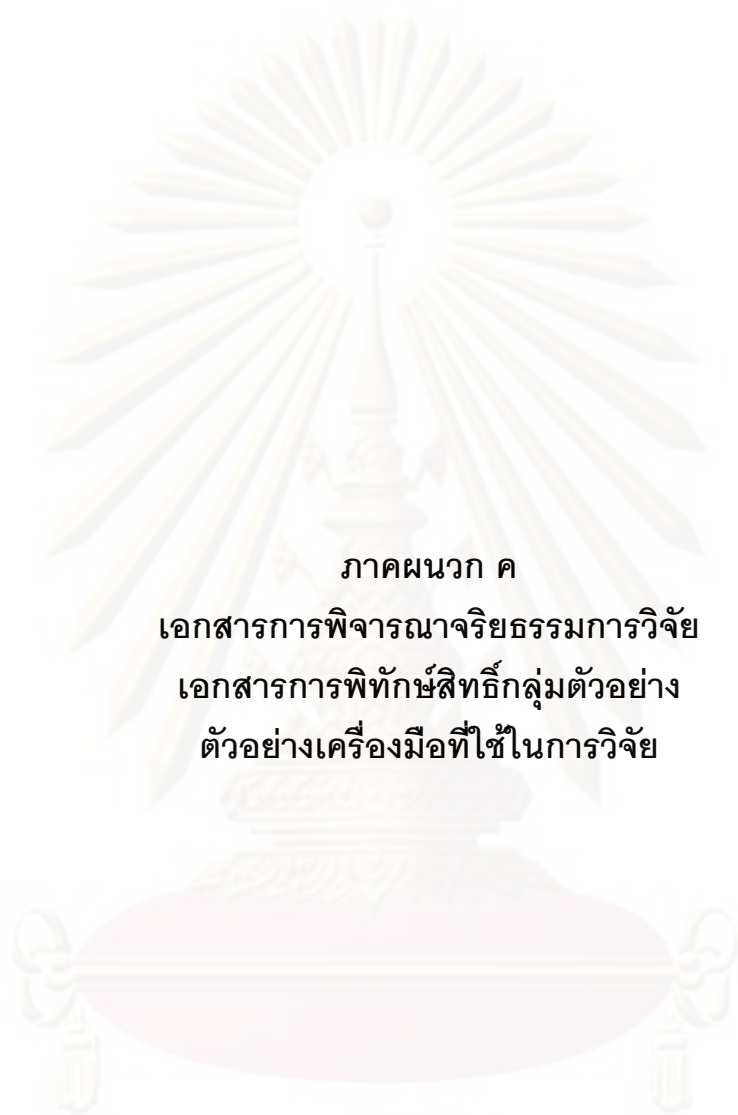
ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ชุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ต้นเนาเรียน	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813
ชื่อนิสิต	นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร โทร. 08-6153-6962



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เอกสารเลขที่ ๕๒ /2552

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี

.....

- โครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
PREDICTORS OF SELF - CARE IN ACUTE CORONARY SYNDROME
- ผู้ดำเนินการวิจัยหลัก : นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร
- หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลชลบุรีได้พิจารณาแล้วเห็นว่าสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของ
โครงการวิจัยที่เสนอได้ ตั้งแต่ตั้งแต่วันที่ 9 เมษายน 2552 จนถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2552

ออกหนังสือ ณ วันที่ ๕ เมษายน 2552

ลงนาม

(นายแพทย์พงษ์เทพ ไชยประสิทธิ์)
ประธานคณะกรรมการวิจัย

ลงนาม

(นายแพทย์ชาคริ ดันดิยวรงค์)
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลบุรี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ สป 0027.1/ 10637

โรงพยาบาลชลบุรี
69 หมู่ 2 ถนนสุขุมวิท
ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง
จังหวัดชลบุรี 20000

๙ เมษายน 2552

เรื่อง อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล

เรียน คณะคณบดีพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารรับรองโครงการวิจัย จำนวน 1 ชุด

ตามที่ นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายอาการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน นั้น

ในการนี้โรงพยาบาลชลบุรี พิจารณาแล้วเห็นควรสนับสนุนให้ดำเนินการวิจัยตามขอบเขตที่กำหนดได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางศกาทิพย์ รนเศรษฐกร)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

กลุ่มงานฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรและการวิจัย

โทรศัพท์ 0-3893-1047

โทรสาร 0-3893-1048

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

เลขที่ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร ที่อยู่ 216 ม. 1 ต.บ้านใหม่หนองไทร อ. รัษฎาประเทศ จ. สระแก้ว ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และขั้นตอนการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและมีสิทธิที่จะปฏิเสธจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าข้อมูลของข้าพเจ้าจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วข้างต้น

.....

สถานที่ / วันที่

(.....)

สถานที่/วันที่

(.....)

สถานที่ / วันที่

.....

ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....

พยาน

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ชื่อผู้วิจัย น.ส.พรพิมล อ่ำพิจิตร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลอรัญประเทศ ถ.มหาดไทย ต. อรัญประเทศ อ.
อรัญประเทศ จ. สระแก้ว 27120

(ที่บ้าน) 216 ม. 1 ต.บ้านใหม่หนองไทร อ. อรัญประเทศ จ. สระแก้ว 27120

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 037 – 233078 โทรศัพท์ที่บ้าน 037 – 222271

โทรศัพท์มือถือ 0861536962 E – mail : umpichit@hotmail.com

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย, การรับรู้การควบคุมตนเอง การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ของร่างกาย และการสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
3. เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิง ที่ผู้วิจัยคาดว่าความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้น คือ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 – 45 นาที
4. ในการตอบแบบประเมินผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่ต้องระบุชื่อ – นามสกุลในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ
5. รายละเอียดและขั้นตอนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้ โดยที่ผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบไปด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกการทำหน้าที่ของร่างกาย แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสัมภาษณ์การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้การควบคุมดูแลตนเอง และแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
6. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

7. ไม่ว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ผู้เข้าร่วมการวิจัยยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีสิทธิบอกละเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่เป็นผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับอยู่
8. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมในการวิจัย
9. จำนวนของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 140 คน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์เรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลัน แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มี 6 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้
โดยให้ท่านเติมคำตอบหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับตัวของท่านตามความเป็นจริง

1. เพศ

() ชาย () หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

() โสด () หม้าย () แยก

() คู่ () หย่า

4. ระดับการศึกษา

() ไม่ได้ศึกษา () ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.

() อนุปริญญา/ ปวส. () ปริญญาตรี

() ปริญญาโท () อื่นๆ (ระบุ).....

5. อาชีพปัจจุบัน

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ

() ประกอบอาชีพ

() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () ค้าขาย

() เกษตรกร () รับจ้าง

() ธุรกิจส่วนตัว () อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้ของครอบครัว/เดือน

() ไม่มีรายได้ () น้อยกว่า 2,000 บาท

() 2,001 – 5,000 บาท () 5,001 – 10,000 บาท

() 10,001 บาทขึ้นไป () อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลในด้านการรักษา (สำหรับผู้วิจัยตอบ)

7. การวินิจฉัยโรค

- () Unstable Angina (UA) () STEMI
() NSTEMI

8. การวินิจฉัยโรคร่วม

- () ความดันโลหิตสูง () เบาหวาน
() ไชมันโนเลือดสูง () โรคไต
() อื่นๆ ระบุ.....

9. ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....ปี.....เดือน.....วัน

10. ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (NYHA)

- () Class 1 () Class 2
() Class 3 () Class 4

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของท่าน ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ปัจจุบันท่านแต่งงานแล้วหรืออาศัยอยู่กับคู่ครองของท่าน

ใช่ ไม่ใช่

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

- | | | |
|--------------------|---------|---|
| 1 = ไม่มี | หมายถึง | ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย < 1 วัน/สัปดาห์ |
| 2 = มีบ้างเล็กน้อย | หมายถึง | มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1 – 2 วัน / สัปดาห์ |
| 3 = บ้างครั้ง | หมายถึง | มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 3 – 4 วัน / สัปดาห์ |
| 4 = เกือบตลอดเวลา | หมายถึง | มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 5 – 6 วัน / สัปดาห์ |
| 5 = ตลอดเวลา | หมายถึง | มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 7 วัน / สัปดาห์ |

ข้อความ	ไม่มี เลย	มีบ้าง เล็กน้อย	บาง ครั้ง	เกือบ ตลอดเวลา	ตลอด เวลา
1. ท่านมีคนที่พร้อมจะพูดคุยด้วยเมื่อต้องการ					
2. ท่านมีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำเวลาที่มีปัญหา					
.					
.					
.					
.					
.					
6.....					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าข้อใดตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างของแต่ละกิจกรรมที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เลย < 1 วัน /สัปดาห์	นาน ๆ ครั้ง 1 – 2 วัน/ สัปดาห์	ค่อนข้าง บ่อย 3 – 4 วัน/สัปดาห์	บ่อยครั้ง 5 – 7 วัน/ สัปดาห์
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
19. ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างไม่ชอบท่าน				
20. ฉันรู้สึกท้อทอยในชีวิต				

ตอนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้การควบคุมตนเอง

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้การควบคุมตนเองของท่านเมื่อเป็นโรคหัวใจ ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

- 5 = มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการควบคุมตนเองของท่านมากที่สุด
 4 = มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการควบคุมตนเองของท่านมาก
 3 = ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการควบคุมตนเองของท่านปานกลาง
 2 = น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการควบคุมตนเองของท่านน้อย
 1 = ไม่มีเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับการควบคุมตนเองของท่าน

รายการ	มากที่สุด 5	มาก 4	ปาน กลาง 3	น้อย 2	ไม่มีเลย 1
1. ท่านคิดว่าท่านสามารถควบคุมปัญหาเกี่ยวกับโรคหัวใจ ของท่านได้					
.					
.					
.					
4.....					

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 1 ด้านการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ

ส่วนนี้ประกอบด้วยข้อความที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ควรปฏิบัติในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ท่านมีการปฏิบัติตามข้อความต่อไปนี้บ่อยเพียงใด ทำเครื่องหมาย

✓ ลงในข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1 = ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

2 = นานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นประมาณ 1 วัน/สัปดาห์

3 = บ่อย หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นประมาณ 3 – 5 วัน/สัปดาห์

4 = เสมอ หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นประมาณ 6 – 7 วัน/สัปดาห์

ข้อความ	ไม่เลย	นานๆ ครั้ง	บ่อย	สม่ำเสมอ
1. ท่านลดและควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วนโดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
15. ท่านไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง				

ส่วนที่ 2 ด้านการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ

ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลายคนมีอาการผิดปกติ คือ อาการเจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นอาการที่สามารถพบได้

- ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยมีอาการเหล่านี้หรือไม่

- มี
 ไม่มี

16. ครั้งสุดท้ายที่ท่านมีอาการเจ็บหน้าอก

ข้อความ	ไม่รู้เลย	ช้า	ค่อนข้างเร็ว	เร็ว	เร็วมาก
ท่านสามารถบอกได้ทันทีว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหัวใจ					

วิธีการต่อไปนี้เป็นวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใช้เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก เมื่อคุณมีอาการเจ็บหน้าอกคุณใช้วิธีการต่อไปในการรักษาบ่อยเท่าไร

- 1 = ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย
2 = นานๆครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นประมาณ 1 วัน/สัปดาห์
3 = บ่อย หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมประมาณ 3 – 5 วัน/สัปดาห์
4 = เสมอ หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นประมาณ 6 – 7 วัน/สัปดาห์

ข้อความ	ไม่เลย	นานๆครั้ง	บ่อย	เสมอ
17. ท่านอมยาใต้ลิ้นครั้งละ 1 เม็ด ห่างกัน 3 – 5 นาที และซ้ำได้อีกไม่เกิน 3 เม็ด				
21.....				

22. เมื่อท่านได้ปฏิบัติตามวิธีการดังกล่าวแล้ว ในครั้งสุดท้ายที่ท่านเกิดอาการเจ็บหน้าอก

ข้อความ	ไม่ทำ อะไรเลย	ไม่ แน่ใจ	ค่อนข้าง แน่ใจ	แน่ใจ	แน่ใจ มาก
ท่านแน่ใจในผลลัพธ์ของวิธีการที่ใช้ รักษาอาการที่เกิดขึ้น					

ส่วนที่ 3 ข้อความในส่วนนี้เป็นการถามความมั่นใจในการดูแลตนเองทำเครื่องหมาย

✓ ลงในข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อความ	ไม่มั่นใจ เลย	มั่นใจ เล็กน้อย	มั่นใจ มาก	มั่นใจที่สุด
23. ท่านสามารถประเมินอาการสำคัญของ โรคหัวใจ				
26.....				

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 6 แบบทดสอบการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Mini – Mental State Examination)

คะแนน

1. Orientation for time (5) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- วันนี้วันที่เท่าไร
- วันนี้วันอะไร
- เดือนนี้เดือนอะไร
- ปีนี้ปีอะไร
- ช่วงนี้เป็นฤดูอะไร

2. Orientation for place (5) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไรและชื่อว่าอะไร
- ขณะนี้อยู่ตรงชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร
- ที่นี้อยู่อำเภออะไร
- ที่นี่จังหวัดอะไร
- ที่นี่ภาคอะไร

3. Registration (3) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

ต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบเรื่องความจำ บอกชื่อสิ่งของ 3 สิ่ง บอกอย่างซ้ำๆ และชัดเจน ประมาณ 1 วินาทีต่อ 1 ชื่อ เพียงครั้งเดียวไม่มีการบอกซ้ำ หลังจากบอกครบ 3 ชื่อแล้ว ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทวนชื่อทั้ง 3 ดังกล่าว การทวนครั้งแรกนี้ ชื่อที่ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน ให้ทวนต่อไปอีกจนจำได้ หากทวน 6 ครั้งแล้วยังจำไม่ได้ การทดสอบ recall ต่อไปก็ไม่มีคามหมาย นอกจากนี้ให้บอกกับผู้ถูกสัมภาษณ์ว่า ให้จำชื่อทั้ง 3 นี้ไว้เพราะจะกลับมาถามใหม่

- ดินสอ แม่น้ำ รถไฟ

4. Attention and calculation (5) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ ให้คำนวณโดยเริ่มจาก 100 - 7 ลบไปทั้งหมด 5 ครั้ง (93, 86, 79, 72, 65) ให้คะแนนตามจำนวนตัวเลขที่ลบได้ถูก

-

(กรณีผู้ถูกสัมภาษณ์ลบลบเลขไม่เป็นหรือไม่ได้ ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทวนการสะกดของคำว่า “สะพาน” การให้คะแนนให้ตามตัวอักษรที่สะกดถูกและถูกตำแหน่ง

1.) “น”..... 2.) “า”..... 3.) “พ”..... 4.) “ะ”..... 5.) “ส”.....

5. Recall (3) (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทบทวนชื่อ 3 ชื่อที่ให้จำเมื่อตอนต้น จำได้ไหมมีอะไรบ้าง

ดินสอ แม่น้ำ รถไฟ

6. Name (2)

- ยก “นาฬิกา” ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ดู และถามว่า “ของสิ่งนี้คืออะไร”

- ยก “ปากกา” ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ดูและถามว่า “ของสิ่งนี้คืออะไร”

7. Repetition (1) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

ตั้งใจฟังนะคะ เมื่อพูดข้อความต่อไปนี้แล้วจะให้พูดตาม จะบอกเพียงครั้งเดียว

“ชวนชววยหาความรู้”

8. Verbal command (3)

หยิบกระดาษเปล่า 1 แผ่น วางบนโต๊ะแล้วบอกผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ฟังและทำตามคำบอก
ดังนี้ “หยิบกระดาษด้วยมือขวา, พับครึ่ง, แล้ววางบนพื้น” ให้ 1 คะแนนต่อการทำตาม
ขั้นตอน 1 ขั้น ทำถูกหมดได้ 3 คะแนน

รับด้วยมือขวา พับครึ่ง วางไว้บนพื้น

9. Reading (1)

เขียนคำว่า “จหงลับตา” ให้ตัวโตพอที่ผู้ถูกสัมภาษณ์จะเห็นได้อย่างชัดเจนบอก ผู้
สัมภาษณ์ทำตามทีเขียนไว้ให้อ่าน หากผู้ถูกสัมภาษณ์หงลับตาลงให้ 1 คะแนน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

10. Writing (1)

บอกผู้สัมภาษณ์เขียนประโยค 1 ประโยค บนกระดาษเปล่าที่ให้ไว้ โดยให้เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมาย 1 ประโยค (ประโยคที่เขียนจะต้องมี ประธานและกริยาเป็นอย่างน้อยจึงจะให้ 1 คะแนน)

11. Copying (1)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านการรู้จักคิด, การรับรู้การควบคุมตนเอง, ภาวะซึมเศร้า, และการสนับสนุนทางสังคม แสดงผลการวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านการรู้จักคิด, การรับรู้การควบคุมตนเอง, ภาวะซึมเศร้า, และการสนับสนุนทางสังคม (N = 140)

ตัวแปร	\bar{X}	SD
อายุ	58.88	11.56
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	2.7	2.73
การทำหน้าที่ด้านการรู้จักคิด	25.76	4.98
การรับรู้การควบคุมตนเอง	2.76	0.44
ภาวะซึมเศร้า	14.02	8.61
การสนับสนุนทางสังคม	22.08	4.74

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีคะแนนการทำหน้าที่ด้านการรู้จักคิดเท่ากับ 25.76 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.98) การรับรู้การควบคุมตนเองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.05 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.78) ภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.02 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.61) และการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.08 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.74)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 140)

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	SD	ระดับ
1. มีคนที่พร้อมจะพูดคุยด้วยเมื่อต้องการ	3.72	.91	มาก
2. มีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำเวลาที่มีปัญหา	3.60	1.00	มาก
3. มีคนที่พร้อมจะให้ความรักกับฉัน	3.86	.94	มาก
4. มีคนที่พร้อมจะช่วยทำงานบ้านในแต่ละวัน	3.74	.99	มาก
5. มีคนที่คอยช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ได้ (แก้ไขปัญหาหรือช่วยตัดสินใจในปัญหาที่ยาก)	3.52	.99	มาก
6. มีการติดต่อกับคนที่ฉันรู้สึกใกล้ชิด และฉันสามารถเชื่อใจและไว้วางใจได้เมื่อฉันต้องการ	3.62	.95	มาก
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.68	.79	มาก

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.68 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.79) และเมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าทุกข้อมีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก โดยข้อคำถามที่ 1 ถึง 6 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72, 3.60, 3.86, 3.74, 3.52, 3.62 (และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .91, 1.00, .94 .99, .99, .95 ตามลำดับ

3. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า แสดงผลการวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า จำแนกตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 140)

ภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	SD
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย	.91	.74
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร	.93	.68
3. ฉันรู้สึกว่าไม่สามารถขจัดความหม่นหมองออกไปแม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ	.63	.70
4. ฉันรู้สึกตนเองมีความดีทัดเทียมกับคนอื่น ๆ	1.16	.83
5. ฉันรู้สึกลำบากในการตั้งสมาธิเพื่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง	.66	.65
6. ฉันรู้สึกหดหู่	.68	.74
7. ฉันรู้สึกว่าทุกๆ สิ่งที่ต้องฉันกระทำต้องฝืนใจทำ	.46	.69
8. ฉันรู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต	1.39	.92
9. ฉันคิดว่าชีวิตฉันมีแต่ความล้มเหลว	.36	.68
10. ฉันรู้สึกหวาดกลัว	.67	.58
11. ฉันนอนไม่ค่อยหลับ	.97	.68
12. ฉันมีความสุข	.87	.73
13. ฉันพูดน้อยกว่าปกติ	.64	.81
14. ฉันรู้สึกอ้างว้างเดียวดาย	.46	.61
15. ฉันรู้สึกว่าผู้คนทุกๆ ไปไม่มีความเป็นมิตร	.38	.71
16. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน	1.08	.80
17. ฉันมักร้องไห้	.28	.57
18. ฉันรู้สึกไม่มีความสุข	.49	.74
19. ฉันรู้สึกว่าคนรอบข้างไม่ชอบฉัน	.29	.57
20. ฉันรู้สึกท้อทอยในชีวิต	.67	.64
รวม	.70	.43

จากตารางที่ 10 พบว่า ภาวะซึมเศร้าโดยรวมในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.70 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.43) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้วพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 8 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.39 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.92) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อที่ 17 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.28 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.5

4. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้การควบคุมตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ ไว้ในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การควบคุมตนเอง จำแนกตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 140)

การรับรู้การควบคุม	\bar{X}	SD
1. ท่านคิดว่าท่านสามารถควบคุมปัญหาเกี่ยวกับโรคหัวใจของท่านได้	3.08	0.69
2. ท่านคิดว่าคนในครอบครัวของท่านสามารถทำตามขั้นตอนที่ถูกต้องได้ หากท่านมีอาการโรคหัวใจ	3.21	0.76
3. ท่านรู้สึกหมดหวังเกี่ยวกับปัญหาโรคหัวใจของท่าน	2.42	0.89
4. ท่านคิดว่าสมาชิกในครอบครัวของท่านรู้สึกหมดหวังเกี่ยวกับปัญหาโรคหัวใจของท่าน	2.31	0.83
รวม	2.76	0.44

จากตารางที่ 11 พบว่าการรับรู้การควบคุมตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.76 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.44) เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อแล้วพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 2 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.21 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.76) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.31 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.83

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำแนกตามระดับการทำหน้าที่ของร่างกาย

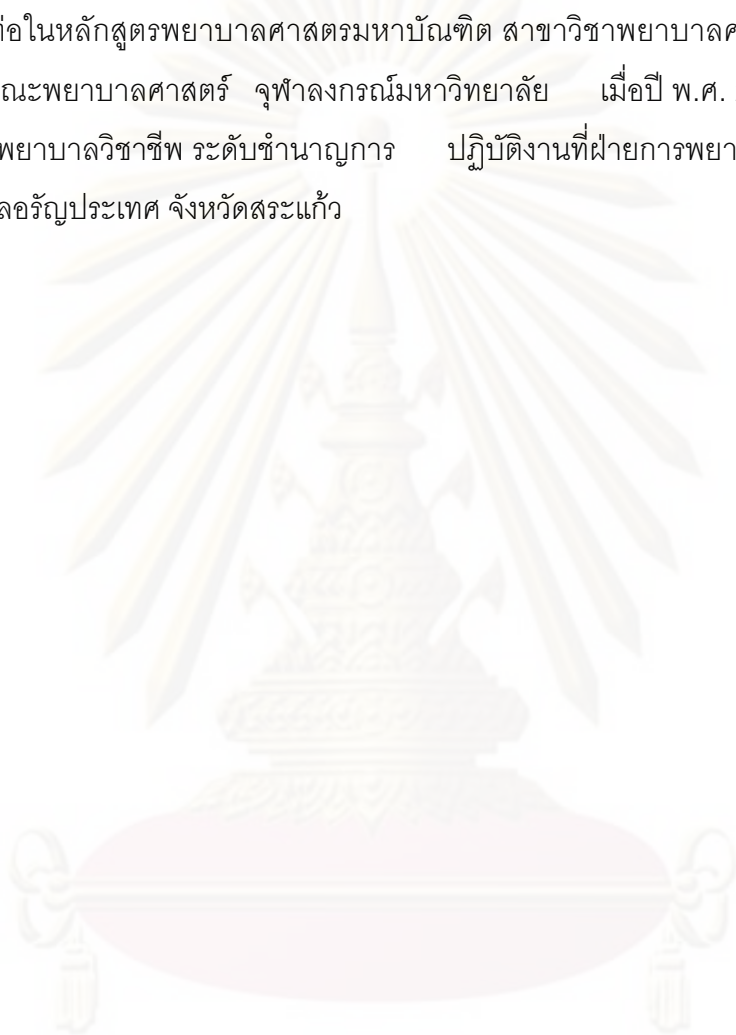
ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำแนกตามระดับการทำหน้าที่ของร่างกาย (n = 140)

	ระดับของการดูแลตนเอง					
	ดีมาก		ดี		พอใช้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
NYHA 1	4	2.9	25	17.9	-	-
NYHA 2	13	9.3	68	48.6	6	4.3
NYHA 3	-	-	19	13.6	5	3.6

จากตารางที่ 12 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการทำหน้าที่ของร่างกายอยู่ในระดับ 2 โดยมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมากคิดเป็นร้อยละ 9.3 ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 48.6 และในระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 4.3

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพรพิมล อ่ำพิจิตร เกิดวันที่ 27 มกราคม 2524 ที่จังหวัดปราจีนบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ในปี 2545 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2550 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ปฏิบัติงานที่ฝ่ายการพยาบาล (หอผู้ป่วยหญิง) โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย