

ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

นางสาวเกศรา โคตรภักดี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2556
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

PREDICTING FACTORS OF CHEST PAIN SELF-CARE AGENCY AMONG CORONARY
HEART DISEASE PATIENTS, NORTHEAST REGION

Miss Kessara Khotphakdee

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 2013

Copyright of Chulalongkorn University

เกษรา โคตรภักดี : ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน (PREDICTING FACTORS OF CHEST PAIN SELF-CARE AGENCY AMONG CORONARY HEART DISEASE PATIENTS, NORTHEAST REGION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 200 หน้า

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มุ่งศึกษาความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ความสัมพันธ์และอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 110 คน เลือกสุ่มแบบหลายขั้นตอน ที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก แผนกอายุกรรมของแต่ละโรงพยาบาล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลเลย และโรงพยาบาลสกลนคร เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทน แบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75, 0.81, 0.7, 0.7, และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.55, SD = 3.17$)
2. ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเข้มแข็งอดทน มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .741, .253$ และ $r = .202$ ตามลำดับ)
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.35$)
4. การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 55.9

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5377626336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: CHEST PAIN/SELF-CARE AGENCY/ CORONARY HEART DISEASE/
CHEST PAIN SELF-CARE AGENCY

KESSARA KHOTPHAKDEE: PREDICTING FACTORS OF CHEST PAIN SELF-CARE AGENCY AMONG CORONARY HEART DISEASE PATIENTS, NORTHEAST REGION. ADVISOR: ASST.PROF.NORALUK UA-KIT, Ph.D., 200 pp.

The purposes of this predictive correlational research were to study chest pain self-care agency coronary heart disease patients, northeast region, and to predict between perceived health status, hardiness , knowledge of chest pain self-care, social support, and chest pain self-care agency among coronary heart disease patients. One hundred and ten out-patients with coronary heart disease were recruited from a multi-stage random sample, who were recruited in the medicine clinic at Khonkhean Hospital, Udonthanee Hospital, Loei Hospital, and Sakhonnakorn Hospital. The instruments used for data collection were demographic information, questionnaire of perceived health status, questionnaire of hardiness, questionnaire of knowledge of chest pain self-care, questionnaire of social support, and questionnaire of chest pain self-care agency among coronary heart disease patients. All questionnaires were tested for content validities by five panel of experts, and the reliabilities were 0.75, 0.81, 0.70, 0.70, and 0.82, respectively. Descriptive statistics (Percentage, mean, and standard deviation), and Hierarchical multiple regression were used to analyze data. The major findings were as follows:

1. Mean score of chest pain self-care agency among coronary heart disease patients was at a moderate level ($\bar{X} = 11.55$, $SD = 3.17$).
2. There were positively significant relationships between knowledge of chest pain self-care were positively related to chest pain self-care agency among coronary heart disease patients at the level .01 ($r = .746$). Social support and hardiness were positively related to chest pain self-care agency among coronary heart disease patients at the level of 05 ($r = .253$, and $r = .202$, respectively).
3. There were no significant relationships between perceived health status and chest pain self-care agency among coronary heart disease patients ($r = -.35$).
4. Perceived health status, hardiness , knowledge of chest pain self-care and social support were prediction for chest pain self-care agency among coronary heart disease patients. Variable accounted for 55.9 % of total variance chest pain self-care agency among coronary heart disease patients.

Field of Study : Nursing Science Student's Signature :

Academic Year : 2013 Advisor's Signature :

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง เนื่องจากได้รับความกรุณา การช่วยเหลืออย่างยิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ความกรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็นและเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้ความเมตตา เป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างสูง จึงกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศจีมาจ ณ วิเชียร ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าซึ่งตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับงานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลสกลนคร โรงพยาบาลเลย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อนุญาตให้ทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม คำแนะนำและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบพระคุณ บิดา มารดา ผู้เปรียบเหมือนแรงบันดาลใจในการศึกษาเพื่อบรรลุเป้าหมายให้ประสบความสำเร็จ รวมทั้งหัวหน้า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างนางขาวทุกคน เพื่อนร่วมงานและเพื่อนพยาบาล ตึกผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยอายุกรรม คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อทุกท่าน เพื่อนนิสิตร่วมรุ่นทุกท่าน ที่คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือตลอดระยะเวลา สนับสนุนจนกระทั่งจบการศึกษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
คำถามการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัยขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่จะได้รับ.....	14
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
โรคหลอดเลือดหัวใจ.....	16
ความสามารถในการดูแลตนเอง.....	29
ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองใน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	37
บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการส่งเสริมความสามารถในการดูแล อาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	60
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	63
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	72
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	72
วิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	72
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	74
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	80
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	83
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	85

บทที่	หน้า
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 86
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 87
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 100
	สรุปผลการวิจัย..... 102
	อภิปรายผลการวิจัย..... 104
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... 116
	ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป..... 117
	รายการอ้างอิง..... 118
	ภาคผนวก..... 132
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 133
	ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการ ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย..... 135
	ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่ม ตัวอย่างไบอินยอมเข้าร่วมการวิจัย และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัย..... 146
	ภาคผนวก ง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือและตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม..... 171
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 200

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล..	73
2	ตารางที่ 2 แสดงค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index: CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	82
3	วัน เวลา ของคลินิกที่ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลสกลนคร และโรงพยาบาลเลย.....	84
4	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย โรคประจำตัวอื่น ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประวัติการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ การออกกำลังกาย การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก แหล่งประโยชน์เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรง และประวัติการใช้ยาอมิตัลลินของกลุ่มตัวอย่าง.....	87
5	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	93
6	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกรายด้าน	94
7	แสดงจำนวน ร้อยละ และระดับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=110).....	94
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	95
9	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) แสดงการเพิ่มสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R) และสัมประสิทธิ์ (R ²) เมื่อเพิ่มปัจจัยเข้าไปทีละตัว.....	96
10	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis).....	97

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกรายชื่อ.....	180
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกรายชื่อ.....	181
13	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกรายด้านค่าเฉลี่ย ร้อยละของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง.....	184
14	ค่าเฉลี่ย ร้อยละของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง.....	185
15	แสดงจำนวน ร้อยละ และระดับความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (n = 110)	187
16	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกรายชื่อ.....	188
17	แสดงค่าเฉลี่ย ร้อยละของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง.....	190
18	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกรายด้าน	191
19	แสดงจำนวน ร้อยละ และระดับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=110).....	192
20	แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งของตน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 110).....	193

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
21	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็ง อดทน ความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทาง สังคม กับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง (n=110).....	194
22	แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierachical multiple regression analysis).....	195
23	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis)	196
24	แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ(b) และ คะแนนมาตรฐาน (β) และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนาย พฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis).....	197

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	71

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ประชากรโลกมีสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดและหัวใจคิดเป็นร้อยละ 30 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ โดยพบจำนวนผู้เสียชีวิตเฉียบพลันจากโรคหัวใจร้อยละ 80 เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จากศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2554) ในโครงการระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ BRFSS (Behavioral Risk Factor Surveillance System) พบความชุกของผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มสูงขึ้นจาก 0.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2548 เพิ่มขึ้นเป็น 0.7 ล้านคนในปี 2550 มีความชุกการเกิดโรคในเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน ความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุโดยเฉลี่ยประมาณ 10 คน/1,000 คน (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2552) จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2548 -2552 พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มชะลอตัว ในขณะที่อัตราการเข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในภาพรวมของประเทศมีจำนวนเพิ่มขึ้นประมาณ 3.6 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2554) โดยสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จากสถิติดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มที่จะรุนแรงของปัญหาเพิ่มขึ้น

การเสียชีวิตเฉียบพลันภายหลังมีอาการของโรคหัวใจเกิดขึ้น เช่น เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น ในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 45 เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (สถาบันโรคทรวงอก, 2555) แม้ในปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจมีหลายวิธี เพื่อลดอาการเจ็บหน้าอก ลดความก้าวหน้าของโรคหลอดเลือดหัวใจและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การขยายหลอดเลือดใหม่ด้วยการทำบอลูน หรือการตกแต่งเส้นเลือดและการผ่าตัดทำ Coronary Artery Bypass Graft (CABG) การรักษาด้วยการใส่ยา เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจมีสมดุกลการใช้และการได้รับออกซิเจน ร่วมกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกและการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; ชงยุทธ สหัสสกุล, 2549; Lenfant, 2010) แต่จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อได้รับปัจจัยกระตุ้นจึงมีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ

ขาดเลือดชั่วคราวได้ โดยมีอาการและอาการแสดงที่สำคัญคือ อาการเจ็บหน้าอก หากมีอาการเกิน 6 ชั่วโมงจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Lenfant, 2010; อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2553; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) และมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหันได้ถึงร้อยละ 15 ถ้าไม่ได้รับการรักษา ทันที (อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2553; Antman, 2007; Tang et al., 2007) ซึ่งอัตราการรอดชีวิตจะมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนที่ได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น

โรคหลอดเลือดหัวใจมีอาการและอาการแสดงที่สำคัญคือ อาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรม หรืออาจไม่สัมพันธ์กับกิจกรรม อาการเจ็บหน้าอกจะหายไปเมื่อได้หยุดพัก หรือรับประทานยาขยายหลอดเลือด เป็นอาการที่เกิดขึ้นชั่วคราวเฉพาะเวลาที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (วิลาวัดย์ แก้วอ่อน, 2552) กล่าวคือ ผลกระทบด้านร่างกาย อาการเจ็บหน้าอกซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน รบกวนการนอนหลับ (นันท์วัน แซ่ซ้อ, 2551) และยังเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดและป้องกันอาการเจ็บหน้าอก (Soderman, Lisspers, & Sundin, 2003) บางรายสามารถทำกิจกรรมได้แต่ไม่กล้าทำเนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง จึงต้องพึ่งพาผู้อื่น กลัวอาการกำเริบหรือเกรงว่าจะเกิดอันตรายจากอาการที่เกิดขึ้น (เป็น รักเกิด, 2549; สมรภพ บรรหารักษ์, 2553) ส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและความเครียดจากอาการเจ็บหน้าอก (วรรณิ จิวสืบพันธ์, 2550) โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่เคยมีประสบการณ์อาการเจ็บหน้าอกที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตมาก่อน (Ganot et al., 2004; Keogh et al., 2004; วิลาวัดย์ แก้วอ่อน, 2552) เมื่อผู้ป่วยยอมรับได้ว่าตนเองมีอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจ จะรู้สึกกลัว และวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ มากน้อยแล้วแต่ลักษณะของบุคคล สิ่งที่ผู้ป่วยกลัวและวิตกกังวลว่าผู้ป่วยกลัวความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกที่จะเกิดขึ้น เกิดความไม่แน่นอนในชีวิต (ทิพมาศ ชินวงศ์และช่อลดา พันธุเสนา, 2550) เกิดความรู้สึกท้อแท้ สูญเสียพลังอำนาจและคุณค่าในตนเอง ความสนใจในสิ่งต่างๆลดลง อาจเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทในครอบครัวและสังคมตามมา อาทิเช่น ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทการเป็นสามีหรือภรรยาได้ สูญเสียบทบาททางสังคม ไม่สามารถร่วมกิจกรรมในสังคมได้ปกติ การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง (Lesperance, & Frasure-Smith, 2000; Coyle, 2012; Andrell et al., 2011; วรรณิ จิวสืบพงษ์, 2550) การมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลกระทบต่อการทำงาน บางรายต้องออกจากงาน มีการเปลี่ยนแปลงงาน ไม่สามารถทำงานหรือมีแบบแผนชีวิตเช่นเดิมได้ ทำให้รายได้ลดลง (Soderman & Sundin, 2003)

ในขณะที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพมากขึ้นส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามมาด้วย

อาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการแสดงถึงภาวะหัวใจขาดเลือดชั่วคราว เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น การลดอาการเจ็บหน้าอกถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพจะทำให้หัวใจได้รับออกซิเจนมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างเพียงพอ ลดความทุกข์ทรมานและขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่ายังมีบางส่วนไม่ถูกต้องทั้งวิธีการใช้ยาไม่ใช้ยา (Kimble & Kunik, 2000; สุธาสิณี ไตติลานนท์, 2547) การประเมินและการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก (Kung, 2010; วัชรวิ พิณพิทักษ์, 2552) และการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองที่ไม่เหมาะสม (ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล, 2543) ทำให้อาการทรุดลงเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกถึงร้อยละ 56-60 (จิราวรรณ เดชอดิษฐ์, 2552; ปฏิญญา สงวนพงษ์, 2552) ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤต และมีความรุนแรงของโรคมมากขึ้นเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจมีภาวะขาดเลือดเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีโอกาสเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลถึงร้อยละ 50 เนื่องจากผู้ป่วยมารับการรักษาช้า และการดูแลอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่ถูกต้องก่อนมาถึงโรงพยาบาล (พลพรรณ อยู่สวัสดิ์, 2551) ซึ่งรูปแบบการดูแลอาการเจ็บหน้าอกที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความหลากหลายเพื่อมุ่งแก้ปัญหาเพื่อให้อาการเจ็บหน้าอกลดลง (สุกานดา บุญคง, 2550) การแปลความหมายของอาการมีผลต่อกลวิธีในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองเพื่อลดอาการในขณะนั้นทันที โดยอาศัยความรู้ สิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง รวมทั้งเทคนิคในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยที่มีความแตกต่างในแต่ละบุคคล (ชลิดา ปลาเงิน, อุษาวิ อัครวิเศษ และพิชชดา วิรัชพินทุ, 2550) โดยความสามารถในการดูแลตนเองเป็นการจัดระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีชีวิตใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด(สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) โดยคำนึงถึงประโยชน์และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจลงมือกระทำเพื่อคงภาวะสุขภาพที่ดีให้ตนเองปลอดภัยและมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข (พรพิมล อ่ำพิจิตร, 2552)

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเป็นสิ่งจำเป็นที่สำคัญต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันการเกิดโรคกำเริบและเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมาและก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม(2001) ที่เน้นถึงศักยภาพของบุคคลที่ริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะการเจ็บป่วยเกิดขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมี

คุณภาพและเหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเองจนสามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองจะได้ ก่อให้เกิดความผาสุกนั้นคือ คุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของธีวาวาส ลิ่วธนะ(2551) พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยโอเร็มมองว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) ดังนั้น การศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองต้องมีการคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน เพื่อจัดการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) เป็นความสามารถที่จำเป็นและเกี่ยวข้องโดยตรงที่ผู้ป่วยจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันทีเมื่อมีอาการ ผู้ป่วยจะเริ่มแสวงหาแนวทางการลดอาการเจ็บหน้าอกเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น เป็นการกระทำที่มีแบบแผน ลำดับขั้นตอน ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ 1) การคาดการณ์ (Estimative) เป็นการคาดการณ์สถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง 2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ และควรจะทำเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง และ 3) การลงปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทันทีเมื่อมีอาการ ภายใต้ปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองที่มีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและความสามารถในการดูแลตนเองของ Orem(2001) ที่อธิบายถึงปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง มีรายละเอียด ดังนี้

ภาวะสุขภาพ หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ตลอดจนความเครียด และภาวะทางอารมณ์ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น การรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่ปรากฏอยู่ของตนเองที่แสดงออกถึงความถึงพอใจ ความยินดี และมีความสุข แม้ว่าบุคคลนั้นจะมีการเจ็บป่วยก็สามารถรับรู้ถึงความผาสุกหรือมีการรับรู้สุขภาพที่ดีได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพทำให้บุคคลเกิดความคิด

ความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นเบื้องต้น และนำไปสู่การทำให้บุคคลตระหนักและเห็นความสำคัญของความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความแตกต่างกันตามความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ การรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่ปรากฏอยู่ของตนเองทำให้บุคคลเกิดความคิด ความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นเบื้องต้น และนำไปสู่การทำให้บุคคลตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองจนพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาศิริพร แก้วกุลพัฒน์ (2541) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยลิ้นหัวใจซึ่งเป็นความสามารถในการดูแลตนเอง ($r = .53, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของอรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($r = .690, p < .01$) และการศึกษาของภรณ์ เทพส่องแสง (2541) พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี ($r = -.327, p < .01$)

ความเข้มแข็งอดทน เป็นปัจจัยภายในหรือแหล่งประโยชน์ภายในที่บุคคลใช้ในการปรับตัวท่ามกลางเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกดดันทางจิตใจ หรือความเครียด ทำให้บุคคลมีความทนทานต่อความเครียดสูง สามารถเผชิญปัญหาได้โดยไม่มีอาการเจ็บป่วย (Kobasa, 1982) อาการเจ็บหน้าอกเป็นภาวะวิกฤตและเครียดของบุคคล โดยบุคคลที่มีภาวะเข้มแข็งจะสามารถผ่านภาวะวิกฤตนี้ได้เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น จนสามารถบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นได้ จากการศึกษาของนิตยา ฤทธิ์เพชร, ชนกวพร จิตปัญญา และจรรยา นิมหลวง (2556) พบว่าความเข้มแข็งอดทนช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถประเมินเหตุการณ์หรืออาการของโรคว่าเป็นสิ่งท้าทาย มีความสามารถในการดูแลและควบคุมอาการเจ็บหน้าอกได้อย่างเหมาะสม ช่วยบรรเทาภาวะเครียดลงได้ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของอินทुकานต์ กุลไวย (2551) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์และร่วมทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ($r = .73, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของเมตตา จันทร์ไทยศรี (2545) พบว่าความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลมหารชนครราชสีมา ($r = .49, p < .01$)

ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ความรู้เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้ที่ถูกต้อง เพียงพอจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสืบสวนหาข้อมูล พิจารณาไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลและตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Orem, 2001) โดยความรู้เป็นเป็นพฤติกรรมขั้นแรกในการสร้าง

หรือก่อให้เกิดความสามารถหรือทักษะ ทำให้เกิดการเรียนรู้ ทำให้เกิดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง จากการศึกษาของอัญศิณี นันตีสุนทร (2555) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ($r=.378, p<.01$) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของชัยพงศ์ ชูยศ (2547) พบว่าความรู้ในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.387$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Khuwatsamrit (2006) พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 70 ($R^2=.70, p<.001$)

การสนับสนุนทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต การสนับสนุนทางสังคมจะมีส่วนเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง มีผลต่อการเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จะให้ผลตามที่คาดหวัง เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเกิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วย (House, 1982) การสนับสนุนทางสังคมจะมีส่วนเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ทำให้ต้องปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ต้องปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเกิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วย จากการศึกษาของ พัชรวรรณ ศรีคงและนรลักษณ์ เอื้อกิจ(2554) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาวะตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง เช่นเดียวกับการศึกษาของพรพิมล อ่ำพิจิตร(2552) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($r=.368, p<.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์พรรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547) ทิพวรรณ แยมศรีบัว (2552) และอัญศิณี นันตีสุนทร (2555) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r=.461, .408$ และ $.320$ ตามลำดับ , $p<.05$) และ Khuwatsamrit (2006) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 70 ($R^2=.70, p<.001$)

จากการศึกษาของโครงการทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของประเทศไทย (Thai ACS Registry) พบว่ามีปัญหาการมารับการรักษาล่าช้า โดยใช้ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งได้รับการรักษาเฉลี่ยมากกว่า 5 ชั่วโมง ซึ่งอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนที่ได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น แต่จากการศึกษาในหลายภูมิภาคพบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตัดสินใจเข้ารับการรักษา

รักษาตั้งแต่มีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นมากกว่าช่วงระยะเวลาอื่นจนกระทั่งได้รับการรักษา ทำให้เสียโอกาสในการรักษา เนื่องจากปัจจัยพื้นฐานทั้งด้านบุคคล วัฒนธรรม สังคมและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นของแต่ละบุคคล (Orem, 2001) โดยพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือใช้ระยะเวลามากที่สุดโดยเฉลี่ย 4.9 ชั่วโมง (วัชรวิมลพัทธกิจ, 2552) รองลงมาคือภาคกลางใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 3 ชั่วโมง (พิมพา เทพวัลย์และคณะ, 2554) ภาคใต้ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 2.40 ชั่วโมง (วิมลมาศ เชาวลิต, 2551) และภาคเหนือใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 1 ชั่วโมง 35 นาที (นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญและคณะ, 2553) ประกอบกับจากสถิติอัตราการเสียชีวิตและจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2549-2553 พบจำนวนผู้ป่วย 33,148 คน เพิ่มขึ้นเป็น 45,476 คน พบผู้ป่วยที่เกิดอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้น จาก 10,319 ราย เป็น 14,542 ราย (ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2556) และจากการศึกษาของสุทธิชา สุวรรณศรี (2548) พบว่าการดูแลอาการจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะอยู่บ้านไม่เหมาะสมทั้งในด้านการทำกิจกรรม การป้องกันและควบคุมความรุนแรงของโรคตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษานำร่องของพิมลรัตน์ พิมพีดี (2553) โดยการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่กลับเข้ามาเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 1 เดือนในโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าไม่ทราบอาการของโรคหัวใจ ประเมินสาเหตุของโรคตามตำแหน่งและจัดการอาการตามสาเหตุที่รับรู้ คิดว่าเป็นอาการธรรมดา จึงพยายามอดทนให้อาการนั้นหายไปเอง ใช้ยาอมใต้ลิ้นไม่ถูกต้อง ประกอบกับจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีอาการเจ็บหน้าอกบ่อยครั้ง และมีการดูแลตนเองเมื่อมีอาการไม่ถูกต้อง จนต้องการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤต และมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่ม

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหาและที่ผลกระทบดังกล่าว ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ซึ่งการส่งเสริมความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลดอาการเจ็บอกด้วยตนเองอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลาในการรักษาล่าช้า ลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะหัวใจขาดเลือด จึงจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งเสริมความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนการดูแลและการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลอาการเจ็บ

หน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ให้สามารถดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงและการกลับมาเป็นซ้ำ ภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย ภาระค่าใช้จ่าย และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของตัวแปร ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ต่อความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

คำถามการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน เป็นอย่างไร
2. ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนหรือไม่ อย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนาย ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

ตัวแปรต้น คือ ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-care theory) ของ Orem (2001) เป็นกรอบแนวคิดวิจัยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดย Orem (2001) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล เป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ โดยความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานจะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการจะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและเกี่ยวข้องโดยตรงที่ผู้ป่วยจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสเกิดการเจ็บหน้าอกได้เมื่อได้รับปัจจัยกระตุ้น การลดอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพจะช่วยเพิ่มออกซิเจนให้กล้ามเนื้อหัวใจ ลดบริเวณที่ตายของกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด ดังนั้นความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจึงมีความจำเป็นต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นทันที ผู้ป่วยจะเริ่มแสวงหาแนวทางการลดอาการเจ็บหน้าอกเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง เป็นการกระทำที่มีแบบแผน ลำดับ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่มีแบบแผนลำดับขั้นตอน ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ 1) การคาดการณ (Estimative) เป็นการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง 2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถและควรจะทำเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง และ 3) การลงปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่เป็น จากแนวคิดของ Orem (2001) ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากการทบทวนกรอบแนวคิดของ Orem (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในอดีตที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีรายละเอียด ดังนี้

ภาวะสุขภาพ หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ตลอดจนความเครียด และภาวะทางอารมณ์ที่บ่งบอกถึง

ความสามารถในการเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความแตกต่างกันตามความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ การรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่ปรากฏอยู่ของตนเองที่แสดงออกถึงความถึงพอใจ ความยินดี และมีความสุข แม้ว่าบุคคลนั้นจะมีการเจ็บป่วยก็สามารถรับรู้ถึงความผาสุกหรือมีการรับรู้สุขภาพที่ดีได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพทำให้นักคิดความคิด ความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นเบื้องต้น และนำไปสู่การทำให้บุคคลตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง สอดคล้องกับของศิริพร แก้วกุลพัฒน์ (2541) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยลิ้นหัวใจซึ่งเป็นความสามารถในการดูแลตนเอง ($r = .53, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($r = .690, p < .01$) และการศึกษาของภรณ์เทพส่องแสง (2541) พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี ($r = -.327, p < .01$)

ความเข้มแข็งอดทน เป็นปัจจัยภายในหรือแหล่งประโยชน์ภายในที่บุคคลใช้ในการปรับตัวท่ามกลางเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกดดันทางจิตใจ หรือความเครียด โดยการพัฒนาลักษณะต่างๆของบุคคลมาจากความสามารถ ความเชื่อ ค่านิยม ตั้งแต่ระยะต้นของชีวิตและพัฒนาอย่างต่อเนื่องท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทำให้นักคิดต้องปรับตัวเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ทำให้นักคิดมีความทนทานต่อความเครียดสูง (Kobasa, 1982) อาการเจ็บหน้าอกเป็นภาวะวิกฤตของบุคคล โดยบุคคลที่มีภาวะเข้มแข็งจะสามารถผ่านภาวะวิกฤตนี้ได้เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น จนสามารถบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นได้ จากการศึกษาของนิตยา ฤทธิ์เพชร และคณะ (2556) พบว่าความเข้มแข็งอดทนช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถประเมินเหตุการณ์หรืออาการของโรคว่าเป็นสิ่งท้าทาย มีความสามารถในการดูแลและควบคุมอาการเจ็บหน้าอกได้อย่างเหมาะสม ช่วยบรรเทาภาวะเครียดลงได้ ทำให้อายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของอินทกานต์ กุลไวย (2551) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์และร่วมทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ($r = .73, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของเมตตา จันทรไทยศรี (2545) พบว่าความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ($r = .49, p < .01$)

ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง Orem (2001) กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้ที่ถูกต้อง เพียงพอจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้นักคิดสืบสวนหาข้อมูล พิจารณาไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลและตัดสินใจกระทำกิจกรรมการ

ดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการจากการเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้เพิ่มขึ้น โดยความรู้เป็นเป็นพฤติกรรมขั้นแรกและเป็นส่วนประกอบในการสร้างหรือก่อให้เกิดความสามารถหรือทักษะ ทำให้เกิดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง จากการศึกษาของอัญศิณี นันตีสุนทร (2555) พบว่าความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ($r=.378, p<.01$) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของชัยพงศ์ ชูยศ (2547) พบว่าความรู้ในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ($r=.387, p<.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Khuwatsamrit (2004) พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 70 ($R^2=.70, p<.001$)

การสนับสนุนทางสังคม Orem (2001) เชื่อว่าการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต การสนับสนุนทางสังคมมีส่วนเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และมีวิธีการดูแลอย่างเฉพาะ ทำให้ต้องปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ต้องปฏิบัติมากขึ้น จึงต้องได้รับการช่วยเหลือด้านความรักความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากระบบบริการสุขภาพ จะช่วยส่งเสริมให้การปฏิบัติพฤติกรรมได้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จะให้ผลตามที่คาดหวัง ซึ่งเป็นพลังอย่างหนึ่งตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมีความสำคัญคือ 1) ทำให้เกิดพฤติกรรมเกิดพลังงานกระตุ้นให้มีการกระทำ 2) ทำให้เกิดความสนใจ การเลือกและกำหนดให้ตนเองแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมา และ 3) นำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อแรงจูงใจ ทำให้เกิดการรับรู้และการกระทำ ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเกิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาของ พัชรวรรณ ศรีคงและนรลักษณ์ เอื้อกิจ(2554) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาควะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง เช่นเดียวกับการศึกษาของพรพิมล อ่ำพิจิตร(2552) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($r=.368, p<.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์พรรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547) ทิพวรรณ แยมศรีบัว (2552) และอัญศิณี นันตีสุนทร(2555) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r=.461, .408$ และ $.320$ ตามลำดับ , $p<.05$) และ Khuwatsamrit (2004) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสม่ำเสมอ

ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 70 ($R^2=.70$, $p<.001$)และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Parry และ Watson (2009) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากแนวคิดและหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถเขียนเป็นสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งของตน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน
2. ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งของตน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง หมายถึง ระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองขณะเกิดอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

- 1) ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) ความสามารถในการคาดการณ์ผลของอาการเจ็บหน้าอกและ การให้ความหมาย เพื่อการหาวิธีการในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง จากความรู้ ประสบการณ์ เทคนิควิธีการต่างๆในการดูแลตนเอง
- 2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำและตัดสินใจกระทำเพื่อดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองเพื่อลดอาการเจ็บหน้าอก
- 3) การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในปฏิบัติเพื่อดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในการลดอาการเจ็บหน้าอก มีการคาดการณ์ ประเมินผลของการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองได้ เพื่อปรับวิธีการดูแลด้วยตนเอง

ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับแนวปฏิบัติในการดูแลอาการเจ็บหน้าอก (Anderson

et al., 2011) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มีลักษณะแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว

ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ในปัจจุบัน ตลอดจนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยกัน ประเมินโดยประยุกต์ใช้แบบวัดภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุของ Speaker และคณะ (1989) แปลโดย สุพรรณิ ชีระเจตกุล (2539) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ เป็นลักษณะมาตราวัดประมาณค่า 4 ระดับ

ความเข้มแข็งอดทน หมายถึง ระดับการรับรู้ของบุคคลต่อการเจ็บหน้าอก ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองที่เกิดขึ้นได้ ประเมินได้จากแบบสอบถามเกี่ยวกับความเข้มแข็งอดทนที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแบบวัดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพของสรันยา เบญจกุล (2538) แปลจากแบบสอบถามของ Pollock และ Duffy (1990) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ เป็นลักษณะมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

1) ความมุ่งมั่นเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related commitment) หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกตั้งใจในการที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยไม่กลัวอุปสรรคใดๆ มีความเชื่อมั่นต่อตนเอง ตั้งคมและบุคคลอื่น ๆ

2) ความมีอำนาจควบคุมเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related control) หมายถึง ความคิดเห็นหรือ ความรู้สึกภายในตนเองที่มีต่อของอาการเจ็บหน้าอก ว่าสามารถควบคุมหรือมีอำนาจการเปลี่ยนแปลงอาการเจ็บหน้าอกได้ โดยมีความสามารถในการคาดการณ์ล่วงหน้า การวางแผน และดูแลอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น โดยเกิดผลลัพธ์ของพฤติกรรมตามที่คิดไว้

3) ความท้าทายเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related challenge) หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกกว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถและทำให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง หมายถึง ระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับการรับรู้สาเหตุของอาการเจ็บหน้าอก ลักษณะอาการเจ็บหน้าอก การดูแลอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยตนเอง และการป้องกันการเกิดอาการเจ็บหน้าอก โดยใช้แบบทดสอบความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและร่วมกับแนวปฏิบัติในการดูแลอาการเจ็บหน้าอก (Anderson et al., 2011) จำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นตัวเลือก 3 ตัวเลือก

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนทางด้านข้อมูล ข่าวสาร ด้านทรัพยากร ด้านอารมณ์และด้านการประเมินคุณค่าจนเกิดความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองได้ ประเมินโดยคัดแปลงใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสิริรัตน์ ลีลาจรัสและพิศสมัย อรทัย (2554) ที่ประยุกต์จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ Toljamo and Hentinen (2001) ที่สร้างตามแนวคิดของ House (1981) มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี หรือโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในวัยผู้ใหญ่อายุ 20-59 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอายุกรรมที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. ทราบปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลอาการเจ็บอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน เพื่อนำไปส่งเสริมความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงและการกลับมาเป็นซ้ำ ลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตเฉียบพลันจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองและ การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ทำงานศึกษาค้นคว้า ตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยต่างๆ โดยมีรายละเอียดนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดหัวใจ

- 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 1.2 อาการและอาการแสดง
- 1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 1.4 การวินิจฉัยและแนวทางการรักษา
- 1.5 ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบ

2. ความสามารถในการดูแลตนเอง

- 2.1 แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง
- 2.2 ความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก
- 2.3 ความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

4. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคหลอดเลือดหัวใจ

1.1 ความหมาย

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease : CAD) มีชื่อเรียกอย่างอื่นอีก เช่น โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Heart Disease ;CHD) โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease : IHD) โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (Atherosclerotic Heart Disease : ASHD) หมายถึง ภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเลี้ยงหรือเลือดไหลสู่กล้ามเนื้อหัวใจลดลง หรือภาวะมีเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อไม่พอกับความต้องการ (Imbalance of myocardial supply and demand) ทำให้ออกซิเจนที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ลดลง มีผลทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Angina pectoris) ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดแดงเลี้ยงหัวใจ เกิดการแข็งตัวและรูตีบแคบ (Coronary atherosclerosis) โดยทำให้เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงและตายใจที่สุด (Myocardial infarction) เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดภาวะหัวใจวายและเสียชีวิตได้ (อภิชาติ สุขนครินทร์, 2553; Aderson, 2007; Cohen, Pascual, Scirica & Ohman; 2010)

1.2 อาการและอาการแสดง

1.2.1 อาการเจ็บหน้าอก (Angina pectoris) เป็นความรู้สึกไม่สบายบริเวณทรวงอก มีลักษณะหลากหลาย คือ มีอาการแน่นๆ อึดอัด หรือปวดบริเวณหน้าอกซ้าย เป็นอาการที่พบมากที่สุดและเป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดหลายลักษณะ เช่น แน่นเหมือนถูกกดทับ แน่นจุก อึดอัด เจ็บเหมือนหัวใจถูกบีบ แสบร้อน ปวดร้าว เป็นต้น เกิดจากการนำออกซิเจนหรือเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงจากการตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารี ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีการทำงานมากขึ้นได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ จึงมีอาการเมื่อมีการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรม เมื่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนจะปล่อยสารต่างๆ อาทิ แบริคไคนิน (Bradykinin) และเคนนิน (Kinin) อื่นๆ ออกมาและไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด (Xu, Sun, & Edvinsson, 2010) กระตุ้นประสาทสัมผัสที่ไขสันหลังส่วนคอที่ 3 คือ ไขสันหลังส่วนอกที่ 10 ทำให้การลักษณะอาการเจ็บหน้าอกมีความแตกต่างกันไป (Aderson, 2007; Lenfant, 2010 ; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

1.2.2 อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) มีลักษณะอาการหายใจสั้นๆ หายใจติดขัดไม่โล่งเหมือนปกติและเหนื่อยหอบ การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่อหนึ่งนาทีลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดลง โดยเฉพาะที่ปอด จนทำ

ให้เกิดการทำงานผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

1.2.3 ภาวะความดันโลหิตต่ำ หรือภาวะช็อก (Shock) มีอาการเขียวคล้ำและเย็นตามปลายมือปลายเท้า การเต้นของหัวใจผิดปกติ อาจเร็วหรือช้าลง ซีพจรเบา อาจเกิดจากการได้รับความเจ็บปวดจากอาการเจ็บหน้าอก ซึมลง เหนื่อยเพลีย เนื่องจาก มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้เลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553)

1.2.4 เหนื่อยล้า (Fatigue) จากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทำให้เลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดลง ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า

1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษาพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้แบ่งเป็น ดังนี้

1.3.1 ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ (Non-modifiable risk factors) ได้แก่

1.3.1.1 อายุ (Age) เมื่ออายุเพิ่มขึ้น โอกาสพบโรคนี้จะมากขึ้น อายุสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคและทำให้โรครุนแรง อาการของโรคมักชัดเจนหลังอายุ 40 ปี พบว่า 4 ใน 5 ของผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคนี้อายุเกิน 65 ปี และในอายุที่มากขึ้น โดยการเกิดโรคจะดำเนินไปอย่างช้าๆ ในช่วงอายุ 40-60 ปี อุบัติการณ์การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะเพิ่มขึ้นเป็น 5 เท่า ผู้หญิงจะเสียชีวิตจากโรคหัวใจวายได้เป็น 2 เท่าของผู้ชาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553)

1.3.1.2 เพศ (Sex) เพศชายมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศหญิงที่ยังมีประจำเดือน (Menstruation) ไม่เป็นโรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และภาวะความดันโลหิตสูงในช่วงอายุ 35-55 ปี เพศชายมักเกิดโรคเมื่ออายุเกิน 40 ปี ส่วนเพศหญิงมักเกิดเมื่ออายุ 55 ปี แต่ในเพศหญิงจะพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวมากขึ้น เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ลดลง และพบว่า 1 ใน 3 ของเพศหญิงที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปหรือมากกว่ามีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ดังนั้นในช่วงอายุ 60-70 ปี อุบัติการณ์การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงเท่ากันทั้งสองเพศ (Ferket et al., 2010; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

1.3.1.3 ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว (Family history) ผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย บิดา มารดา และพี่น้องที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคนี้ โดยพบว่ามีโอกาสเกิดโรคนี้นี้ก่อนอายุ 50 ปีได้ง่ายกว่าปกติ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

1.3.1.4 พันธุกรรมและเชื้อชาติ (Gene phylogeny) ผู้ป่วยที่มีบิดามารดาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูง ปัจจัยทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรคได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันเลือดผิดปกติ เบาหวาน และอ้วนมาก พบว่าคนผิวขาวเป็นโรคนี้นี้มากกว่าคนผิวอื่น (Ferket et al., 2010; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

1.3.2 ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้หรือป้องกันได้ (modifiable risk factors) คือ ปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ โดยวิธีหลีกเลี่ยง ควบคุม รักษาดูแล และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ถูกวิธีสามารถป้องกันภาวะหลอดเลือดหัวใจได้ ได้แก่

1.3.2.1 ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงจะเพิ่มแรงเสียดทานกับเซลล์เอ็นโดทีเลียลทำให้เซลล์เอ็นโดทีเลียลบุผนังหลอดเลือดได้รับความเสียหายเกิดการฉีกขาดและเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัวขึ้น และอาจมีปัจจัยเสี่ยงร่วม เช่น ความอ้วน และโรคเบาหวาน ไ้ไขมันในเลือดผิดปกติ และการสูบบุหรี่ ทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดหัวใจตีบตันเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infraction : AMI) โดยเฉพาะหัวใจห้องล่างซ้าย ทำให้หัวใจห้องบนซ้ายมีเลือดค้างต้องบีบแรงขึ้น อาจทำให้เกิดการเต้นผิดปกติ ซึ่งส่งผลทำให้เลือดที่ออกจากหัวใจลดลง และเลือดยังค้างในหัวใจห้องซ้ายบนมากขึ้น จนทำให้ความดันเลือดในปอดสูงขึ้น การแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติ ทำให้เหนื่อยหอบเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (Congestive Heart Failure : CHF) ดังนั้น การแก้ไขภาวะความดันโลหิตสูงจะลดอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูงจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนปกติ 3.7 เท่า (Ferket et al., 2010; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

1.3.2.2 ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) พบว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวมากกว่าปัจจัยเสี่ยงอื่น ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเกิน 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมกกว่าผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลน้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ประมาณ 5 เท่า (ผ่องพรรณ) ไขมันที่มีความสำคัญคือ Low-Density Lipoprotein (LDL) เพราะมีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดแข็งหัวใจตีบสูงมาก ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็น 4 เท่าของผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร รวมถึงผู้ที่มีไตรกลีเซอไรด์สูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีความสัมพันธ์

ในเชิงบวกกับโรคเบาหวานและโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจมากกว่าปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ (Williams & Feldman, 2011)

1.3.2.3 โรคเบาหวานและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Diabetes and hyperglycemia) ความทนกลูโคสผิดปกติ และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารผิดปกติทำให้ความเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น โรคเบาหวานทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดทั้งขนาดเล็กและหลอดเลือดขนาดใหญ่ มักพบเบาหวานในวัยกลางคนและผู้ที่มีน้ำหนักตัวมาก มีความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวเร็วกว่าปกติ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มมากกว่าคนทั่วไป 5.7 เท่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีผลทำให้ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานต่อหลอดเลือดต่างๆลดลง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้นตั้งแต่ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน หรือพบความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดที่ชัดเจน และยังสูงขึ้นเมื่อได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวาน หรือพบความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด ความเสี่ยงจะเพิ่มสูงขึ้นตามความรุนแรงของความผิดปกติน้ำตาลในเลือด การป้องกันโรคระบบหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและให้การบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Ferket et al., 2010)

1.3.2.4 การสูบบุหรี่ (Cigarette smoking) บุหรี่มีสารประกอบต่างๆ อยู่ประมาณ 4,000 ชนิด สารพิษมีส่วนสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกายโดยเกิดเป็นคราบเกาะภายในหลอดเลือด รูขของหลอดเลือดค่อยๆ ตีบลงจนตีบตันในที่สุด ทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้น้อยลง และเกิดเป็นโรคหัวใจขาดเลือด เมื่อหลอดเลือดตีบจนมีผลให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงหัวใจได้ จะทำให้เกิดอาการจุกเสียดเจ็บหน้าอก และหัวใจวายได้ในที่สุด (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) ผู้ที่สูบบุหรี่จัด (20 มวน/วัน) เสี่ยงต่อการเกิดโรคถึง 6.5 เท่า สารนิโคตินจากบุหรี่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะแล้วผู้สูบบุหรี่จะมีหลอดเลือดเสื่อมและเกิดตีบตันเร็วกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 10-15 ปี (Ferket et al., 2010; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

1.3.2.5 ภาวะเครียด (Stress) ความเครียดมีผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะความเครียดเรื้อรังติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้ร่างกายจะหลั่งสารแคเทพิโคลามีนซึ่งมีผลต่อหลอดเลือดส่วนปลาย การเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจเพิ่มสูงขึ้นตามระดับความเครียดจากสภาพจิตใจ (Ferket et al., 2010; Goldston & Baillie, 2008)

1.3.2.6 การมีระดับ Homocysteine ในเลือดสูง เกิดจากความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึมของร่างกาย มีผลให้ระดับ Homocysteine ในเลือดสูง ($>100 \mu\text{mol/liter}$) และในปัสสาวะสูงด้วยมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Ferket et al., 2010)

1.3.2.7 การขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิกเชื่อว่าสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพราะช่วยเพิ่มระดับเอชดีแอล ลดแอลดีแอล ลดโคเลสเตอรอล ลดไตรกลีเซอไรด์และลดน้ำตาลในเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยสาเหตุสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Ferket et al., 2010)

1.3.2.8 ความอ้วน ความอ้วนสร้างภาระให้หัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักเพื่อให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ความอ้วนมากทำให้เสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินพอดีหรือมาตรฐานเพียงร้อยละ 10 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ และพบว่าผู้ที่อ้วนมากเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้มากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า (Ferket et al., 2010; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

1.4 การวินิจฉัยและแนวทางการรักษา

1.4.1 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถวินิจฉัยได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษต่างๆ รายละเอียดดังนี้

1.4.1.1 การซักประวัติ เป็นส่วนสำคัญที่จะใช้ในการวินิจฉัยและการวางแผนการรักษาของแพทย์ โดยการซักประวัติควรถามให้ได้ข้อมูลครอบคลุมประวัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งหมด อาการเจ็บหน้าอกซักประวัติเกี่ยวกับความเจ็บปวดว่าเริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกตั้งแต่มัเมื่อไร เคยเป็นมาก่อนหรือไม่ ระยะเวลาของอาการ ลักษณะการเจ็บปวด ตำแหน่ง การร้าวไปตำแหน่ง ปัจจัยที่ทำให้เป็นมากขึ้น ปัจจัยที่ทำให้อาการดีขึ้น อาการเจ็บมีความสัมพันธ์กับสาเหตุอะไร อย่างไร รวมถึงการซักประวัติการรักษา การผ่าตัด การตรวจพิเศษ ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว แบบแผนสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (วารสารศัลยวงศ์, 2551 ; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

1.4.1.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะเป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย การคัดกรองผู้ป่วย การมีข้อมูลเบื้องต้น การค้นหาโรคที่เป็นสาเหตุ ประเมินและติดตามผลการรักษา (Ferket et al., 2010; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; วารสารศัลยวงศ์, 2551) ดังนี้

เอนไซม์หัวใจ (Cardiac enzyme) เอนไซม์หัวใจเป็นโปรตีนพิเศษที่มีหน้าที่เร่งปฏิกิริยาในเซลล์ที่มีชีวิต เอนไซม์หัวใจมีมากในกล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อเซลล์ถูกทำลายหรือได้รับอันตราย เอนไซม์ที่อยู่ในกล้ามเนื้อจะถูกปล่อยเข้าสู่กระแสโลหิต ตรวจพบระดับเอนไซม์ในเลือดที่สูงกว่าปกติ การวินิจฉัยโรคและระบุความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมักจะใช้ระดับเอนไซม์ isoenzyme และ marker ในเลือด เอนไซม์ที่สำคัญ คือ

ครีเอตินไคเนส (Creatinin Kinase : CK) และ Isoenzyme creatine kinase เป็นเอนไซม์ของเซลล์กล้ามเนื้อ หัวใจ สมอง และกล้ามเนื้อลาย การพบครีเอตินไคเนสในเลือดแสดงถึงเนื้อเยื่อดังกล่าวตายหรือได้รับอันตราย ในกล้ามเนื้อหัวใจตายระดับครีเอตินไคเนสจะสูงขึ้นหลังการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ 6-15 ชั่วโมง และจะมีระดับสูงสุดภายใน 24 ชั่วโมง และลดกลับสู่ระดับปกติใน 1-4 วัน การตรวจ CK-MB พบมากในกล้ามเนื้อหัวใจ สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ 3-15 ชั่วโมง โดยมีระดับสูงสุดระหว่าง 12-24 ชั่วโมงหลังมีอาการเจ็บหน้าอก และลดกลับสู่ระดับปกติใน 1-3 วัน

ไมโอโกลบิน (Myoglobin) เป็นโปรตีนที่มีน้ำหนักโมเลกุลต่ำที่พบในกล้ามเนื้อลายที่ออกมาเร็ว แต่ความไวเป็น marker ที่ไม่เฉพาะเจาะจงต่อการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหัวใจ สามารถตรวจพบได้ภายใน 2 ชั่วโมงหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และลดลงปกติภายใน 24 ชั่วโมง เนื่องจากตรวจพบเพียงระยะสั้นๆ และพบในกล้ามเนื้ออื่นด้วย จึงมีประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายน้อย

โทรโปนิน (Troponin) พบได้ในกล้ามเนื้อลายทุกชนิด แต่โทรโปนินของกล้ามเนื้อหัวใจมีโปรตีนเฉพาะ ดังนั้นแอนติบอดีสำหรับโทรโปนิน ไอ และที จึงเฉพาะเจาะจงมาก การพบโทรโปนิน ไอ จึงไวในการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้เท่ากับการพบ CK-MB ตรวจพบได้ใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการเจ็บหน้าอกและจะลดลงสู่ระดับปกติใน 5-14 วัน จึงทำให้มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกที่มาตรวจหลังเกิดอาการแล้ว 2-3 ชั่วโมง

แลคเตทดีไฮโดรเจเนส (lactate dehydrogenase:LDH) มี isoenzyme 5 ชนิดที่สำคัญคือ LDH₁ พบมากในกล้ามเนื้อหัวใจ พบระดับสูงใน 12-24 ชั่วโมงหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยที่ LDH รวมยังอยู่ในระดับปกติ และพบว่าอัตราส่วนของ LDH₁ : LDH₂ ที่มากกว่า 1 จะให้ความแม่นยำในการวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มากกว่าร้อยละ 90

แอสพาร์เตทอะมิโนทรานเฟอเรส (Aspartate Aminotransferase: AST) มีความเฉพาะเจาะจงในการวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายน้อยกว่า CK-MB โดย AST จะขึ้นสูงสุดใน 24-48 ชั่วโมงหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และลดลงสู่ระดับปกติ 3-5 วัน

ไขมันในเลือด (Serum lipid) ระดับไขมันในเลือดที่สูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ การประเมินโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (High-Density Lipoprotein : HDL) และไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่น (Low-Density Lipoprotein: LDL) จะบ่งบอกความเสี่ยงผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่มีระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 260 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบจะเป็น 3 เท่าของผู้ที่มีระดับต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (Williams & Feldman, 2011)

C-reactive protein ใช้ในการพยากรณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ โดยเฉพาะในผู้หญิง และบ่งชี้ได้ดีกว่าการมีไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL) อยู่ในระดับสูง และการตรวจทั้งสองสิ้นเปลืองเท่ากัน ผู้หญิงที่มีค่าซี-รีแอคทีฟโปรตีนสูงกว่า 0.38 และผู้ชายที่มีค่าซี-รีแอคทีฟโปรตีนสูงกว่า 0.15 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ต้องแนะนำให้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

Beta type B (B type) โฮโมซิสเตอีน (Homocysteine) เป็น biomarker ตัวใหม่ของโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการมีระดับโฮโมซิสเตอีนในเลือดสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้เท่ากับผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง ค่าปกติน้อยกว่า 12 มิลลิโมลต่อเดซิลิตร

Natriuretic Peptide (BNP) ใช้ในการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวและใช้เวลาในการตรวจสั้น ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งที่มีเวนทริเคิลจะมีปริมาณ BNP สูงขึ้น สามารถวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ถูกต้องร้อยละ 83

1.4.1.3 การตรวจพิเศษต่างๆ ได้แก่

1) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นการตรวจที่แพทย์นำมาแปลผลร่วมกับข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับ ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจสามารถบอกการตายหรือการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardial infarction) มาก่อน ทำให้แพทย์สามารถวินิจฉัยวางแผนการรักษา แต่อาจจำเป็นต้องใช้ร่วมกับการตรวจวิธีอื่นๆร่วมด้วย (ยงยุทธ สหสสกุล, 2549)

2) การทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกาย มีการตรวจสอบคลื่นไฟฟ้าหัวใจในขณะที่ผู้ป่วยออกกำลังกาย เพื่อประเมินสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ค้นหาโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบในผู้ที่ไม่แสดงอาการ การเดินฝัดจังหวะที่เกิดขึ้นขณะออกกำลังกายจะช่วยในการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม (Cohen, Pascual, Scirica, & Ohman, 2010)

3) การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ เป็นวิธีการตรวจวินิจฉัยประเมินความรุนแรง และตรวจหาภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการประเมินการบีบตัวของผนังแต่ละส่วนของหัวใจ ความผิดปกติของการบีบตัวของผนังหัวใจบางส่วนซึ่งจะเป็นหลักฐานที่แสดงถึงว่ามีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ (Cohen, Pascual, Scirica, & Ohman, 2010)

4) การตรวจสวนหัวใจและฉีดสารทึบรังสีเข้าช่องหัวใจ เป็นการตรวจวินิจฉัยโรคของหัวใจที่ดีที่สุด การตรวจจะใส่สายสวนเข้าหลอดเลือดดำหรือหลอดเลือดแดงให้เข้าไปอยู่ในหัวใจเพื่อทำการตรวจ เพื่อยืนยันโรคหัวใจที่เป็นอยู่ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจ โรคลิ้นหัวใจ และการทำหน้าที่ลิ้นที่ผิดปกติ รวมทั้งสามารถใช้ค้นหาตำแหน่งที่ผิดปกติและระยะการดำเนินโรค เพื่อค้นหาสาเหตุในแอนจิณาเพคทอริสที่อยู่ที่รุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือสาเหตุของแอนจิณาเพคทอริสที่ไม่อยู่ตัว ใช้ประเมินหัวใจล้มเหลวที่ไม่สามารถควบคุมได้ ประเมินการเดินผิดจังหวะของเวนทริเคิลช็อกจากหัวใจ เป็นการตรวจเพื่อตัดสินใจวิธีการรักษาที่ดีที่สุด หรือติดตามประเมินผลหัวใจและหลอดเลือดต่อการรักษาด้วยยา (Lefant, 2010; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

5) การตรวจพิเศษอื่นๆ ได้แก่ การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงพร้อมกับการได้รับยากระตุ้นการทำงานของหัวใจ (Dobutamine stress test) การตรวจหัวใจทางนิวเคลียร์ (Nuclear cardiac imaging) และการตรวจหัวใจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Cardiac magnetic resonance imaging (MRI)) การตรวจด้วยเครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ความเร็วสูง (Coroary computed tomography angiography (CTA)) เป็นต้น (Cohen, Pascual, Scirica, & Ohman, 2010)

1.5 แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ

เป้าหมายการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ ต้องให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้ได้มากที่สุด โดยป้องกันการขยายตัวหรือจำกัดขนาดของก้อนไขมันในผนังหลอดเลือด ซึ่งจะเป็นการลดการเกิดภาวะเสี่ยงที่เป็นอันตราย ป้องกันความก้าวหน้าของโรคไม่ให้ลุกลามหรือกำเริบ และลดอัตราการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย แนวทางการรักษาแบ่งเป็น 3 วิธีคือ

1.5.1 การรักษาด้วยยา มีจุดประสงค์เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจมีสมดุลการให้และการได้รับออกซิเจน ลดอาการเจ็บหน้าอก ยาที่สำคัญ ได้แก่

1) ยาด้านเกล็ดเลือด ได้แก่ Aspirin และ Clopidogrel ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งเกล็ดเลือดมาเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วยที่เจ็บหน้าอกรุนแรง และลดการเสียชีวิต โดยให้รับประทานยาแอสไพรินในขนาด 75-162

มิลลิกรัมต่อวัน รับประทานไปตลอดชีวิต หากผู้ป่วยไม่มีข้อห้าม ผลข้างเคียงคือ ปวดท้องและเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ส่วนยา Clopidogrel ควรให้ผู้ป่วยรับประทานขนาด 75 มิลลิกรัมต่อวันควบคู่ไปกับยาแอสไพรินจนถึง 12 เดือนภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือได้รับการใส่โครงตาข่ายน้อย 3-6 เดือนขึ้นอยู่กับชนิดของโครงตาข่ายที่ใช้และอย่างน้อย 1 เดือนแรกหลังทำการรักษาหรือ 2 สัปดาห์ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่าย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553)

2) ยากันบีต้า (Beta-blocker) ทำหน้าที่กั้นตัวรับชนิดเบต้า (β -receptor) โหลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ยาปิดกั้นตัวรับชนิด β_1 จะออกฤทธิ์โดยลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ สำหรับอาการเจ็บหน้าอกใช้ยาปิดกั้นชนิด β_1 จะได้ผลดีเพราะลดการทำงานของหัวใจ และลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ แต่ถ้าใช้ยาปิดกั้นตัวรับไม่แยกชนิด จะมีผลให้ลดปริมาณเลือดออกจากหัวใจ ลดอัตราการเต้นของหัวใจและลดการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ แต่เพิ่มแรงเสียดทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพราะมีฤทธิ์ของยาปิดกั้นตัวรับชนิด β_2 ร่วมด้วย การใช้ยาอาจทำให้อ่อนเพลีย สมรรถภาพทางเพศลดลง หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำมาก ผู้ป่วยที่มีอาการหอบอาจเลวลง และทำให้การควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้ผล การดูแลต้องระมัดระวังในผู้ป่วยโรคหอบหืด เบาหวาน และติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และฟังเสียงปอดอย่างสม่ำเสมอ ยากลุ่มปิดกั้นตัวรับชนิด β_1 ได้แก่ atenolol, betaxolol และ metoprolol ยาปิดกั้นตัวรับไม่แยกชนิด ได้แก่ propranolol, nadolol (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553)

3) ยายับยั้งแองจิโอเทนซิน (ACE inhibitor) ยาช่วยลดภาวะด้านหลังของหัวใจเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ ดังนั้น จึงเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาที ยาไม่ได้ลดอาการแองไจนาเพคทอริสโดยตรง แต่การใช้ระยะยาวช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ หรือลดการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ จะพิจารณาใช้ยากับทั้งผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด ST ยกสูงขึ้น (STEMI) ซึ่งมีสัดส่วนของเลือดที่บีบตัวออกจากหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF) น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 หรือผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นโรคไตเรื้อรังแต่ยังไม่เข้าสู่ระยะไตวาย เพื่อรักษาอาการหัวใจวาย และลดการเสียชีวิต ผู้ที่ใช้ยาอาจมีอาการความดันโลหิตต่ำ ปัสสาวะออกน้อย ใจสั่น นอนไม่หลับ วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นขึ้น และไอ ดังนั้นจึงต้องติดตามอาการข้างเคียงและติดตามความดันโลหิต ยูเรียไนโตรเจนในเลือด เอนไซม์ของตับ และระดับโปรแตสซีมในเลือด (Cohen, Pascual, Scirica, & Ohman, 2010; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553)

4) ยากลุ่ม Angiotensin receptor blocker เป็นยาที่ใช้เพื่อรักษากลุ่มยับยั้งแองจิโอเทนซิน (ACE inhibitor) ซึ่งจะพิจารณาให้ในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนผลข้างเคียงของยาดังกล่าวหรืออาจใช้ร่วมกันในผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจวายเองจากมีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 ควรให้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคความดันโลหิตสูงซึ่งไม่สามารถทนผลของข้างเคียงของยายับยั้งแองจิโอเทนซินได้ (Cohen, Pascual, Scirica, & Ohman, 2010)

5) ยากลุ่ม Calcium channel blocker (Calcium antagonist) ยาออกฤทธิ์ปิดกั้นช่องทางแคลเซียมเข้าเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจและเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีขยายตัว และหลอดเลือดแดงส่วนปลายของร่างกายก็ขยายตัวด้วย ลดการเมตาบอลิซึมของกล้ามเนื้อหัวใจ หรือลดการไหลออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ มีผลให้ลด preload ลดความดันโลหิต ลดการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ และลดอัตราการเต้นของหัวใจแต่เพิ่มการไหลเวียนในหลอดเลือดแดงโคโรนารี ยากลุ่มนี้ได้แก่ Verapamil, Diltiazem, Dihydropyridine ซึ่งแต่ละตัวมีฤทธิ์แตกต่างกัน มักใช้เมื่อผู้ป่วยมีข้อห้ามในการใช้ยาต้านเบต้า หรือทนต่อผลข้างเคียงของยาต้านเบต้าไม่ได้ ยาอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ดังนั้นจึงต้องสังเกตอัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ติดตามเอนไซม์ของตับเพราะยาอาจเพิ่มระดับเอนไซม์ (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553)

6) ยากลุ่มไนเตรท ยากลุ่มนี้ใช้สำหรับบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบไม่มีอาการ ออกฤทธิ์โดยขยายหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ หลอดเลือดดำขยายเพื่อลดปริมาณเลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจ เพื่อเป็นการลด Preload และลดการกดหลอดเลือดบริเวณ Subendocardial โดยให้หลอดเลือดขยายเพื่อเลือดจะไหลเวียนได้เต็มที่ ขณะที่หัวใจคลายตัวก่อนที่หัวใจจะบีบตัว ยากลุ่มนี้ยังลดแรงตึงตัวของผนังหัวใจห้องล่าง ทำให้แรงหดตัวส่งเลือดออกจากหัวใจลดลง ซึ่งสอดคล้องปริมาณเลือดดำที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจลดลง หลอดเลือดแดงคลายตัวเป็นการลดแรงต้านทานการทำงานของหัวใจขณะหดตัวถือเป็นการลด Afterload นอกจากนี้ Nitrate ยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี ยา Nitroglycerin ถูกดูดซึมเข้าสู่ Portal circulation และถูกทำลายโดยตับ เมื่อเข้าสู่ร่างกายโดยวิธีการรับประทาน วิธีให้ยา เช่น อมใต้ลิ้น ยาพ่น ป้ายยา หรือเป็นแผ่นแปะติดหน้าอก การดูดซึมจากใต้ลิ้นจะเร็วใช้เวลาประมาณ 30 วินาที ชนิดป้ายยาออกฤทธิ์ภายใน 4-6 ชั่วโมง ชนิดเป็นแผ่นแปะหน้าอกออกฤทธิ์ระยะยาวประมาณ 24 ชั่วโมง สำหรับชนิดรับประทานที่ออกฤทธิ์ระยะยาว ได้แก่ Isosorbide dinitrate และ Isosorbide-5-mononitrate ออกฤทธิ์นาน 2-4 ชั่วโมง ผลข้างเคียงของการใช้ยากลุ่มนี้คือ ปวดศีรษะ เป็นลม หมดสติ และหัวใจเต้นเร็วขึ้น การดูแลต้อง

ติดตามสังเกตอาการแอนโงนาแพคทอริสและความดันโลหิต (Cohen, Pascual, Scirica, & Ohman, 2010; อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2553)

7) ยาลดไขมันในเลือด ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ยาในกลุ่ม Statins สามารถลดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและช่วยลดโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดลงได้มาก ยากลุ่มนี้จะช่วยลดระดับไขมัน LDL-c และช่วยเพิ่ม HDL-c ทำให้ช่วยลดและป้องกันการเกิดของชั้นไขมัน ลดความรุนแรงของภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตัน และลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 30 การควบคุมระดับไขมันในเลือดโดยการควบคุมอาหารอย่างเต็มที่ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลได้ประมาณร้อยละ (Cohen, Pascual, Scirica, & Ohman, 2010; อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2553)

8) ยาลดความเจ็บปวด เช่น มอร์ฟิน มักใช้ในกรณีที่มีอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลันและรุนแรง ยาจะช่วยลดปวดและทำให้หลอดเลือดขยายมากขึ้น เป็นการลดภาระด้านหลังของหัวใจและช่วยลดความดันโลหิต แต่การให้อาจทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า และอ่อนเพลีย ดังนั้น ต้องตรวจนับชีพจร วัดความดันโลหิต สังเกตอัตราและลักษณะการหายใจอย่างสม่ำเสมอ (อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2553)

1.5.2 การแก้ไขความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ (Revascularization) เป็นการซ่อมแซมหรือฟื้นฟูให้มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจดีขึ้นหรือเป็นปกติ ประกอบด้วย

1) การรักษาหลอดเลือดหัวใจตีบผ่านสายสวน (Percutaneous coronary intervention (PCI)) เป็นการเปิดทางหลอดเลือดที่อุดตันให้กว้างขึ้นเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยใช้อุปกรณ์ต่างๆ ผ่านทางเส้นเลือดเข้าไปยังหลอดเลือดโคโรนารีโดยไม่ต้องทำการผ่าตัด ประกอบด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดด้วยบอลูน (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA)) เป็นการใช้แรงทางกลศาสตร์ขยายหลอดเลือดด้วยการกดคราบไขมันให้แตกเพื่อขยายหลอดเลือด การใช้อุปกรณ์กรอเอาคราบไขมันออก (Atherectomy) และการใส่โครงตาข่าย (Coronary stent) เพื่อค้ำยัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2553)

2) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft (CABG)) เป็นการผ่าตัดทำให้เลือดไหลอ้อมบริเวณที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือด ที่อาจมีเพียง 1 หรือมากกว่า 1 เพื่อให้เนื้อเยื่อที่อยู่ต่ำกว่าตำแหน่งที่มีการอุดตันได้รับเลือดไปเลี้ยงได้เพียงพอกับความต้องการ โดยใช้หลอดเลือดดำที่ขา (Saphenous vein) หรือหลอดเลือดแดงใต้เต้านม (Internal mammary artery) ที่เป็นแขนงของหลอดเลือดแดงที่อยู่ใต้ต่อกระดูกไหปลาร้า การผ่าตัดจะช่วยลด

อาการแอนโงีนาเพคทอริส เพิ่มความทนในการทำกิจกรรมและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553)

1.5.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยให้เหมาะสมในการควบคุมภาวะเสี่ยงต่างๆของโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อไม่ให้มีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นที่ไม่สามารถบำบัดรักษาให้หายขาดด้วยการผ่าตัดหรือโดยการใช้ยาในระยะเวลาอันสั้น ทั้งนี้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการควบคุมภาวะเสี่ยงต่างๆ เพื่อป้องกันและลดความก้าวหน้าและภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป (Sebregts, Falger, & Bar, 2000; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

1.6 ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบ

1.6.1 ภาวะแทรกซ้อน ที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดได้แก่

1) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac Arrhythmia) ที่พบบ่อย คือ การเต้นผิดจังหวะของหัวใจห้องล่างซ้ายได้แก่ Premature Ventricular Contraction (PVC), Ventricular Tachycardia (VT), Ventricular Fibrillation (VF) เป็นต้น มีภาวะของหัวใจห้องบนขวาเต้นเร็วกว่าปกติร่วมกับการมีกล้ามเนื้อหัวใจตายขนาดใหญ่ เช่น Atrial Flutter, Atrial Fibrillation (AF) (Aderson, 2007; Antman, 2004)

2) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Cardiac Failure) ส่วนใหญ่เป็นหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว พบได้ร้อยละ 30-40 เกิดจากการบีบตัวไม่มีประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด ส่วนภาวะหัวใจห้องล่างขวาล้มเหลว พบได้ร้อยละ 5-10 เกิดจากการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวา อาการของหัวใจล้มเหลว คือ เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ และหายใจลำบาก (Antman, 2004; Aderson, 2007)

3) ภาวะช็อก (Cardiogenic shock) ในผู้ป่วยที่มีปริมาณของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร้อยละ 40 ทำให้ความดันโลหิตต่ำลง ซึมลง มือเท้าเย็น และปริมาณปัสสาวะลดลง เป็นต้น (Antman, 2004; Aderson, 2007; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553)

4) การเกิดลิ่มเลือด (Embolism) พบได้ทั้งการอุดตันของลิ่มเลือดในปอดและในระบบไหลเวียน มักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแทรกซ้อน ต้องนอนอยู่กับเตียงเป็นเวลานานๆ หรือการบีบตัวของหัวใจลดลงมาก โดยลิ่มเลือดที่อุดตันในระบบไหลเวียนพบได้ประมาณร้อยละ 0.6-6.4 เกิดจากลิ่มเลือดก่อตัวขึ้นในหัวใจห้องล่างซ้ายบริเวณที่เกิดการตายแล้วอาจหลุดไปที่สมอง ไต หลอดเลือดในช่องท้อง หลอดเลือดที่ขาหรือบริเวณอื่นๆทั่วร่างกาย (Antman, 2004; Aderson, 2007)

5) ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ(Pericarditis) การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจ พบได้ 2 ลักษณะ คือ การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจเฉียบพลันระยะแรก พบได้ร้อยละ 6-11 มักเกิดในช่วงวันที่ 2-4 ของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกเหมือนถูกของแหลมทิ่มแทง (Sharp pain) เมื่อหายใจเข้าแรงๆ หรือเวลานอนหงายและอาจมีไข้ต่ำๆ ส่วนการอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจในระยะหลังพบได้ร้อยละ 13 มักเกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 2-11 หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Antman, 2004)

6) การทะลุของผนังกั้นห้องหัวใจห้องล่างซ้าย (Rupture interventricular septum) พบได้ร้อยละ 1-3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย และนอกจากนี้ยังพบว่าภาวะกล้ามเนื้อยึดลิ้นหัวใจฉีกขาด (Rupture of papilation muscle) พบได้ร้อยละ 1 (Antman, 2004)

1.6.2 ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ดังนี้

1) ด้านร่างกาย จากพยาธิสภาพของโรคก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะอาการเจ็บอกที่เกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอทำให้เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีอาการจากภาวะภาวะแทรกซ้อน เช่น ไอ นอนราบไม่ได้ บวม เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวจากภาวะเลือดคั่งตามอวัยวะต่างๆ อาการช็อกจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (ส่องพรรณ อรุณแสง, 2552) จากพยาธิสภาพของโรคทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น หรือสามารถทำกิจกรรมได้แต่ผู้ป่วยไม่กล้าทำกิจกรรมเนื่องจากมีความกลัวเสียชีวิตกะทันหัน (เป็น รักเกิด, 2549)

2) ด้านจิตใจ โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความก้าวหน้าและภาวะแทรกซ้อนของโรคทำให้ความสามารถทางด้านร่างกายลดลง นอกจากนี้จากพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการเสียชีวิตเฉียบพลัน เกิดความวิตกกังวล กลัวเสียชีวิตกะทันหัน และผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ทำให้ขาดความเชื่อมั่น รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียพลังอำนาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตลดลง (เป็น รักเกิด, 2549; ประภา รัตนเมฆานนท์, 2553)

3) ด้านสังคม จากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ถูกจำกัดกิจกรรม ส่งผลบทบาททางสังคม ถูกจำกัด การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง มีการปรับเปลี่ยนบทบาททางสังคม ทำให้รู้สึกไร้ค่าและเป็นภาระของผู้อื่น ทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม (Lesperance, and Frasure-Smith, 2000)

4) ด้านเศรษฐกิจและครอบครัว การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และเป็นระยะเวลาานทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและถูกจำกัดกิจกรรม ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เหมือนเดิม มีภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เกิดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ที่มีผลขัดขวางต่อสัมพันธภาพ และการปฏิบัติบทบาทด้านครอบครัวของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ บทบาทของสมาชิกในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งผู้ดูแลต้องรับภาระบทบาทในการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษา มากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์หรือไม่มั่นใจที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ ส่งผลต่อสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว (Soderman & Sundin, 2003) นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญของชีวิตที่ทุกคนตระหนักถึงความสำคัญ ต้องคอยระมัดระวังและให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เกิดความรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

2. แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นรูปแบบการดูแลตนเองของมนุษย์ในการกระทำอย่างจงใจ การให้ความหมายกับสถานการณ์เฉพาะ รวมทั้งความสามารถในการจัดหรือไม่กระทำบางสิ่งบางอย่าง ความเข้าใจในลักษณะและความหมายของอาการต่างๆ ความสามารถในการทำความเข้าใจและความจำเป็นในการเปลี่ยนหรือปรับกิจกรรม การให้ความรู้เพื่อกระทำควบคุมความเจ็บป่วย ตัดสินใจกระทำ และกระทำให้บรรลุผลหรือปรับให้ได้ตามเป้าหมาย (Orem, 2001) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและเกี่ยวข้องโดยตรงที่ผู้ป่วยจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันทีเมื่อมีอาการ ความสามารถการดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่อันดี เป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีความสามารถในการดูแลตนเองของ Orem (2001)

2.1 ความสามารถในการดูแลตนเอง

Orem (2001) ได้กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของมนุษย์เพื่อตอบสนองการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมายเพื่อคงซึ่งความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย ในการทำหน้าที่และพัฒนาตนเองให้เกิดความผาสุก ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพพัฒนาการดูแลตนเองได้ โดยความสามารถในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ

สังคมวัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต โดยโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ

2.1.1 ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ แบ่งเป็น

2.1.1.1 ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing)

2.1.1.2 คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

1) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียนนับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

2) หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งสัมผัส มองเห็น ได้ยิน ได้กลิ่น และการรับรส ได้แก่ การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจในตนเอง ความหวังในตนเอง การยอมรับตนเอง ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลา กิจกรรม ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

2.1.2 พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power component capabilities for self-care) Orem มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการ ในลักษณะของตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการ ได้แก่

1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นคนรับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สภาพแวดล้อมในภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ สำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

4) ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

- 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตาม
ได้
- 7) มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแล
ตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้
- 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การ
รับรู้ การจัดกระทำ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติดูแลตนเอง
- 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
- 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้อง
แสดงการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาท
เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

2.2.3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็น ที่ถูกพัฒนามาจากพื้นฐานในระดับที่ 1 และระดับที่ 2 เป็น
ความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำเพื่อดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วย

- 1) ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถ
ในการตรวจสอบสถานการณ์ องค์กรประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแล
ตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง เพื่อความรู้เกี่ยวกับตนเองและ
สิ่งแวดล้อมจากประสบการณ์ และวิธีการในการดูแลตนเอง
- 2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความ
สามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำและตัดสินใจกระทำเพื่อตอบสนองต่อความ
ต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น
- 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็น
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น
เป็นการเตรียมการเพื่อการกระทำ กระทำการดูแลตนเอง ตรวจสอบ ประเมินสถานการณ์ พิจารณา
ผลที่ได้เพื่อความพร้อมที่จะกระทำ ปรับการดูแลตนเอง แน่ใจในสิ่งที่ได้ตัดสินใจกระทำ เมื่อมี
อาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น การควบคุมอาการเจ็บหน้าอกที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วจะลดความไม่
สบาย ความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2553; Lenfant,
2010)

2.2 ความสามารถในการดูแลอาการเจ็บอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ความสามารถในการดูแลตนเองของ Orem (2001) เป็นคุณภาพอันซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง เป็นรูปแบบความสามารถของมนุษย์ในการกระทำอย่างจงใจ จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัวและสังคม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและ ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและเกี่ยวข้องโดยตรงที่ผู้ป่วยจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันทีเมื่อมีอาการของโรคเกิดขึ้น อาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือด ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้เมื่อมีปัจจัยกระตุ้น การลดอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพจะลดขนาดของกล้ามเนื้อตาย เพิ่มออกซิเจนให้กับกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองเป็นความสามารถที่จำเป็นที่ต้องใช้ในขณะนั้นทันทีเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก โดย Orem (2001) ได้แบ่งระยะของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย

2.3.1 ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ องค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง เพื่อความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมจากประสบการณ์ และวิธีการในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น ความถี่และความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะแปลความหมายของอาการถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามของอาการจากความรุนแรง ตำแหน่ง ระยะเวลาในการเกิดอาการว่าก่อให้เกิดอันตรายหรือไม่ต่อผู้ป่วย (ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล, 2543) การคาดการณ์และการแปลความหมายของอาการเจ็บหน้าอกจะมีผลต่อกลวิธีในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองเพื่อลดอาการในขณะนั้นทันที โดยอาศัยความรู้ของผู้ป่วยเอง สิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง รวมทั้งเทคนิคในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยที่มีความแตกต่างในแต่ละบุคคล ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการคาดการณ์การดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง จากการศึกษาทิพมาศ ชินวงศ์และช่อลดา พันธุเสนา (2550) พบว่าการรับรู้การเจ็บหน้าอกและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการนำของโรคหลอดเลือดหัวใจคือ อาการเจ็บหน้าอก แน่นยอดอก ที่รุนแรงมาก ร่วมกับมีอาการปวดร้าวไปที่แขน มือ จนถึงปลายนิ้วและมีอาการร่วมด้วย เมื่อผู้ป่วยยอมรับได้ว่าตนเองมีอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจ จะรู้สึกกลัว และวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ มากน้อยแล้วแต่ลักษณะ

ของบุคคล สิ่งที่อยู่ยงคงทนและวิตกกังวลว่าผู้ป่วยกลัวความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกที่จะเกิดขึ้นเกือบทุกคน เกิดความไม่แน่นอนในชีวิต

เนื่องจากโรคหัวใจเป็นโรคที่ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงได้ ความไม่แน่นอนในอาการของโรคเป็นจุดสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวเกิดความเครียดทั้งจากความเจ็บป่วย การรักษา และการพยากรณ์โรค เป็นความรู้สึกที่เกิดต่อสิ่งที่มาคุกคามในชีวิต ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจน ไม่ครบถ้วน หรือไม่เข้าใจ ความรู้สึกไม่ปลอดภัยเกิดข้อสงสัยต่างๆ ตัดสินใจไม่ได้ ไม่สามารถพึ่งพาศูนย์คนอื่นได้ หรือสิ่งอื่นได้ วิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก จะเป็นรูปแบบเฉพาะที่ผู้ป่วยมุ่งแก้ปัญหาเพื่อให้อาการเจ็บหน้าอกลดลง ไม่เกิดอาการเจ็บหน้าอก รวมทั้งทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจ ซึ่งสิ่งที่เห็นได้ชัดที่สุด คือการพยายามคิดสิ่งที่ดี อาการไม่มีผลกระทบมาก และจากการศึกษาของ ซลิดา ปลาเงินและคณะ (2550) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าสามารถอธิบายได้ 4 รูปแบบ คือ แบบแผนที่ 1 การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ แสดงออกมาในรูปแบบของความกลัว ท้อแท้/ปลงต่อประสบการณ์ การแสดงอาการเจ็บหน้าอกมีหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับภาวะที่ผู้ป่วยเผชิญมา แบบแผนที่ 2 การจัดการเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก เป็นแบบแผนที่ผู้ป่วยปฏิบัติเมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งมีรูปแบบที่แตกต่างกันไป รูปแบบแรกที่ปฏิบัติคือ การพัก การใช้ยาอมใต้ลิ้น การควบคุมหายใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่ว่าผู้ป่วยจะทำสิ่งใดอยู่ก็ตาม จะละจากการปฏิบัติในสิ่งนั้นแล้วรีบพักทันที แบบแผนที่ 3 การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ถึงการต้องปรับแบบแผนชีวิต การปฏิบัติตัวที่ทำเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค เปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นความชอบและความเคยชินให้ได้อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การควบคุมอาหาร และการควบคุมอารมณ์ และแบบแผนที่ 4 ความสำคัญของการครอบครัวในการดูแลและช่วยเหลือในปัจจัยที่มีผลต่อการบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก คือ ความช่วยเหลือในการพาส่งโรงพยาบาล การช่วยเหลือด้านคำปรึกษาพยาบาลและการสนับสนุนด้านจิตใจ

การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ประสบการณ์การดูแลอาการเจ็บหน้าอก และปัจจัยเงื่อนไขต่อการจัดการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่าผู้ป่วยให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยตามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกในการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง (ชวนพิศ ทานอง, 2541) แสดงความหมายที่สะท้อนถึงความรู้สึกต่อความรุนแรงและอันตรายต่อชีวิตว่า เป็นโรคร้ายแรง และน่ากลัว มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันอย่างรวดเร็ว ทำให้หายใจไม่ออก และไม่มีแรงอาจทำให้ตายได้ง่าย เมื่ออาการเจ็บป่วยหายไปให้ความหมายว่าเป็นโรคที่รักษาให้หายได้ และให้ความหมายที่บ่งบอกถึงการคุกคามต่อการดำเนินชีวิตว่า เป็นโรคที่รักษายาก ประสบการณ์การเจ็บป่วย 3 ประการ คือ การเผชิญอาการเฉียบพลัน

ได้แก่ เกิดขึ้นทันทีทันใด รุนแรงและทรมาน และกลัวตายคนเดียวและกลัวไม่มีคนรู้ ไม่มีคนช่วย รับผิดชอบทำให้ชีวิตรอดโดยเข้าโรงพยาบาลโดยด่วน รับผิดชอบต่อทันทีและคอยเฝ้าดูอาการ ประคับประคองให้ชีวิตอยู่ได้ ด้วยเลือกรับการรักษาและจัดการรักษาอย่างต่อเนื่อง สร้างพลังใจให้เข้มแข็ง ปรับแบบแผนชีวิต และแสวงหาความรู้ โดยมีแบบแผนของการเจ็บป่วยและการจัดการ การเจ็บป่วยในลักษณะของการเรียนรู้ที่เป็นวงจรต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องได้แก่ การให้ความหมายของโรค ภาวะการเงิน ความเกรงใจ ภาระในครอบครัวการดูแลเอาใจใส่ของครอบครัว คำแนะนำที่ไม่ชัดเจนและครบถ้วน ข้อมูลด้านสุขภาพ และแหล่งประโยชน์ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น ความสามารถในการคาดการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเป็นกระบวนการเริ่มต้นก่อนที่มีการปฏิบัติเพื่อการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

2.3.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่ง ที่ควรกระทำและตัดสินใจกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดและมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการแสดงคือ อาการเจ็บหน้าอก การลดอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็วและถูกต้องจะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกและภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ (อภิชาติ สุคนธธรรม, 2553) เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องมีการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง รับผิดชอบตนเองให้ได้รับการดูแล เผชิญปัญหากับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำ และตัดสินใจกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทันทีมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของสุนีย์ เอี่ยมศิรินุกุล(2540) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาซ้ำคือ การรับรู้ว่าอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นไม่ต้องรับรักษา รอได้ รับรู้มาจากสาเหตุอื่นไม่ใช่เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาของปฏิพร บุญยพัฒน์กุล (2543) พบว่าร้อยละ 50 คาดว่าอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นไม่ได้มีสาเหตุมาจากหัวใจ คิดว่ามาจากสาเหตุอื่นและบางรายไม่สามารถบอกได้ว่ามาจากสาเหตุใด เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มารับการรักษาซ้ำ พบว่าใช้ระยะเวลาก่อนมารับการรักษามากกว่า 1 ชั่วโมงถึงร้อยละ 66.7 (เป็น รักเกิด, 2550) ทำให้ทรุดลงกว่าเดิมถึงร้อยละ 56 และพบว่าปัจจัยที่ตัดสินใจในการดูแลตนเองคือระยะเวลาที่คาดการณ์ว่าอาการจะดำเนินต่อไป ลักษณะอาการ ความสามารถในการควบคุมอาการเจ็บหน้าอก (นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ, 2553) โดยมีแบบแผนดูแลอาการเจ็บหน้าอกในลักษณะของการเรียนรู้ที่เป็นวงจรต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยเงื่อนไข

ที่เกี่ยวข้องในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกได้แก่ การให้ความหมายของโรค ภาวะการเงิน ความเกรงใจ ภาระในครอบครัวการดูแลเอาใจใส่ของครอบครัว คำแนะนำที่ไม่ชัดเจนและครบถ้วน ข้อมูลด้านสุขภาพ และแหล่งประโยชน์ (ชวณพิศ ทำนอง, 2541) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการตัดสินใจที่จะกระทำเพื่อการดูแลอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องจากความสามารถในการคาดการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้น การปรับเปลี่ยนเป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำและตัดสินใจกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

2.3.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นการเตรียมการเพื่อการกระทำ กระทำการดูแลตนเอง ตรวจสอบ ประเมินสถานการณ์ พิจารณาผลที่ได้เพื่อความพร้อมที่จะกระทำ ปรับการดูแลตนเอง เน้นใจในสิ่งที่ได้ตัดสินใจกระทำ

การลดอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็วอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพจะเป็นการเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเมื่อมีภาวะขาดเลือด ซึ่งเป็นความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกที่จำเป็นเมื่อมีอาการเกิดขึ้น ตั้งแต่เริ่มเตรียมการในการลดอาการเจ็บหน้าอกทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา กระทำการลดอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ตรวจสอบผลของการดูแลตนเอง ประเมินผลที่เกิดขึ้นเพื่อปรับวิธีการในการดูแลตนเองในการบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น เป็นการกระทำที่แสดงถึงการลงมือปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก จากการศึกษาของสุกานดา บุญคง (2550) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การใช้ยา เช่น ยาอมใต้ลิ้น ยาพ่น/ยาอม ยาระบาย ยาลดกรด และยาสมุนไพร วิธีการไม่ใช้ยา เช่น การพัก การนวด การทุบอก การกดท้อง การจัดทำ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีแก๊ส การใช้เทคนิคผ่อนคลาย และวิธีการศาสนา และการใช้ยาร่วมกับการไม่ใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่พบว่าจะดูแลอาการด้วยตนเองก่อนที่จะขอความช่วยเหลือจากคนอื่น และจากการศึกษาของ จิราวรรณ เดชอดิษฐ์ (2548) การดูแลอาการเจ็บหน้าอกของกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย 4 ลักษณะ คือ การปรึกษาขอความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคคลถึงร้อยละ 93.6 การรักษาหรือบรรเทาอาการด้วยวิธีการตนเอง ร้อยละ 69 รอคูอาการ ร้อยละ 56 และพยายามอดทนร้อยละ 49.6 ซึ่งจากการศึกษาของ ชลิดา ปลาเงิน และคณะ (2550) พบว่ารูปแบบของการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีรูปแบบแตกต่างกัน คือ การใช้ยาอมใต้ลิ้น การควบคุมการหายใจ และจะละปฏิบัติจากการปฏิบัตินั้นแล้วรีบพักทันที ซึ่งส่วนใหญ่จะทำตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล และมีรูปแบบหนึ่งคือการบิบนวด และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับศาสนาที่จะเลือกใช้ปฏิบัติควบคู่ไปกับการพักและการใช้ยา

ดังนั้นการปฏิบัติการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีหลายรูปแบบซึ่งมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของแต่ละบุคคล ซึ่งให้ผลลัพธ์ของการดูแลอาการเจ็บหน้าอกที่แตกต่างกันออกไปตามระดับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

2.5 การประเมินความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

1) เครื่องมือวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The Exercise of Self-Care Agency Scale) สร้างโดย Kearney และ Fleischer (1979) ซึ่งมีความเชื่อว่า กิจกรรมการดูแลตนเองนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถมาใช้ บางคนมีความสามารถแต่ไม่ได้นำมาใช้ ดังนั้นการวัดความสามารถในการดูแลตนเองจึงน่าจะใกล้เคียงกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด ประกอบด้วย 43 ข้อคำถาม แต่ผู้เชี่ยวชาญและ Orem ได้วิจารณ์ถึงความคลุมเครือของเครื่องมือว่ามีเพียง 10 ข้อที่ใช้ในการวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ที่เหลือเป็นการวัดคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและพลังความสามารถ

2) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-care Agency scale) เป็นเครื่องมือ Ever (Ever, 1985) และกลุ่มนักวิจัยชาวเนเธอร์แลนด์สร้างขึ้นเพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองที่จำเป็นและตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองของบุคคลทั่วไปในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ลักษณะข้อคำถามมีความผสมผสานทั้งการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง จำนวน 24 ข้อ มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย Orem และผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .76

3) แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ของแสงอรุณ อิศระมาลัย (2002) ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ จำนวน 4 ด้าน คือ ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ด้านความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และด้านความทักษะและความพึงพอใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง มีลักษณะมาตราวัด 6 ระดับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคอยู่ระหว่าง .94-.96

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง พบเครื่องมือสำหรับการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ไม่ได้เน้นเพื่อประเมินความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึง

สร้างเครื่องมือเพื่อประเมินความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับแนวทางปฏิบัติในการดูแลการเจ็บหน้าอกของ American Heart Association (Anderson et al., 2011) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มีลักษณะ 4 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ดังนี้

3.1 ปัจจัยพื้นฐาน จากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของ Orem (2001) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ประกอบด้วย

3.1.1 อายุ ความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับอายุ โดยเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก การพัฒนาจะสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงในวัยสูงอายุ อายุเป็นสิ่งบ่งบอกถึงวุฒิภาวะของบุคคล เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ทำให้ความเจริญทางด้านร่างกายและความคิดเห็นมีการพัฒนาตามมา เป็นข้อบ่งชี้ความแตกต่างความสามารถทางร่างกายในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของกชชุกร ห่วงนุ่ม (2548) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการบำบัด อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของศศิวรรณ ทศนเอี่ยม (2552) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และสุวรรณ บุญยะสิทธิ์พรณ และคณะ(2541) ศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ($p < .03$) เนื่องจากผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรคร่วมกับภาวะเสื่อมของร่างกายตามวัยย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดไปด้วย ดังนั้น อายุจึงมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

3.1.2 เพศ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่แสดงถึงความแตกต่างทางสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพ และบทบาทหน้าที่ ตามแนวคิดของ Orem (2001) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่แสดงถึงความแตกต่างทางสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพ และบทบาทหน้าที่ ตามแนวคิดของ Orem เป็นปัจจัยพื้นฐานที่

ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมของ Kathleen และ Mary (2007) และ Coventry และคณะ (2010) ศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกก่อนตัดสินใจมาโรงพยาบาลพบว่าเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างของการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกจากหัวใจ ลักษณะอาการ อาการแสดงที่แตกต่างกัน ($r=.246, p<0.0001$) ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลตนเอง ดังนั้น เพศมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

3.1.3 ภาวะสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก(World Health Organization) ได้อธิบายคำว่า สุขภาพ ของบุคคล ไว้ว่าเป็นความสมบูรณ์ หรือไม่มีความบกพร่องของบุคคล ซึ่งไม่เพียงแต่ปราศจากโรค หรือความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงความสมบูรณ์ของจิตใจและจิตวิญญาณด้วย

Pender (1987) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ 3 ลักษณะคือ

1) ความคงที่ กล่าวคือ สุขภาพเป็นภาวะที่บุคคลมีความสามารถในการปรับตัว เมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป สุขภาพที่เป็นความสมดุลของระบบย่อย

2) สุขภาพ คือ ความสำเร็จสูงสุดของชีวิต คือ สุขภาพเป็นการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายสูงสุดในชีวิต สุขภาพเป็นภาวะที่ต่อเนื่องระหว่างการเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพปกติ ภาวะสุขภาพสมบูรณ์สูงสุด และอาจเปลี่ยนมาเป็นสุขภาพดี สุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยเล็กน้อย เจ็บป่วยมาก จนถึงเสียชีวิตในที่สุด

3) สุขภาพ คือ ความคงที่และการบรรลุความสำเร็จสูงสุดของชีวิต กล่าวคือ สุขภาพเป็นผลรวมของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง และส่งผลให้บุคคลประสบความสำเร็จสูงสุดในการดำเนินชีวิต และสามารถคงศักยภาพนั้นไว้ให้ยาวนานที่สุด

โอเรียม (Orem, 2001) ได้ให้ความหมายของคำว่า ภาวะสุขภาพ คือ ภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดี เป็นคนที่สามารถทำหน้าที่ได้ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ การที่บุคคลจะสุขภาพดีได้นั้น บุคคลต้องมีการดูแลที่เหมาะสม โดยบุคคลจะมีการดูแลที่เหมาะสมได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องกับความต้องการดูแลตนเอง นำไปสู่ความผาสุก(well-being) ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงภาวะที่ปรากฏอยู่ของตนเองที่แสดงออกถึงความถึงพอใจ ความยินดี และมีความสุข แม้ว่าบุคคลนั้นจะมีการเจ็บป่วยก็สามารถรับรู้ถึงความผาสุกหรือมีการรับรู้สุขภาพที่ดีได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพทำให้บุคคลเกิดความคิด ความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นเบื้องต้น และนำไปสู่การทำให้บุคคลตระหนักและเห็นความสำคัญของสิ่งที่ตนได้รับรู้ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมไปตามที่รับรู้ การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงเหมือนแรงจูงใจที่จะช่วยให้เกิดการกระทำอย่างจงใจของบุคคล

เพื่อดูแลตนเอง ทำให้บุคคลเกิดทักษะในการคิด ไตร่ตรอง ตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เพราะการรับรู้ภาวะสุขภาพทำให้มีการจัดระเบียบความคิด ความจำ ความเข้าใจ และเกิดประสบการณ์สะสมความคิดความจำ สามารถนำข้อมูลนั้นมาใช้ในการพิจารณาไตร่ตรองได้ทำให้บุคคลมีความชำนาญในการแสวงหาความรู้ และเรียนรู้เพื่อที่จะสร้างรูปแบบการดูแลตนเองตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้เหมาะสม ดังนั้นกล่าวโดยสรุป การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้บุคคลตระหนักและเห็นความสำคัญของสิ่งที่ได้รับรู้ นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมสุขภาพตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ภาวะสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย ภาวะที่มีสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยต่อเนื่องกันไปตลอดเวลา ดังนั้น การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเองจึงดำเนินตามความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดีและการเจ็บป่วย แต่การรับรู้มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ตามการประเมินการรับรู้สุขภาพของตนเองจากความรู้สึนึกคิด ประสบการณ์ การรับรู้ความรู้สึนึกคิดและการรับรู้ต่ออาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งการตัดสินใจความรุนแรงของอาการเหล่านั้น จากการเจ็บป่วยของตน Orem (1991) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลเกิดการคิด ไตร่ตรอง ตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เพราะการรับรู้ภาวะสุขภาพทำให้มีการจัดระเบียบความคิด ความจำ ความเข้าใจ และเกิดประสบการณ์ เรียนรู้เพื่อที่จะสร้างรูปแบบการดูแลตนเองตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งเกิดจากปัจจัยเสี่ยงจากหลายปัจจัย ผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเปลี่ยนแปลงไปตามความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ประกอบกับโรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสในการเสียชีวิตเฉียบพลันได้ สาเหตุสำคัญเกิดจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการแสดงสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจเมื่อได้รับปัจจัยกระตุ้น แสดงถึงภาวะหัวใจขาดเลือด ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจตามมา การลดอาการเจ็บหน้าอกที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพจะช่วยลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตาย และลดความไม่สบายที่เกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้หรือ ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อภาวะสุขภาพของตนเองที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง ทำให้สามารถคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องตามความ

เป็นจริง สามารถตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เรียนรู้เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นตามประสบการณ์และการรับรู้ต่ออาการที่เกิดขึ้น

ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจึงมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษาของนิตยา ปราบท้ายภัย (2550) พบว่าภาวะสุขภาพมีผลต่อรูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) จากการศึกษาแบบเจาะลึกพบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพคิดว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยให้ความสำคัญและประโยชน์ของการดูแลตนเองที่บ้าน โดยเห็นว่าหากดูแลตนเองได้ดีจะทำให้มีภาวะสุขภาพดี มาโรงพยาบาลเพื่อมาตรวจตามนัด ปรึกษา และรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ การศึกษาของศิริพร แก้วกุลพัฒน์ (2541) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยลิ้นหัวใจซึ่งเป็นความสามารถในการดูแลตนเอง ($r = .53, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของอรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($r = .690, p < .01$) และการศึกษาของภรณ์ เทพส่องแสง (2541) พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี ($r = -.327, p < .01$) ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การประเมินภาวะสุขภาพ

Gulick (Gulick, 1986 อ้างถึงใน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ได้ให้คำจำกัดความว่า การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการสังเกตตนเอง การรับรู้อาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งการตัดสินใจความรุนแรงของอาการเหล่านั้น ว่าส่งผลกระทบต่อและก่อให้เกิดความกดดันแก่ตนเองมากน้อยเพียงใด ซึ่งการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพด้วยตนเองจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

1) การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปใน 3 ด้านของ Speaker และคณะ (1989) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย มีจำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน 3) การรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ นำมาใช้ในการศึกษาผู้ป่วยผู้สูงอายุ (สุพรรณิ ธีระเจตกุล, 2539) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.92

2) แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดของ Brook และคณะ (1979) ซึ่งเป็นการพัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป โดยการนำมิติของเวลาเข้ามาเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรค/ความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีผู้นำมาใช้ในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยหลายกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ(สุพรรณพิริง, 2538) ผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจ ผู้ป่วยเอชไอวี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2551) เป็นต้น มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .75- .80

3) แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Denyes และคณะ (Deney et al., 1979 อ้างถึงใน บังอร บุญศรีจันทร์, 2548) สร้างแบบประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้สุขภาพของตนเอง ใช้ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีสุขภาพแข็งแรงและเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ให้ผู้ตอบคำถามสั้นๆ ส่วนที่ 2 ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรงที่แสดงความต่อเนื่องของสุขภาพ มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน 0 หมายถึงสุขภาพไม่ดี คะแนน 100 หมายถึงสุขภาพดีมาก การคิดค่าคะแนนทั้งหมด 11 ข้อ (นิรนาท วิทโยชกิติคุณ ,2534) นำมาแปลเป็นภาษาไทย และปรับให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ . 80 และมีการนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยหลายกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม (ทวิพร เตชะรัตนมณี, 2547) ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง (พุทธเมษา หมั่นคำแสน, 2542) ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (บุษดี ศรีคำ, 2546) เป็นต้น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ . 80-.88

สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Speaker และคณะ (1989) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสุขภาพดีและมีภาวะเจ็บป่วย ตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเองที่เกิดขึ้นจริงในช่วงเวลานั้น มีความง่ายต่อการนำไปใช้

3.1.4 ระยะเวลาการ Orem (2001) กล่าวว่า บุคคลจะมีการพัฒนาความรู้ และทักษะตามเหตุการณ์ที่ประสบตามระยะพัฒนาการของชีวิต เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และลดลงในวัยผู้สูงอายุ ผู้วิจัยไม่เลือกปัจจัยระยะพัฒนาการมาศึกษา เนื่องจากศึกษาเฉพาะในวัยผู้ใหญ่เท่านั้น มิได้ศึกษาในวัยอื่นร่วมด้วย เช่น วัยเด็ก หรือวัยผู้สูงอายุ

3.1.5 สภาพที่อยู่อาศัย Orem (2001) กล่าวว่า สภาพที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสได้รับความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมหรือได้รับบริการทางสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในถิ่นที่ห่างไกลสถานบริการ ทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสาร

ด้านสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขได้น้อยลง ความยากลำบากในการเดินทางมาใช้บริการ การพึ่งพาตนเองโดยการแสวงหาการรักษาตามความเชื่อ เป็นต้น ผู้วิจัยไม่ได้เลือกปัจจัยนี้ศึกษา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นประเภทผู้ป่วยนอก ซึ่งสภาพแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างมาจากต่างถิ่นกัน ไม่สามารถติดตามไปในที่ต่างๆ ได้ ซึ่งนอกเหนือจากบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะดำเนินการปรับเปลี่ยนได้ ประกอบกับยังไม่พบรายงานการวิจัยสนับสนุนปัจจัยดังกล่าว

3.1.6 ระบบครอบครัว Orem (2001) กล่าวว่าระบบครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมายและมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง ซึ่งจะคอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ครอบครัวมีบทบาทในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล ซึ่งเป็นความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย หรือผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย หรือแหล่งสนับสนุนในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จากการรายงานวิจัยพบว่าครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงไม่เลือกตัวแปรนี้มาศึกษา แต่ได้เลือกส่วนหนึ่งของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่ได้มาจากปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมและปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพแล้ว ซึ่งจะกล่าวไว้ในรายละเอียดของหัวข้อการสนับสนุนทางสังคมต่อไป

3.1.7 แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมถึงกิจกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ Orem (2001) กล่าวว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมถึงกิจกรรมที่กระทำเป็นประจำ เป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล ผู้วิจัยไม่ได้นำตัวแปรนี้มาศึกษา เนื่องจากเป็นปัจจัยซึ่งเป็นกิจวัตรที่กำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลซึ่งจะมีความซ้ำซ้อนกับแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองที่มีความลักษณะเฉพาะเจาะจงในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก

3.1.8 ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองได้ และเป็นปัจจัยสำคัญทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเองอย่างจริงจังเท่าที่ความสามารถเขาจะทำได้ และระบบส่งตัวที่จะช่วยเสริมให้ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลใหญ่ๆ สามารถใช้บริการในชุมชนได้สะดวก และเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่สุขภาพในทุกระดับสาขาสามารถมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) จากการรายงานวิจัยพบว่าปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่มี

ผลต่อระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงไม่เลือกตัวแปรนี้มาศึกษา เนื่องจากได้เลือกให้เป็นส่วนหนึ่งของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพแล้ว ซึ่งจะกล่าวไว้ในรายละเอียดของหัวข้อการสนับสนุนทางสังคมต่อไป

3.1.9 แหล่งประโยชน์ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ สิ่งของ แหล่งข้อมูล การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ จะทำให้บุคคลดำรงชีวิตเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของตน (Orem, 2001) จากการรายงานการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา เพราะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำรงชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล โดยพบว่า และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล และการได้รับบริการที่เพียงพอจะสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองได้ ซึ่งผู้วิจัยจะกล่าวถึงรายละเอียดในหัวข้อการสนับสนุนทางสังคมต่อไป

3.1.10 สังคมและวัฒนธรรม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ การดูแลตนเองรวมทั้งสุขภาพของบุคคล ซึ่งองค์ประกอบในระบบสังคมวัฒนธรรมจะรวมถึง ศาสนา ความเชื่อ การศึกษาและเศรษฐกิจ ศาสนาแต่ละศาสนาจะสอนให้คนมีความเชื่อและการปฏิบัติที่แตกต่างกันนั้นยังเป็นตัวกำหนดขนบธรรมเนียมประเพณี และกำหนดพฤติกรรมของสมาชิกในสังคม โดยเฉพาะความเชื่อในเรื่องการเจ็บป่วย และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามความเชื่อ นอกจากนั้นระดับการศึกษาเป็นส่วนสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของบุคคลในสังคม ที่จะส่งผลให้เกิดการคิดอย่างมีเหตุผล การแสวงหาข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งองค์ประกอบของวัฒนธรรมจะช่วยให้บุคคลมีพลังความสามารถ 10 ประการ อันเป็นตัวกลางที่จะเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องเฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลตนเอง (Orem & Taylor, 1986 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) ซึ่งผู้วิจัยได้แยกศึกษาตัวแปรนี้ออกเป็นการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) และระดับการศึกษาและระดับความรู้ในตัวแปรความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งจะกล่าวในอย่างละเอียดในหัวข้อต่อไป

3.2 ความเข้มแข็งอดทน

แนวคิดเรื่อง ความเข้มแข็งอดทนเกิดขึ้นโดย Kobasa (1979) ได้สังเกตว่าบุคคลหลายคนมีความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตระดับสูงพอๆกัน บางคนสามารถเอาชนะความเครียดนั้นได้โดยไม่เกิดความเจ็บป่วย แต่บางคนมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จึงทำให้ Kobasa เริ่มสนใจศึกษาปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความต้านทานต่อความเครียดสูงได้โดยไม่เกิดความเจ็บป่วย โดยทำการศึกษากับผู้บริหาร พบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความเจ็บป่วยและพบว่าผู้บริหารที่มีความเครียดสูงแต่สุขภาพดีจะมีบุคลิกภาพซึ่งเรียกว่า ความเข้มแข็งอดทน (Hardiness) ความเข้มแข็งตามแนวคิดของ Kobasa เป็นความเข้มแข็งในสถานการณ์ทั่วไปในชีวิตและสังคม ไม่ได้ชี้เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาสุขภาพ โดย Kobasa (Kobasa, Maddi & Kahn, 1982) กำหนดลักษณะของความเข้มแข็งอดทน ประกอบด้วย

1) ความมุ่งมั่น หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่แสดงออกถึงความเชื่อในความจริงของชีวิต เห็นความสำคัญและคุณค่าของสิ่งที่ตนกำลังกระทำอยู่ และมีความตั้งใจจริงในการกระทำ มีความอดทนไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่างๆ สามารถควบคุมทั้งบุคคลและสถานการณ์ให้เป็นไปตามเป้าหมายในชีวิตได้สำเร็จด้วยความรับผิดชอบ และมีความมุ่งมั่นในบทบาทของตนต่อสังคม ต่อสัมพันธ์ภาพของบุคคลอื่น พยายามเรียนรู้อย่างมีความสุข และสามารถนำแหล่งช่วยเหลือที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการแก้ปัญหาได้ ดังนั้น บุคคลที่มีลักษณะความมุ่งมั่นจึงมีทักษะความสามารถในการปรับแก้ปัญหามากมายได้ดี และมีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลได้ดี ทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งเมื่อเผชิญกับความกดดัน ต่างจากบุคคลที่ไม่มีความมุ่งมั่นมักจะไม่มีเป้าหมายในชีวิต รู้สึกท้อแท้ หดห่อกำลังใจเมื่อเผชิญกับความเครียดในชีวิต และอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยในที่สุด

2) ความมีอำนาจควบคุม หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่แสดงออกถึงความเชื่อว่าคุณสามารถควบคุมหรือมีอิทธิพลอยู่เหนือเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต บุคคลมีความเชื่อในการมีอำนาจควบคุมภายในตน และมีความเชื่อว่าการกระทำของตนเองสามารถจัดการกับความเครียดได้ บุคคลจะมองเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากการกระทำของตนเอง ไม่ได้เกิดจากโชคชะตาหรืออำนาจของผู้อื่น เมื่อประสบการณ์เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดก็จะรับรู้ว่าเป็นผลที่เกิดจากการกระทำที่เกิดขึ้นก่อนหน้า และจะวางแผนในการตอบสนองความเครียดได้อย่างเหมาะสม ตรงข้ามกับบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอก เพราะบุคคลนั้นจะรู้สึกว่าตนอยู่ภายใต้โชคชะตาหรืออำนาจของผู้อื่นจะไม่ช่วยตนเองเพราะรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ เมื่อเผชิญกับความเครียด

3) ความท้าทาย หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่แสดงออกถึงความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงในชีวิตเป็นสิ่งที่น่าตื่นเต้น ก่อให้เกิดการพัฒนาในชีวิตต่อไป เป็นเครื่องกระตุ้นให้เกิดความวุฒิภาวะ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นบุคคลนั้นจะแสวงหาว่าสิ่งที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง มีความรู้สึกกล้าเสี่ยง และทำให้เกิดการเติบโตโดยผ่านทางเหตุการณ์ในชีวิตที่สร้างความกดดัน มีความยืดหยุ่นในการดำเนินชีวิต ใช้ข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมมาใช้ให้เกิดประโยชน์

Pollock (1989) ได้พัฒนาแนวคิดความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related hardiness) ขึ้นจากการผสมผสานระหว่างทฤษฎีอึดถึกภาวะนิยม แนวคิดเผชิญความเครียด โดยให้ความหมายของความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพว่า ลักษณะคุณสมบัติภายในของบุคคลที่สามารถจัดการกับสถานการณ์ตึงเครียดหรือสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพให้คงอยู่ในภาวะปกติหรือรักษาภาวะสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ

1) ความมุ่งมั่นเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related commitment) หมายถึง สมรรถนะการกระตุ้นและการใช้แรงบันดาลใจของบุคคล ในการประเมินและการเผชิญกับสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ที่จะนำไปสู่การทำกิจกรรมที่เหมาะสมต่อสุขภาพเพื่อจัดการหรือควบคุมสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ

2) ความมีอำนาจควบคุมเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related control) หมายถึง ความรู้สึกของการควบคุมหรือเอาชนะเหตุการณ์ หรือเชื่อมั่นในตนเองของบุคคลที่จำเป็นต่อการประเมินและการตีความหมาย สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดด้านสุขภาพหรือผลกระทบต่อสุขภาพที่เหมาะสม

3) ความท้าทายเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related challenge) หมายถึง การที่บุคคลประเมินสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพซ้ำเหมือนสิ่งกระตุ้นและมีประโยชน์แฝงอยู่และเป็นโอกาสในการพัฒนาตนเองต่อไปในอนาคต

ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนกับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ความเข้มแข็งอดทน (Hardiness) เป็นปัจจัยภายในหรือแหล่งประโยชน์ภายในที่บุคคลใช้ในการปรับตัวท่ามกลางเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกดดันทางจิตใจ หรือความเครียด โดยการพัฒนาลักษณะต่างๆของบุคคลมาจากความสามารถ ความเชื่อ ค่านิยม ตั้งแต่ระยะต้นของชีวิตและพัฒนาอย่างต่อเนื่องท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทำให้บุคคลต้องปรับตัวเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ทำให้บุคคลมีความทนทานต่อความเครียดสูง (Kobasa, 1979) อาการเจ็บหน้าอกเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยโรคหัวใจที่อาจส่งผลทำให้โอกาสเสียชีวิตเฉียบพลันได้ มีผลกระทบต่อ

ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ ส่งผลให้ความเครียดเกิดขึ้นได้ บุคคลที่มีความเข้มแข็ง อดทนจะมีความสามารถดูแลตนเองได้เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นซึ่งเป็นภาวะวิกฤติของบุคคล โดยบุคคลที่มีภาวะเข้มแข็งจะสามารถผ่านภาวะวิกฤตินี้ได้เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น จนสามารถบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะเข้มแข็ง จะประกอบด้วยลักษณะ ดังนี้

1) ความมุ่งมั่น หมายถึง ลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่แสดงออกถึงความสำเร็จในชีวิต เห็นความสำคัญและคุณค่าของสิ่งที่ตนกำลังกระทำอยู่ในปัจจุบัน เพื่อป้องกันและดูแลอาการเจ็บหน้าอกที่เกิด และมีความตั้งใจจริงในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง มีความอดทนไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่างๆ สามารถควบคุมทั้งสถานการณ์และอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็วที่สุด โดยการสามารถนำแหล่งช่วยเหลือที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ในดูแลอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น เช่น การขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น การขอคำแนะนำในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม เป็นต้น

2) ความมีอำนาจควบคุม คือ ลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่แสดงออกถึงความสำเร็จว่าตนสามารถควบคุมอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น เชื่อในความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองที่เกิดขึ้นได้ ได้ มองว่าอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากการกระทำของตนเอง ไม่ได้เกิดจากโชคชะตาหรืออำนาจของผู้อื่น เป็นผลที่เกิดจากการกระทำที่เกิดขึ้นก่อนหน้า และจะวางแผนในการป้องกันอาการเจ็บหน้าอกได้อย่างเหมาะสม

3) ความท้าทาย หมายถึง ลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่แสดงออกว่าอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่น่าตื่นเต้น น่าสนใจ ท้าทาย ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองต่อไป เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะแสวงหาว่าสิ่งที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง มีความรู้สึกกล้าเสี่ยง ท้าทายความรู้สึกลงในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และทำให้เกิดความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกจนสามารถบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว โดยใช้ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ทักษะประสบการณ์ มาใช้ให้เกิดประโยชน์

บุคคลที่มีภาวะเข้มแข็งจะสามารถผ่านภาวะวิกฤตินี้ได้เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น จนสามารถบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นได้ จากการศึกษาของนิตยา ฤทธิเพชร และคณะ(2556) พบว่าความเข้มแข็งอดทนช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถประเมินเหตุการณ์หรืออาการของโรคว่าเป็นสิ่งท้าทาย มีความสามารถในการดูแลและควบคุมอาการเจ็บหน้าอกได้อย่างเหมาะสม ช่วยบรรเทาภาวะเครียดลงได้ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับ

การศึกษาของอินทูกานต์ กุลไวย (2551) พบว่า ความเข้มแข็งของคนมีความสัมพันธ์และร่วมทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ($r = .73, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของเมตตา จันทร์ไทยศรี (2545) พบว่าความเข้มแข็งของคนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ($r = .49, p < .01$) และชไมพร จินต์คณาพันธ์ (2543) ศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะของความเข้มแข็งของคน ซึ่งประกอบด้วย ความมุ่งมั่น ความมีอำนาจควบคุม และความรู้สึกทำทนายที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ในทางบวก เช่น ประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นสิ่งทำทนาย สามารถควบคุมได้ รู้จักเลือกวิธีเผชิญปัญหาและดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ และมุ่งทำกิจกรรมเพื่อขจัดปัญหาให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ ดังนั้น ความเข้มแข็งของคนจึงมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การประเมินความเข้มแข็งของคน

1) แบบประเมินความเข้มแข็งของคน ของ Kobasa (1979) และได้มีการพัฒนาแบบความเข้มแข็งของคนหลายฉบับเนื่องจากมีจุดอ่อนหลายประเด็นที่ต้องพัฒนา ได้แบบสำรวจความเข้มแข็งของคน (The personal view survey) ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ คลอบคลุม 3 องค์ประกอบ ด้านความมุ่งมั่น 16 ข้อ ความมีอำนาจควบคุม 17 ข้อ ความทำทนาย 17 ข้อ เป็นแบบประเมินความเข้มแข็งของคนที่ใช้ได้มากที่สุด สามารถทำนายภาวะเครียดและภาวะสุขภาพของบุคคลได้ แต่เป็นการวัดความเข้มแข็งของคนในสภาพทั่วไป ไม่ได้ชี้เฉพาะเจาะจงกับภาวะสุขภาพ

2) แบบประเมินความเข้มแข็งของคนเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related Hardiness scale) ของ Pollock และ Duffy (1990) ประกอบด้วยข้อคำถาม 34 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน คือ ความมุ่งมั่น ความมีอำนาจในการควบคุม และความรู้สึกทำทนาย เป็นแบบประเมินค่ามีคำตอบเป็นทางเลือก 6 ระดับ มีการทดสอบความเที่ยงด้วยการหาค่าความคงที่ภายใต้ค่าอัลฟาครอนบาคโดยรวม .91 และค่าอัลฟารายด้านแต่ละด้านเท่ากับ .87 ในประเทศไทยโดยศรัณยา เบญจกุล (2538) แปลเป็นภาษาไทยและนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (นิตยา คงชุม 2539) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.81 -0.86

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกดัดแปลงใช้แบบวัดความเข้มแข็งของคนเกี่ยวกับสุขภาพของศรัณยา เบญจกุล (2538) ของ Pollock และ Duffy (1990) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุมแนวคิดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัย และมีการนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง

3.3 ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

ความรู้เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้เป็นปัจจัยแรกที่จะช่วยในการประเมิน พิจารณาตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองทั้งในภาวะสุขภาพดีและเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ความรู้ที่ถูกต้อง เพียงพอจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสืบสวนหาข้อมูล พิจารณาไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลและตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองโดยความรู้เป็นสิ่งแรกและจะเป็นส่วนประกอบในการสร้างหรือก่อให้เกิดความสามารถหรือทักษะในขั้นต่อไป ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ สามารถดูแลตนเองได้ เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น Orem และ Taylor (1986) กล่าวว่า ระดับการศึกษาเป็นส่วนสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของบุคคลในสังคม ที่จะส่งผลให้เกิดการคิดอย่างมีเหตุผล การแสวงหาข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งองค์ประกอบของวัฒนธรรมจะช่วยให้บุคคลมีพลังความสามารถ 10 ประการ อันเป็นตัวกลางที่จะเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องเฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลตนเอง (Orem & Taylor, 1986 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล 2534) จากการศึกษาของจากการศึกษาของอัญศิณี นันตีสุนทร (2555) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ ($r=.378, p<.01$) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของชัยพงศ์ ชูยศ (2547) พบว่าความรู้ในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.387$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Khuwatsamrit (2004) พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 70 ($R^2=.70, p<.001$) ดังนั้นความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

3.4.1 ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจประกอบด้วย

พยาธิสภาพการเกิดอาการเจ็บหน้าอก (Lenfant, 2010 ; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553)

อาการเจ็บหน้าอก (Angina pectoris) เป็นผลมาจากการขาดดุลย์ของออกซิเจนที่ได้รับและการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (Imbalance of myocardial supply and demand) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดที่มีการตีบ แคบ หรือหดเกร็ง โดยปกติพยาธิสภาพของ

ในหลอดเลือดหัวใจตีบไม่ก่อให้เกิดอาการใดๆ แต่เมื่อมีการตีบของหลอดเลือดจะต้องมีมากกว่าร้อยละ 70 จึงจะมีอาการเจ็บหน้าอกขณะพัก แต่ถ้ามีการตีบตันของหลอดเลือดมากกว่าร้อยละ 50 ขึ้นไปอาจมีอาการเจ็บหน้าอกขณะออกกำลังกายหนักๆ ได้ ดังนั้นในรายที่มีการตีบของหลอดเลือดน้อยกว่าร้อยละ 50 มักไม่มีอาการ/อาการแสดง ในภาวะปกติความต้องการใช้และการได้รับออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจจะสมดุลกันและเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจสามารถเพิ่มขึ้นได้ถึง 4 เท่าได้ในยามที่ต้องการใช้ออกซิเจน ภาวะหลอดเลือดแข็งตัวมักไม่ก่อให้เกิดอาการใดๆ ดังนั้นจึงอาจไม่พบอาการใดๆ ในบุคคลที่หลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มีภาวะหลอดเลือดแข็งตัว แต่อาการจะปรากฏเมื่อกลิ้ามเนื้อหัวใจไม่มีความสมดุลระหว่างออกซิเจนที่ได้รับกับออกซิเจนที่ต้องการ เมื่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน จะปล่อยสารต่างๆ อาทิ แบริดีไคนิน (Bradykinin) และเคนิน (Kinin) อื่นๆ ออกมาและไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด (Pain receptor) ที่อยู่ชั้นนอก (Adventitia) ของหลอดเลือดโคโรนารีและกล้ามเนื้อหัวใจ เส้นประสาทที่รับความรู้สึกจะเข้าสู่ superficial และ deep cardiac plexus ไปตาม Superior, Middle และ Inferior cardiac nerve คู่ตัวเซลล์ซึ่งอยู่ที่ dorsal root ของไขสันหลังส่วนนอกที่ 1-5 (T1-T5) และเส้นประสาทเหล่านี้จะไปยังบริเวณดังกล่าวได้โดยการส่งผ่านถึงกันทางโซ่ซิมพาทติก

อาการเจ็บหน้าอกอันเนื่องมาจากหัวใจ เป็นแบบการเจ็บของอวัยวะภายใน (Visceral pain) เป็นการเจ็บแน่น หรือปวดเจ็บ ที่มีบริเวณกว้าง ไม่สามารถระบุขอบเขตได้ชัดเจน และสามารถเจ็บร้าวไปยังส่วนอื่นที่อยู่ไกลออกไป อาการเจ็บหน้าอกจากหัวใจจะไปตามส่วนของร่างกายที่ถูกเลี้ยงโดยประสาทไขสันหลังส่วนนอกที่ 1-5 ซึ่งบริเวณนี้ได้แก่ ผนังทรวงอกด้านหน้าตั้งแต่ระดับใต้ไหปลาร้าลงมาถึงประมาณกระดูกซี่โครงที่ 7 รวมทั้งกระดูกอก ผนังทรวงอกด้านหลังและด้านข้างตั้งแต่บริเวณกระดูกซี่โครงที่ 1 ถึงที่ 7 รวมทั้งกระดูกสะบัก และบริเวณด้านในของแขนด้วย โดยส่วนสูงสุดของไขสันหลังที่ถูกกระทบ คือ ไขสันหลังส่วนคอที่ 3 ส่วนต่ำสุดคือ ไขสันหลังส่วนอกที่ 10 ซึ่งไขสันหลังส่วนนี้เลี้ยงบริเวณคอ ไหล่และแขน ทำให้ลักษณะอาการเจ็บหน้าอกมีลักษณะแตกต่างกันไป

ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก สามารถแบ่งตาม Canadian Cardiovascular Society (CCS) ตามความสามารถในการทำกิจกรรมและอาการแสดงเจ็บหน้าอก (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2549) ดังนี้

Class 1 มีอาการเจ็บหน้าอกในขณะที่ทำงานมากกว่าปกติ ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ โดยไม่แสดงอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยหรือเจ็บหน้าอก

Class 2 มีอาการเจ็บหน้าอก เมื่อทำงานตามปกติผู้ป่วยจะมีอาการเมื่อเดินไกลๆ หรือเดินเร็วๆ หรือมีอาการเมื่อขึ้นบันไดมากกว่า 2 ชั้น หรือผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีความสุขสบายเหมือนคนปกติขณะพัก แต่จะเหนื่อยอ่อนเพลีย หรือเจ็บหน้าอก เมื่อทำกิจกรรมทั่วไป

Class 3 มีอาการเจ็บหน้าอก ในขณะที่ทำงานน้อยกว่าปกติ ผู้ป่วยมักจะมีอาการเมื่อเดินในระยะสั้นๆ หรือขึ้นบันไดได้ชั้นเดียวก็มีอาการแน่นหน้าอก หรือผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม อาจรู้สึกสบายในขณะที่พัก แต่เมื่อทำกิจกรรมเบาๆ ที่น้อยกว่ากิจกรรมปกติที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหรือเจ็บหน้าอก

Class 4 มีอาการเจ็บหน้าอกในขณะที่พักหรือผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอกโดยไม่ทำกิจกรรมใดๆ

3.4.1.1 สาเหตุการเกิดอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สาเหตุสำคัญ(Lenfant, 2010 ; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2553) คือ

1) การนำส่งออกซิเจนหรือเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (Oxygen myocardial supply) เกิดได้จากหลายปัจจัย ที่สำคัญคือ

1.1) การตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary artery stenosis) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมี Coronary Atherosclerosis ที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆทำให้หลอดเลือดตีบแคบมากกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่หน้าตัดของรูหลอดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้นได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ แต่หากมีการตีบแคบมากกว่าร้อยละ 75 (Lenfant, 2010; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) เมื่อกลิ้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น เช่น การทำกิจกรรม เมื่อมีภาวะเครียด หรือโดนอากาศที่เย็นมาก หลอดเลือดที่ตีบแคบจะไม่สามารถส่งเลือดและออกซิเจนให้กล้ามเนื้อได้อย่างเพียงพอ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและเกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น นอกจากนี้อาจเกิดจากการหดเกร็งของหลอดเลือดโคโรนารีหรือการอุดตันของลิ้มเลือดที่หลุดลอยมา (Coronary embolism)

1.2) การมีความดันในหลอดเลือดโคโรนารีลดลง เป็นผลมาจากความดันโลหิตต่ำ หรือเกิดจากการตีบแคบของลิ้นหัวใจเอออร์ติก

1.3) ความแตกต่างระหว่างความดัน (Pressure gradient) ในหลอดเลือดเอออร์ตาและความดันในเวนตริเคิลซ้ายขณะกล้ามเนื้อหัวใจคลายตัวลดลง (Diastolic) โดยปกติเลือดจะไปเลี้ยงหัวใจได้ดีในช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic) ถ้าหัวใจคลายตัวในระยะสั้นหรือมีความดันเมื่อสิ้นสุดการคลายตัว (End diastolic) ของหัวใจสูง ทำให้เลือดเข้าสู่หลอดเลือดโคโรนารีน้อยลง เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ลดลง

1.4) กล้ามเนื้อต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น (Myocardial demand) เกิดได้หลายปัจจัย เช่น การที่หัวใจเต้นเร็ว การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจที่เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูง และขนาดของหัวใจโตขึ้น เป็นต้น

3.4.1.2 ลักษณะของอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (Lenfant, 2010; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) ดังนี้

1) ลักษณะอาการปวด (Characteristic) เป็นลักษณะถูกบีบรัด อึดอัดในหน้าอก อาการปวดจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากอาการเมื่อเริ่มต้นจนถึงเจ็บปวดมากที่สุด การปวดมักคลุมเครือไม่สามารถชี้ตำแหน่งได้ชัดเจน

2) ตำแหน่ง (Location) มักเป็นบริเวณใต้กระดูก (Substernal area) อาจก่อนมาทางด้านซ้าย บริเวณที่เจ็บปวดจะกว้าง ไม่สามารถชี้จุดได้ และส่วนใหญ่ร้อยละ 80 จะมีอาการปวดร้าวไปยังบริเวณแขนซ้ายด้านใน โดยร้าวเฉพาะต้นแขน หรือร้าวตลอดแขนจนถึงข้อมือและมือ และอาจร้าวไปคอและแขนขวาได้ ส่วนน้อยที่จะเจ็บร้าวไปที่กราม ขากรรไกร หลังและลิ้นปี่ โดยทั่วไปอาการมักไม่เกินกรามและไม่ต่ำกว่าสะดือ

3) ระยะเวลา (Duration) อาการปวดเค้นหรือเจ็บหน้าอก ไม่สั้นกว่าครึ่งนาทีและไม่นานกว่า 30 นาที ส่วนใหญ่อาการจะหายไปใน 5-15 นาที โดยทั่วไปแล้วอาการเจ็บหน้าอกที่ยังไม่มีการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจมักไม่น้อยกว่า 1 นาที และนานไม่เกิน 15 นาที

4) อาการเจ็บหน้าอกจากอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับหัวใจเมื่อมีความผิดปกติ อาจทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งมีลักษณะการเกิดที่แตกต่างกัน สำหรับอาการเจ็บหน้าอกที่พบบ่อย ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกจากเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardial pain) เจ็บอกจากหลอดเลือดใหญ่เอออร์ตาและพัลโมนารี เจ็บหน้าอกจากลิ้นไมทรัล (Prolapsed mitral valve) เป็นต้น

5) อาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เกี่ยวข้องกับหัวใจ ความผิดปกติบางอวัยวะ เช่น เยื่อหุ้มปอด หลอดอาหาร อวัยวะภายในช่องท้อง กล้ามเนื้อและกระดูก แม้แต่จิตใจ หรือความวิตกกังวลก็สามารถก่อให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งอาการเจ็บหน้าอกอาจคล้ายกันหรือมีลักษณะเฉพาะได้

3.4.1.2 ปัจจัยที่ทำให้อาการเจ็บหน้าอกรุนแรงมากขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) ได้แก่

1) การออกกำลังกาย (Exercise) ลักษณะเฉพาะของอาการเจ็บหน้าอกคือ การออกกำลังกายจะกระตุ้นให้เกิดอาการและอาการจะหายไปเมื่อได้พัก ระหว่างการออก

กำลังกายความต้องการใช้ออกซิเจนจะเพิ่มมากขึ้น แต่การนำเลือดโดยหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบแคบนั้น ไม่เพียงพอจึงเกิดอาการเจ็บหน้าอก และเมื่อได้พักหรือหยุดออกกำลังกาย อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดลง ความต้องการการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง อาการเจ็บอกจึงหายไป อาการเจ็บหน้าอกจะเกิดขึ้นทุกครั้งเมื่อออกแรงถึงจุดที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และอาการมักจะเกิดขึ้นเมื่อได้ทำงานนั้นๆอีก ผู้ป่วยบางรายมีอาการแค่อกเดินไม่กี่ก้าว ในขณะที่บางรายต้องออกแรงมากจึงเกิดอาการ และพบว่าการออกแรงโดยใช้แขนมีโอกาสทำให้เกิดอาการได้ง่ายกว่าการใช้ขา

2) ความเครียด (Stress) ความเครียดเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญที่ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก ในขณะที่อารมณ์เครียดจะหลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) ออกมามาก ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ส่งผลให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น

3) หลังรับประทานอาหาร (After eating) อาการเจ็บหน้าอกมักเกิดภายหลังจากรับประทานอาหารประมาณ 1 ชั่วโมง เนื่องจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงทางเดินอาหารมีการขยายตัวและมีการไหลเวียนเลือดมากขึ้น ส่งผลให้เลือดที่เข้าสู่หลอดเลือดโคโรนารีจึงน้อยลง ทำให้อาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้

4) อากาศเย็น (Cold weather) อากาศเย็นอาจก่อให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ แม้มีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย เนื่องจากความเย็นทำให้หลอดเลือดโคโรนารีหดตัว หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น

5) การสูบบุหรี่ (Cigarette smoking) สารต่างๆในบุหรี่จะกระตุ้นให้มีการหดตัวของหลอดเลือดและทำให้เกิดลิ่มเลือดจับตัวกันง่ายขึ้น จึงเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย และการสูบบุหรี่จะทำให้ร่างกายหลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) ออกมามาก ทำให้หัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตสูง นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังลดความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจน ทำให้หัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เพิ่มการทำงานของหัวใจมากขึ้น

6) การหลับลึก (Deep sleep) ในขณะที่ฝันร่างกายจะมีการหลั่งแคทีโคลามีน (Catecholamine) ทำให้หัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงมักมีอาการเจ็บหน้าอกในเวลากลางคืน ทำให้ต้องตื่นลุกมากลางดึก

7) การมีเพศสัมพันธ์ (Sexual activity) ในขณะที่ฝันร่างกายจะมีการหลั่งแคทีโคลามีน (Catecholamine) ออกมาทำให้หัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอกได้

8) การเบ่งอุจจาระ (Straining during bowel movement) การเบ่งอุจจาระทำให้เกิด valsalva maneuver เลือดไหลเข้าสู่หัวใจน้อยลง และทำให้ความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น จึงกระตุ้นเกิดเจ็บหน้าอกได้

9) ปัจจัยที่ทำให้ดีขึ้น อาการเจ็บอกจะดีขึ้นภายหลังพัก หรือได้รับยาไนโตรกลีเซอรินซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 70 อาการจะดีขึ้นภายในเวลา 3 นาทีหลังจากได้รับยา (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

10) อาการร่วมที่เกิดร่วมกับอาการเจ็บหน้าอก

อาการที่พบร่วมกับอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระหว่างที่เกิดอาการเจ็บหน้าอก ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้น ทำให้เกิดอาการใจสั่น เหงื่อออกและคลื่นไส้ และช่วงหัวใจขาดเลือดนี้ระยะหัวใจคลายตัวได้ไม่ดีเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างยืดหยุ่นไม่ดี ทำให้ความดันในระยะหัวใจคลายตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลไปยังหลอดเลือดที่ปอดทำให้เลือดคั่งที่ปอดเกิดอาการหายใจลำบาก (Dypnea) เกิดภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary congestion) ตามมาและผลจากการที่มีสารเมตาบอลิซึมคั่งค้างเป็นสาเหตุให้หัวใจห้องล่างซ้ายเต้นผิดจังหวะ (Ventricular arrhythmia) ในผู้ป่วยบางราย นอกจากนี้เนื่องจากเส้นประสาทรับความรู้สึกจากหัวใจถูกเลี้ยงโดยเส้นประสาทไขสันหลังส่วนอกที่ T 5-11 ทำให้มีความรู้สึกของการอื่นร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง จุกเสียดที่หน้าอก เป็นต้น

3.4.1.3 การป้องกันการเกิดอาการเจ็บหน้าอก สำหรับแนวทางการให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเองไม่ให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) ดังนี้

1) หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดอาการ แนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่อาจจะกระตุ้นให้อาการเจ็บหน้าอก เช่น การรับประทานอาหารมากเกินไปในแต่ละมื้อ การดื่มกาแฟ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกายหักโหม และการเผชิญความเครียดรุนแรง

2) สอนวิธีปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเกิดขึ้น สอนผู้ป่วยดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น เช่น หยุดกิจกรรมและนั่งพักทันที ใช้น้ำตาลทรายส่วนใหญ่ คือ ไนโตรกลีเซอริน และแนะนำว่าสามารถใช้ได้ 3 ครั้งใน 5 นาที และถ้าอาการไม่ดีขึ้น ต้องรีบเข้ารับการรักษา ซึ่งต้องเน้นจุดนี้เพราะการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ต้องการบำบัดโดยเร็วที่สุดจึงจะรอดชีวิต

3) ควบคุมระดับความดันโลหิต แนะนำความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและแนะนำไม่หยุดยาบำบัดความดันโลหิตเองแม้อาการจะดีขึ้น ภาวะความดันโลหิตสูงทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีการทำงานหนักมากขึ้น ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอกได้

ควรมีการควบคุมความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและแนะนำไม่หยุดยาบำบัดความดันโลหิตเอง
แม้อาการจะดีขึ้น

4) แนะนำการส่งเสริมสุขภาพ ช่วยวางแผนการออกกำลังกายอย่าง
สม่ำเสมอ โดยเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ แนะนำให้เลิกสูบ
บุหรี่และหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่เพราะจะทำให้มีหัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตสูงขึ้น

5) ควบคุมน้ำหนัก แนะนำให้ผู้ป่วยที่อ้วนลดน้ำหนัก โดยการ
รับประทานอาหารให้น้อยลง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีแคลลอรี่และโคเลสเตอรอลสูง ลดอาหารที่ทำให้
ให้เกิดก๊าซ และให้พักระยะสั้นๆ หลังรับประทานอาหาร แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีเส้นใย
สูง ซึ่งนอกจากป้องกันอาการท้องผูกแล้ว ยังช่วยลดการเกิดและความรุนแรงของอาการเจ็บ
หน้าอกด้วย นอกจากนี้การเส้นใยยังช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ได้อีกด้วย

6) ปรับพฤติกรรมที่กระตุ้นให้อาการเกิดขึ้น แนะนำให้พักสั้นๆ
ระหว่างทำงาน ให้เข้านอนเร็วขึ้น ให้มีการหยุดพักก่อนจากงานบ้าง ในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล
และเครียดมาก ต้องแนะนำเทคนิคการผ่อนคลายที่สามารถปฏิบัติตามได้

3.4.1.4 การดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก มีแนวทางในการปฏิบัติใน
การดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น (Anderson et.al, 2011;
ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553) ดังนี้

1) เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นเมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกให้หยุด
กิจกรรม ถ้ายืนทำกิจกรรมให้ค่อยๆ พิงที่ผนัง กำแพง เสา ตู้หรือต้นไม้ หรือค่อยๆ ให้คนช่วย
ประคองหลังไว้ แล้วค่อยนั่งพักบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงหรือบนพื้น ส่วนใหญ่อาการจะดีขึ้นหลังพัก
ประมาณ 5 นาที

2) ถ้าหากอาการไม่ดีขึ้น ต้องใช้ยาอมใต้ลิ้นเพื่อลดอาการ การใช้ยา
อมใต้ลิ้นเพื่อลดอาการ การใช้ยาอมใต้ลิ้นที่ถูกต้องคือ ขณะใช้ยาอมใต้ลิ้นให้นั่งลงบนเก้าอี้ที่มีพนัก
พิงและเท้าแขน หรือนั่งลงกับพื้น นำยาอมใต้ลิ้นออกจากขวดบรรจุมา 1 เม็ด ห้ามใช้เกินครั้งละ
1 เม็ด แล้ววางไว้ใต้ลิ้น ห้ามเคี้ยวหรือทำให้แตก หรือบดยา จากนั้นปิดปากและอมยาได้ โดยไม่
ต้องกลืนน้ำลายหรือดื่มน้ำตามหรือเครื่องดื่มใดๆ ตามลงไป ปล่อยให้ยาค่อยๆ ดูดซึม ผ่านหลอด
เลือดบริเวณใต้ลิ้น อาการเจ็บหน้าอกจะค่อยๆ บรรเทาลงภายใน 1-2 นาที

3) ถ้าหลังจากอมยาใต้ลิ้นเม็ดแล้วผ่านไป 5 นาที อาการยังไม่ดีขึ้น
ให้ออมยาเม็ดที่ 2 โดยปฏิบัติตามวิธีใช้เหมือนเดิม รออาการอีก 5 นาที ขณะรออาการให้เตรียม
ตัวไปโรงพยาบาลไว้ หรือเตรียมเรียกรถฉุกเฉิน

4) เมื่ออมยาเม็ดที่ 2 แล้วอาการไม่ดีขึ้นให้ออมยาเม็ดที่ 3 แล้วรีบไปโรงพยาบาลทันที เพราะอาการที่ไม่ดีขึ้น มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ส่งผลทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ หรืออาจถึงขั้นเสียชีวิตได้

5) หลังอมยาได้ลิ้นแล้วอาการดีขึ้น ให้ผู้ป่วยนั่งพัก หรือนอนพัก สักครู่ ไม่ควรลุกขึ้นนั่งหรือยืนทันทีที่อาการดีขึ้น เพราะอาการเกิดอาการวิงเวียน หน้ามืดได้ เพราะยามาได้ลิ้นมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง อาจเกิดอาการได้เมื่อเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็ว

6) หากอมยาได้ลิ้นเม็ดแรกแล้วอาการดีขึ้น แต่ยังมีอาการเจ็บหน้าอกขึ้นอีกจนต้องให้ยาเกิน 3 ครั้ง/วัน หรือใช้ยามาได้ลิ้นทุกวันวันละครั้งติดต่อกันหลายวัน ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อหาสาเหตุ ยารับประทานไม่สามารถควบคุมอาการได้ หรืออาการของโรคเป็นมากขึ้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

7) ขณะเกิดอาการเจ็บหน้าอก ควรควบคุมอารมณ์ไม่ให้ตกใจหรือหวาดกลัวเกินไป ทำจิตใจให้สงบแล้วนอนพักสักครู่หลังอมยาได้ลิ้น หรือบอกให้ญาติอยู่เป็นเพื่อน

3.4.2 การประเมินความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแต่ไม่ได้เน้นเฉพาะเรื่องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวทางในการดูแลอาการเจ็บหน้าอก (Anderson, et.al, 2011) จำนวน 30 ข้อ มีลักษณะ 3 ตัวเลือก โดยมีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว

3.5 การสนับสนุนทางสังคม

3.5.1 ความหมายและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ พฤติกรรมและสิ่งทีก่อให้เกิดสุขภาพดีต่อภาวะสุขภาพ Pillisuk (1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคงทางอารมณ์ แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าเขาได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

- 1) ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน

2) ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์ ประกอบด้วย ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับ เชื่อว่ามีความเอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงใจ และข้อมูลข่าวสารที่มี ลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์ต่อสังคม

3) ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือด้านจิตใจ

4) จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ แรงสนับสนุน ทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ (House, 1985)

ดังนั้นกล่าวโดยสรุป แหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน วัตถุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ โดยได้รับจากครอบครัวหรือกลุ่มบุคคลในระบบสังคม เป็นผู้ให้การสนับสนุน ทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพ ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหาและปรับตัว แก้ไขปัญหานั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีความหมายแตกต่างกันตามแต่ละแนวคิด ดังนี้

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การที่บุคคลรับรู้ได้รับความรัก การยกย่อง เห็นคุณค่า มีความสัมพันธ์อันใกล้ชิดและมีความรักใคร่ผูกพัน และไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและมีคุณค่า (Esteem support) คือ เป็นการช่วยเหลือให้บุคคลรับรู้ว่าเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า

3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or network) คือ การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หรือสมาชิกในสังคม ซึ่งมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Jacobson (1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกัน ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ วัตถุประสงค์ของ และความรู้ความเข้าใจ ทำให้บุคคลมีกำลังใจในการจัดการปัญหาและรับรู้ว่าคุณค่า แบ่งออกเป็น

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion support) คือ การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนกำลังใจ ความเอาใจใส่ ทำให้มีความนับถือ เชื่อมั่นในการดูแลตนเอง

2) การสนับสนุนด้านการรับรู้ (Cognitive support) คือ บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำและการช่วยเหลือต่างๆ เพื่อช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจต่อสิ่งรอบข้างและช่วยในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ

3) การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของ (Materials support) คือ การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านสิ่งของ แรงงานและบริการต่างๆ เพื่อช่วยให้บุคคลจัดการปัญหาได้ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นกลุ่มบุคคลหรือคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมในทางที่ผู้รับต้องการ

House (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยอมรับ ยกย่อง เห็นคุณค่า ความรัก ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการประเมิน เป็นการติดต่อสื่อสารระหว่างกันเพื่อให้ได้ข้อมูลย้อนกลับที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและเรียนรู้ด้วยตนเอง เปรียบเทียบกับสังคม

3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เวลา สิ่งของ แรงงาน เงิน และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

ซึ่ง House (1981) แบ่งบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์ คือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการ มีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวกับบทบาทการทำงาน ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง และ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการ

ทำงานหรือวิชาชีพ จะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง เช่น แพทย์ พยาบาล หรือทีมสุขภาพ เป็นต้น

3.5.2 การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล เกิดจากความตั้งใจและมีเจตนาดี เพื่อให้ความช่วยเหลือ ปรึกษาประคองในทุกๆด้าน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคล ช่วยลดความเครียดเนื่องมาจากเจ็บป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง อาการเจ็บหน้าอกซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลงเนื่องจากมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทำให้เกิดความกลัวอาการกำเริบหรือเกรงว่าจะเกิดอันตราย (เป็น รักเกิด, 2549; สมรภพ บรรหารักษ์, 2553) ส่งผลกระทบด้านจิตใจเกิดขึ้น (วรรณิ จิวสืบพันธ์, 2550) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจึงมีความจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในสภาวะที่ร่างกายมีความเจ็บป่วย และมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น ซึ่ง Elliott & Eisdorfer (Elliott & Eisdorfer อ้างถึงใน นิตยา คงชุม, 2539 อ้างถึงใน เกษร เวชพันธ์, 2548) ได้กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งอำนวยความสะดวกในการเผชิญปัญหา โดยจะช่วยให้บุคคลมีความทุกข์อยู่ภายในขอบเขตที่สามารถทนได้ สามารถเผชิญและเตรียมพบกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกของอรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับมาก สิ่งที่จะช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง คือ การได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของตนเอง คือการที่ต้องทำงานหารายได้ และความรู้สึกลบเลือนต่อความเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเอง สำหรับการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับมากคือ ด้านอารมณ์จากบุคคลในครอบครัวและการสนับสนุนด้านข่าวสารจากทีมสุขภาพ จากการศึกษาของนิตยา ปรานทัยภัย (2550) พบว่าบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ มีผลต่อรูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรพรรณ ศรีคงและนรลักษณ์ เอื้อกิจ(2554) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง เช่นเดียวกับการศึกษาของพรพิมล อ่ำพิจิตร(2552) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน($r=.368, p<.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์พรรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547) ทิพวรรณ

แย้มศรีบัว (2552) และอัญศิณี นันตะสุนันท์ (2555) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r=.461$, $.408$ และ $.320$ ตามลำดับ, $p<.05$) และ Khuwatsamrit (2004) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 70 ($R^2=.70$, $p<.001$) และจากการทบทวนวรรณกรรมของ Parry & Watson (2009) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

3.5.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

1) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่สร้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Jacobson (1986) มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ มีระดับมาตราวัดแบบ Likert scale ซึ่งพัชรวรรณ ศรีคง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) นำมาประยุกต์ใช้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย มีค่าความตรงเท่ากับ 0.85 ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82

2) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ ลีริรัตน์ ลีลาจรัสและพิศสมัย ורתัย (2554) ที่ได้รับอนุญาตจาก Toljamo and Hentinen (2001) ให้แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทย ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ House (1981) มีข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีการประเมินการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านอารมณ์และการให้ความช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อน ด้านข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนจากเพื่อน แรงสนับสนุนด้านลบ และแรงสนับสนุนด้านการเงิน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75 และแบบประเมินที่ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมฉบับแปลเป็นภาษาไทยมีความตรงเชิงโครงสร้างในบริบทของคนไทย โดยอิสรีย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .71

3) เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) และ Schaffer (1981) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และด้านการบริการ ด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ โดยสมคิด สิทธิทธิ (2546) นำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 110 คน ค่าความตรง (Validity) เท่ากับ .80 และค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .91

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ ลีริรัตน์ ลีลาจรัสและ พิศสมัย อรทัย (2554) เนื่องจากมีการใช้ในกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง เหมือนกันและแบบสอบถามนี้มีการพัฒนาเพื่อให้เหมาะกับบริบทของคนไทย

4. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการ เจ็บหน้าอกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีดังนี้

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จากพยาธิสภาพของ โรคส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น ผู้ป่วย ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือวิถีชีวิตของตนเองร่วมกับการรักษา และมีการติดตาม การรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต การลดอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพจะเป็น การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก และลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนั้น ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญเนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจทางคลินิกที่ซับซ้อน สามารถให้การส่งเสริม ความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมี ประสิทธิภาพ พยาบาลในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจึงควรมีบทบาทตามสมรรถนะในการ ดูแลและให้การพยาบาลการส่งเสริมความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง เพื่อลด ภาวะแทรกซ้อน เพื่อลดอัตราการตายและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ดังนี้

1) การพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ปฏิบัติการ ขั้นสูงจะต้องสามารถวิเคราะห์ปัญหาความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และสร้างทีมสุขภาพและจัดระบบการดูแลผู้ป่วย ช่วยเหลือให้ผู้ป่วย สามารถเข้าถึงระบบสุขภาพได้เมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน มีระบบติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและครอบครัว เพื่อการดูแลอย่างครอบคลุมทุกมิติ จากแนวคิดของ Orem (2001) ระบบการพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และลงมือทำเพื่อตอบสนอง ความต้องการการดูแลอาการเจ็บหน้าอกตนเองเป็นระบบการดูแลตนเองที่มีการเปลี่ยนแปลง ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้น ในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติการ พยาบาลขั้นสูงจึงจำเป็นต้องมีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วย และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (พัชรกรรณ์ อุ่นเต็จะ, 2553; ศิริอร สิ้นธุ, 2553)

2) **การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีปัญหาซับซ้อน** จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีโอกาสเสียชีวิตกะทันหันได้เมื่อได้รับปัจจัยกระตุ้น ในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจะต้องมีบทบาทในการประเมินภาวะสุขภาพ ลักษณะอาการ และตอบสนองของบุคคลต่อภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพื่อวินิจฉัยปัญหา ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลและความรู้ต่างๆ ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และขอความช่วยเหลือได้เมื่อไม่สามารถดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองได้ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกตามความแตกต่างของแต่ละบุคคล จากแนวคิด Orem (2001) กล่าวว่าสิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยให้บุคคลที่ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมาย และแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง (พัชรภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ, 2553)

3) **การประสานงาน (Collaboration)** พยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เมื่อมารับบริการ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจึงต้องมีบทบาทในการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ประสานให้เกิดความร่วมมือเพื่อร่วมหาสาเหตุและแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกตามศักยภาพที่มีและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ศิริอร ลินธู, 2553)

4) **การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Education) การฝึกทักษะ (Coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (Mentoring)** เป็นกระบวนการสังคมในการช่วยสนับสนุนความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้ตระหนักรู้ในปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ และร่วมมือในการแก้ไขปัญหา ซึ่งทำให้บุคคลมีความเชื่อในการพึ่งตนเอง (Cossette, Frasure-smith, & Lesperance, 2002) พยาบาลปฏิบัติขั้นสูงมีบทบาทในการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อที่จะปฏิบัติดูแลตนเองในการรับรู้เกี่ยวกับโรค การควบคุมปัจจัยกระตุ้น การมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับรู้และการประเมินอาการ การควบคุมอาการเจ็บหน้าอกและการใช้บริการทางสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การสอนและฝึกทักษะในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยให้การสนับสนุนที่เหมาะสม เพิ่มศักดิ์ศรี และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาในการช่วยสอนหรือแนะนำพยาบาลผู้เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง โดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองเป็นแนวทางการพยาบาล โดยสร้างแรงจูงใจ

ให้กับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2551)

5) การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ เป็นบทบาทที่สำคัญสำหรับพยาบาลในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันความก้าวหน้าของโรค จากแนวคิดของ Orem (2001) กล่าวว่า การชี้แนะเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณี que ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ ในการเลือกวิธีการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองหรือสามารถดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำ และการตรวจสอบจากพยาบาล ซึ่งแต่ละบุคคลมีความแตกต่างของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ดังนั้นการให้คำปรึกษาของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจึงควรมีการประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้เกิดความเข้าใจกับสิ่งที่ปัญหา ความเสี่ยง ส่งเสริมหนทางที่จะแก้ไขปัญหาเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและเพิ่มระดับความสามารถในการดูแลเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ศิริอร ลินธุ, 2553)

6) บทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วยการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม การลด/เลิกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงและลดความก้าวหน้าของโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสิ่งสำคัญในการให้บริการพยาบาลที่พยาบาลจะต้องเรียนรู้และนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พยาบาลปฏิบัติขั้นสูงจะต้องเป็นผู้พัฒนาการแนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สอดคล้องและทันกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและมีการสร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความมั่นใจ คงไว้ซึ่งพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ (Fernandez et al., 2009)

7) การใช้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจจริยธรรม การให้การดูแลและส่งเสริมความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจะต้องยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ขัดต่อวัฒนธรรมท้องถิ่นจึงอาจก่อให้เกิดความยุ่งยากต่อการปฏิบัติ ดังนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจึงต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความสำคัญ ประโยชน์ที่ได้รับ

จากพฤติกรรมการดูแลตนเองและหาแนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย

8) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจะต้องมีการติดตาม พัฒนาคำถามเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างต่อเนื่องเพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ นำแนวทางมาเผยแพร่แก่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาคุณภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ ประเมินผลและมีการพัฒนาแนวทางอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นบทบาทสำคัญของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการเป็นสิ่งแวดล้อมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้บริการและความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ (ดวงกมล วัตราคูล, 2551)

9) การจัดการและการประเมินผล (Outcome management and evaluation) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีบทบาทในการกำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการพัฒนาหรือเลือกใช้เครื่องมือในการดำเนินการจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรับและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล พร้อมทั้งการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อใช้ติดต่อและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด (ดวงกมล วัตราคูล, 2551)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุพร พริงเพ็ช (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารีในผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลทรวงอก และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 100 ราย พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และร่วมทำนายกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .55$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .72$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ภรณ์ เทพส่องแสง (2546) ศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมหัวใจและ

ทรวงอก แขนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ โรงพยาบาลทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี และ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 80 ราย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.289$ และ $-.327$ ตามลำดับ) และพบว่า ความรู้ในการดูแลตนเอง ความรู้สึกไม่แน่นอน ภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองสามารถร่วมอธิบายความผันแปรของความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีได้ร้อยละ 21.7 ($R^2=.217, p<.01$)

สุวรรณา บุญยะดีพรรณ และคณะ (2541) ศึกษาปัจจัยคัดสรรและความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ที่มารับบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 100 คน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.01, p<.03$)

พฤษเมษา หมั่นคำแสน (2542) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกระเหรี่ยงในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก จำนวน 150 ราย ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = .29$)

เมตตา จันทร์ไทยศรี (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงาน ความเข้มแข็งอดทนกับความสามารถในการปฏิบัติงานพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยและไม่ดำรงตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 160 คน พบว่าความพึงพอใจในงาน ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ($r = .491, p < .05$)

อรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 291 ราย พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัวต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .690, .344, .200$ และ $.199$ ตามลำดับ) และจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับมาก สิ่งที่จะช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง คือ การได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของตนเอง คือการที่ต้องทำงานหา

รายได้ และความรู้สึกเบื่อก่อนหน้าต่อความเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเอง สำหรับการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับมากคือ ด้านอารมณ์จากบุคคลในครอบครัวและการสนับสนุนด้านข่าวสารจากทีมสุขภาพ ด้านการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพคิดว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยให้ความสำคัญและประโยชน์ของการดูแลตนเองที่บ้าน

ทวิพร เตชะรัตนมณี (2546) ศึกษาความสัมพันธ์การรับรู้สุขภาพ การดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยสูงอายุช้อเข้าเสื่อมในจังหวัดภูเก็ต ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 130 ราย พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการรับรู้สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .71, p < .01$) การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .38, p < .01$) และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37, p < .01$)

ชัยพงศ์ ชูยศ (2547) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ.สถาบันโรคทรวงอก ที่เข้ารับการรักษาในสถานบันทรวงอก จำนวน 220 คน พบว่าปัจจัยทางชีวสังคมได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน รายได้ครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยภายในได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทักษะคิดต่อการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และความเชื่อในความสามารถตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($r = .387, .939, .855, .896, .950$ และ $.852$ ตามลำดับ, $p < .01$) ตัวแปรที่มีอิทธิพลในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความเชื่อมั่นในความสามารถของการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

พิมพรรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 244 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .181$ และ $r = .461$)

จรรวมล แพ่งโยธา (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ใต้ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม

โรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลตรังจำนวน 150 คน พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก และกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกด้วยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .190, .188$ และ $.657$ ตามลำดับ)

บัวธร เวชพันธ์ (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 380 รายพบว่า รายได้ ระยะเวลาที่ป่วย ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 ($r = .111, .088, .375$ และ $.276$ ตามลำดับ)

บังอร บุญศรีจันทร์ (2548) ศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการดูแลเพื่อการควบคุมอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ใช้แรงงานกรีดยางพาราในจังหวัดสงขลา จำนวน 325 ราย พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง และจำนวนพื้นที่ที่กรีดยางพาราต่อวัน สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ใช้แรงงานกรีดยางได้ร้อยละ 52 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กชชุกร หว่างนุ้ม (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และชนิดของยาเคมีบำบัด กับความสามารถในการดูแลของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .67$ และ $.46$)

คัทลียา อุดติ และณัฐนิช จันทจิรโกวิท(2550) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ สถานสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา อัตราการติดเชื้อมีความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่รักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง ในผู้ป่วย 57 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างสูง คุณภาพชีวิตปานกลาง คุณภาพชีวิตหลังการรักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่องดีกว่าก่อนรักษา ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่

ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27, p < .05$)

คมเนตร สกุลธนะศักดิ์ (2551) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประจำจังหวัดเขตสาธารณสุขที่ 14 จำนวน 130 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .16$)

ธิวาทา ถีวัชนะ แสงอรุณ อิศระมาลัย และช่อลดา พันธุเสนา (2551) ศึกษาการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .59$) และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจเปิด ได้แก่ ระดับสมรรถภาพของหัวใจและรายได้สามารถร่วมทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 14 ($R^2 = .14, p < .05$) และ การเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 23 ($R^2 = .23, p < .05$)

ทิพวรรณ แยมศรีบัว (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สนับสนุนทางสังคมและ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ทักษะคิด การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง อายุ และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 27.9 ($R^2 = .279, p < .05$)

พรพิมล อำพิจิตร (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 140 คน พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($r = -.496$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสนับสนุนทางสังคมและการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ($r = .363$ และ $.381$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .225$)

ศศิวรรณ ทักษณเยี่ยม (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จำนวน 286 ราย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพได้แก่ อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอิทธิระหว่างบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .353, .591$ และ $.567$ ตามลำดับ)

อัญชณา เตชะอำนวยวิทย์ (2552) ศึกษาการดูแลตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อนในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อน และอาศัยอยู่ในนิคมโนนสมบูรณ์ อำเภอบ้านเสด็จ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 527 ราย พบว่าการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อน อยู่ในระดับปานกลาง และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองรายด้าน การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อน ($r = -.24, -.24, .20$, และ $-.18$ ตามลำดับ, $p < .01$)

อินทุกานต์ กุลไวย (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของตน และการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างระหว่าง 60-80 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 377 ราย พบว่า ความเข้มแข็งของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .73$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .67$) ความเข้มแข็งของตนและการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 59 ($R^2 = .59, p < .001$)

อรนุช คงเหลียม (2552) ศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมและความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีมารับการรักษาที่โรงพยาบาลชยันนาท จังหวัดชยันนาท เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยเบาหวานตามตัวแปร เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และการมี-ไม่มีโรคแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รายได้ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

อัญฉินีย์ นันตะสุคนธ์ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .378$ และ $.256$ ตามลำดับ)

Smith, Johnsto, & Allen (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าหลังเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย 63 คน พบว่าการดูแลตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

Keogh, Hamid, Hamid, & Ellery (2004) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเพศกับการตอบสนองต่ออาการเจ็บหน้าอก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพศชาย 78 คน เพศหญิง 76 คน พบว่าความวิตกกังวลและเพศมีความสัมพันธ์ต่อการตอบสนองความเจ็บปวดจากอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวลทำให้เกิดแปลความหมายของอาการเจ็บหน้าอกในด้านลบในเพศหญิง ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ($r = .586, p < .05$)

Aalto, Heijmans, Weinman, & Aro (2005) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 3,130 ราย พบว่าเพศชายรับรู้ว่าเป็นปัจจัยหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมากกว่าเพศชาย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการคาดการณ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการดูแลตนเอง

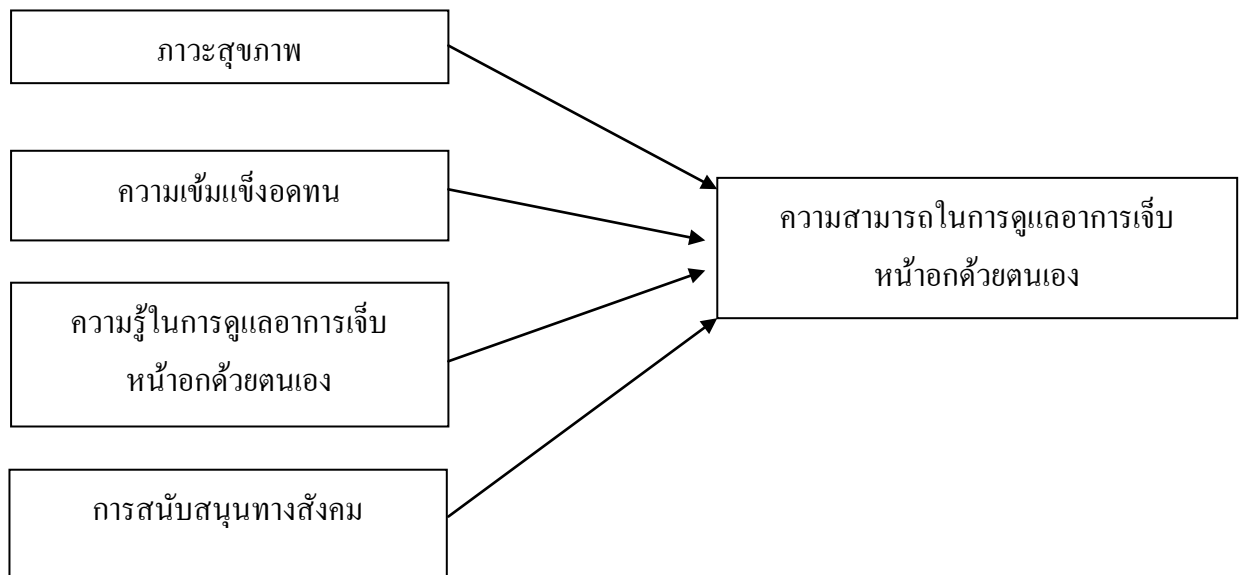
Parry และ Watson (2009) ศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่ามีการศึกษา 27 การศึกษา การให้แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้นในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ลดอัตราการเข้ารับการรักษาห้องฉุกเฉิน

Sol, Graaf, Petersen, & Visseren (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกของโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 140 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือดเฉพาะการลดดัชนีมวลกายในช่วงระยะเวลา 1 ปี

Kang, Yang, & Kim (2010) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกจากศูนย์การแพทย์ จำนวน 157 คน พบว่าปัจจัยร่วมทำนายกับพฤติกรรมดูแลตนเองได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสม การสูบบุหรี่ ประสิทธิภาพของผู้ป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ได้ร้อยละ 39 ($R^2 = .39$) แต่การรับรู้การเต้นของหัวใจไม่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Cramm และ Nieboer (2011) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ภาวะสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และหวาน จำนวน 1570 คน พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้า การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพและลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแล ประกอบด้วยปัจจัยสามารถเปลี่ยนแปลงและจัดกระทำได้และไม่สามารถจัดกระทำได้ โดยเฉพาะปัจจัยที่พยาบาลสามารถจัดกระทำและเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดได้เมื่อได้รับปัจจัยกระตุ้น การควบคุมและลดอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพจะช่วยลดความรุนแรงและผลกระทบที่ตามมา ประกอบกับส่วนใหญ่จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และพฤติกรรมดูแลตนเองทั่วไป แต่ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก โดยคัดเลือกเฉพาะปัจจัยที่สามารถจัดกระทำและเปลี่ยนแปลงได้ โดยใช้แนวคิดความสามารถในการดูแลของ Orem (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจำจังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ทั้งหมด 12 จังหวัด คือ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น นครพนม มหาสารคาม มุกดาหาร ร้อยเอ็ด สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี และเลย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรมที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยอยู่ในวัยผู้ใหญ่อายุ 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างน้อย 6 เดือน
- 2) ไม่อยู่ในระยะเฉียบพลัน หรือภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก
- 3) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่านภาษาไทยได้
- 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้าร่วมการวิจัย หากขณะตอบแบบสอบถามผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือมีอาการอื่นๆ เช่น เหนื่อยเพลีย หายใจหอบ หายใจไม่อิ่ม ใจเต้น เป็นต้น ผู้วิจัยจะส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาจากแพทย์ที่เหมาะสมต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างมีอาการดังกล่าวข้างต้น

วิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

- 1) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตร Thorndike (Thorndike, 1987) คือ

$$n = 10k+50$$

k = จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จากสูตร Thorndike ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 5 ตัวแปร ($10 \times 5 + 50$) ผลการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 100 คน และมีการเพิ่มความคลาดเคลื่อนการผิดพลาดของการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 10 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2555) ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ 110 คน โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนี้

2) การสุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random Sampling) (กลุ่มระเบียบวิธี สำนักนโยบายและวิชาการสถิติ, มปป) มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มโรงพยาบาลแบบง่ายโดยวิธีการจับฉลาก (Sample random) จากโรงพยาบาลประจำจังหวัดของรัฐที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนจำนวน 4 แห่ง จาก 12 จังหวัด โดยวิธีการจับฉลาก แบบไม่แทนที่ (Selection without Replacement) คือ โรงพยาบาลเลย โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลสกลนคร โรงพยาบาลอุดรธานี

ขั้นที่ 2 สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรมของแต่ละโรงพยาบาลตามคุณสมบัติที่กำหนด ทำการสุ่มการจัดลำดับการมารับบริการตรวจรักษา เลือกเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างคนเว้นคนตามลำดับที่เข้ารับบริการ โดยกำหนดจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่เก็บรวบรวมข้อมูลตามสัดส่วนร้อยละของจำนวนผู้ที่มารับบริการในแต่ละเดือนของโรงพยาบาลแต่ละจังหวัดประมาณ 1:13 ในวันและเวลาที่สถานที่เก็บข้อมูลเปิดให้บริการ

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากโรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลเลย และโรงพยาบาลสกลนครตามสัดส่วนร้อยละของจำนวนที่มารับบริการเฉลี่ยต่อเดือน (คน) ของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล

ลำดับ	รายชื่อโรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการเฉลี่ยต่อเดือน (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	อุดรธานี	348	45
2	ขอนแก่น	326	43
3	เลย	88	11
4	สกลนคร	85	11
รวม			110

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติโรคหัวใจในครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประวัติการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ แหล่งสนับสนุนข้อมูลโรคหลอดเลือดหัวใจ แหล่งสนับสนุนความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก และประวัติการใช้ยาอมใต้ลิ้น จำนวน 16 ข้อ

2. แบบสอบถามภาวะสุขภาพ ประยุกต์ใช้แบบวัดภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของ Speaker และคณะ (1989) แปลโดย สุพรรณิธี วีระเจตภูต (2539) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุ จำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน 3) การรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น จำนวน 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยถือเกณฑ์ดังนี้

ดีมาก/ดีมากกว่า	หมายถึง	มีความเห็นว่าสุขภาพตนเองดีมาก/ดีกว่าผู้อื่นมาก
ดี/ดีกว่า	หมายถึง	มีความเห็นว่าสุขภาพตนเองดีกว่า/ดีกว่าผู้อื่น
ปานกลาง/เท่ากัน	หมายถึง	มีความเห็นว่าสุขภาพของตนเองปานกลาง/เท่ากับผู้อื่น
ไม่ดี/แยกว่า	หมายถึง	มีความเห็นว่าสุขภาพของตนเองไม่ดี/แยกว่าคนอื่น

เกณฑ์การให้คะแนน

ดีมาก/ดีมากกว่า	ให้	4	คะแนน
ดี/ดีกว่า	ให้	3	คะแนน
ปานกลาง/เท่ากัน	ให้	2	คะแนน
ไม่ดี/แยกว่า	ให้	1	คะแนน

การแปลผล

คะแนนทั้งหมดของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 3-12 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 – 4.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best(1977) ดังนี้

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{4-1}{3} = 1$$

คะแนน	ความหมาย
3.00 - 4.00	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับมาก
2.00 - 2.99	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
1.00 - 1.99	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

3. แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทน ดัดแปลงจากแบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของ ศรีธัญญา เบญจกุล(2538) แปลจากแบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนทางสุขภาพ Pollock และ Duffy (1990) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดความเข้มแข็งอดทนของ Kobasa (1984) จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 17 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 13 ข้อ ปรับลักษณะคำตอบจากมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง	ข้อความดังกล่าวไม่ตรงกับความจริง หรือ ความรู้สึกเลย
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความดังกล่าวตรงกับความเป็นจริง หรือ ความรู้สึกเล็กน้อย
เป็นจริงปานกลาง	หมายถึง	ข้อความดังกล่าวตรงกับความเป็นจริง หรือ ความรู้สึกปานกลาง
เป็นจริงมาก	หมายถึง	ข้อความดังกล่าวตรงกับความเป็นจริง หรือ ความรู้สึกมาก
เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความดังกล่าวตรงกับความเป็นจริง หรือ ความรู้สึกมากที่สุด

แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทน ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

ด้านความมุ่งมั่น ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ 5, 7, 22, 26, 28

ด้านความมีอำนาจควบคุม ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ได้แก่ 2, 4, 6, 9, 11, 14, 15, 17, 19, 21, 24, 29,

ด้านความรู้สึกท้าทาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ได้แก่ 1, 3, 8, 10, 12, 13, 16, 18, 20, 23, 25, 27, 30

แบบสัมภาษณ์ความเข้มแข็งมีข้อความด้านบวกและด้านลบ ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 6, 7, 8, 11, 13, 14, 17, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31

ข้อความที่มีความหมายทางลบ จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ 3, 4, 5, 9, 10, 12, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ไม่เป็นจริงเลย	1	5
เป็นจริงเล็กน้อย	2	4
เป็นจริงปานกลาง	3	3
เป็นจริงมาก	4	2
เป็นจริงมากที่สุด	5	1

การแปลผล

คะแนนทั้งหมดของแบบสอบถามความเข้มแข็งของตน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 31-155 คะแนน แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986) คิดจากร้อยละของคะแนนเต็ม (คะแนนรวม) โดยจัดคะแนนในภาพรวมได้เป็น 3 กลุ่ม(ระดับ) ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
คะแนนมากกว่า 80% (124-155 คะแนน)	มีความเข้มแข็งของตนระดับสูง
คะแนนมากกว่า 60-79% (93-123 คะแนน)	มีความเข้มแข็งของตนระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่า 60% (≤ 92 คะแนน)	มีความเข้มแข็งของตนระดับต่ำ

4. แบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและร่วมกับแนวปฏิบัติในการดูแลอาการเจ็บหน้าอก (Anderson et.al, 2011) ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามทั้งหมดมาปรับและดัดแปลงให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 19 ข้อและข้อคำถามด้านลบ 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก

เกณฑ์ระดับความคิดเห็น ดังนี้

ถูก	เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้นถูกต้อง
ผิด	เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้น ผิด
ไม่ทราบ	เมื่อท่านไม่ทราบว่าข้อความในคำถามนั้นถูกต้องหรือไม่

แบบประเมินความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกตนเองประกอบด้วยข้อความด้าน
บวกและด้านลบ ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก จำนวน 19 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3, 4, 10, 12, 13, 14,
17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30

ข้อความที่มีความหมายทางลบ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ 5, 6, 7, 8, 9, 11, 15, 16,
21, 22, 27

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความ	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ใช่	1	0
ไม่ใช่	0	1
ไม่ทราบ	0	0

การแปลผล

คะแนนทั้งหมดของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง มี
คะแนนอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986) คิดจากร้อยละของคะแนน
เต็ม (คะแนนรวม) โดยจัดคะแนนในภาพรวมได้เป็น 3 กลุ่ม(ระดับ) ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
คะแนนมากกว่า 80% (24-30 คะแนน)	ความรู้ในการดูแลตนเองระดับสูง
คะแนนมากกว่า 60-79% (18-23 คะแนน)	ความรู้ในการดูแลตนเองระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่า 60% (≤ 17 คะแนน)	ความรู้ในการดูแลตนเองระดับต่ำ

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินการสนับสนุน
ทางสังคม ของ สิริรัตน์ ลีลาจรัสและพิศมัย อรทัย (2554) ประยุกต์จากแบบสอบถามการสนับสนุน
ทางสังคม ของ Toljamo และ Hentinen (2001) สร้างตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย
ข้อคำถาม 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก จำนวน 9 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ จำนวน 3 ข้อ
มาตราวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง	ข้อความดังกล่าวไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือ ความรู้ที่กเลย
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความดังกล่าวตรงกับความเป็นจริง หรือ ความรู้ที่เล็กน้อย
เป็นจริงปานกลาง	หมายถึง	ข้อความดังกล่าวตรงกับความเป็นจริง หรือ ความรู้ที่ปานกลาง

เป็นจริงมาก	หมายถึง	ข้อความดังกล่าวตรงกับความเป็นจริง หรือ ความรู้สึกมาก
เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความดังกล่าวตรงกับความเป็นจริง หรือ ความรู้สึกมากที่สุด

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย

ข้อความด้านบวก จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3, 4, 7, 6, 8, 9, 12

ข้อความด้านลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 5, 10, 11

เกณฑ์การให้

ข้อความ	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เป็นจริงมากที่สุด	5	1
เป็นจริงมาก	4	2
เป็นจริงปานกลาง	3	3
เป็นจริงเล็กน้อย	2	4
ไม่เป็นจริงเลย	1	5

การแปลผล

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมาหาค่าเฉลี่ย อยู่ในช่วงคะแนน 12-60 คะแนน แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986) คิดจากร้อยละของคะแนนเต็ม (คะแนนรวม) โดยจัดคะแนนในภาพรวมได้เป็น 3 กลุ่ม(ระดับ) ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
คะแนนมากกว่า 80% (48-60 คะแนน)	การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง
คะแนนมากกว่า 60-79% (36-47 คะแนน)	การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่า 60% (≤ 35 คะแนน)	การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

6. แบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับแนวปฏิบัติในการดูแลการเจ็บหน้าอก (Anderson et al., 2011) มีลักษณะแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก แบ่งออก 3 ด้าน คือ 1) การคาดการณ์ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 8, 12 และ 14 2) การปรับเปลี่ยน 5 ข้อ ได้แก่ 3, 4, 7, 11 และ 15 3) การลงมือปฏิบัติ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 5, 6, 9, 10 และ 13 มีลักษณะแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว

เกณฑ์การให้คะแนน	ตอบคำถามถูกต้อง	ได้ 1 คะแนน
	ตอบคำถามผิด	ได้ 0 คะแนน

การแปลผล

คะแนนทั้งหมดของแบบสอบถามความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986) คัดจากร้อยละของคะแนนเต็ม (คะแนนรวม) โดยจัดคะแนนในภาพรวมได้เป็น 3 กลุ่ม(ระดับ) ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
คะแนนมากกว่า 80% (12-15 คะแนน)	มีความสามารถระดับสูง
คะแนนมากกว่า 60 - 79% (9-11 คะแนน)	มีความสามารถระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่า 60% (≤ 8 คะแนน)	มีความสามารถระดับต่ำ

สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง มีเกณฑ์ดังนี้

ด้านที่ 1 การคาดการณ์ จำนวน 5 ข้อ โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกัน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-5 คะแนน เกณฑ์การแปลผลใช้ของประคอง กรรณสูตร (2542) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
0-1.6	ความสามารถด้านการคาดการณ์อยู่ในระดับต่ำ
1.7- 3.3	ความสามารถด้านการคาดการณ์อยู่ในระดับปานกลาง
3.4-5.0	ความสามารถด้านการคาดการณ์อยู่ในระดับสูง

ด้านที่ 2 ด้านการปรับเปลี่ยน จำนวน 5 ข้อ โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกัน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-5 คะแนน เกณฑ์การแปลผลใช้ของประคอง กรรณสูตร (2542) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
0-1.6	ความสามารถด้านการปรับเปลี่ยนอยู่ในระดับต่ำ
1.7- 3.3	ความสามารถด้านการปรับเปลี่ยนอยู่ในระดับปานกลาง
3.4-5.0	ความสามารถด้านการปรับเปลี่ยนอยู่ในระดับสูง

ด้านที่ 2 ด้านการปรับเปลี่ยน จำนวน 5 ข้อ โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกัน หาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-5 คะแนน เกณฑ์การแปลผลใช้ของประคอง กรรณสูตร (2542) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
0-1.6	ความสามารถด้านการลงมือปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ
1.7- 3.3	ความสามารถด้านการลงมือปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง
3.4-5.0	ความสามารถด้านการลงมือปฏิบัติอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ หลังจากนั้นติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่

- 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 คน
- 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านกรอบแนวคิดและทฤษฎีใช้ในการวิจัย 2 คน
- 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 คน

การพิจารณาความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้อง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ เมื่อผ่านการตรวจสอบแก้ไข และได้ข้อเสนอจากผู้ทรงคุณวุฒินำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องด้วยการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาต้องได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .70 (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553) และทำการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ข้อคำถามมีความกระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่ายและมีความสอดคล้อง เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยยังมีความตรงตามเนื้อหาเดิม ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับแก้แบบสอบถามตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อปรับปรุงในตัวเลือกของรายได้ เพิ่มตัวเลือกอีก 2 ตัวเลือกได้แก่ เหลือออม และ เป็นหนี้ ปรับปรุงการประเมินระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกโดยลักษณะของข้อคำถามและการปรับความชัดเจนของภาษาของ ความซับซ้อนของข้อคำถามเพื่อให้เข้าใจง่ายและผู้ตอบแบบสอบถามสามารถประเมินตนเองได้ ชัดเจนยิ่งขึ้น เพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ประวัติการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูล

ส่วนบุคคลที่สมบูรณ์จำนวน 15 ข้อ และเพิ่มข้อคำถามหลังนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาความเที่ยง 1 ข้อ ได้แก่ ประสิทธิภาพการใช้จ่ายมัติลินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงได้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่สมบูรณ์จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามภาวะสุขภาพ มีข้อคำถาม ปรับลักษณะข้อคำถามเพื่อความชัดเจนของภาษา ให้มีความเหมาะสม เข้าใจได้ง่าย ได้แบบสอบถามที่ความสมบูรณ์จำนวน 3 ข้อ

2) แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทน นำแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ปรับแก้ไขตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์โดยการตัดข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 25 และ 26 เนื่องจากลักษณะของข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ ตัดข้อคำถามข้อที่ 9 เนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามข้อที่ 20 ปรับลักษณะข้อคำถามเพื่อความชัดเจนของภาษาและความซับซ้อนของข้อคำถามให้มีความเหมาะสม เข้าใจได้ง่าย แต่ไม่กระทบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมแบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 31 ข้อ เมื่อนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาความเที่ยง ตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ เนื่องจากลักษณะของข้อคำถามข้อที่ 6 ซ้ำซ้อนกับข้อที่ 31 และเมื่อตัดข้อคำถามไม่กระทบความตรงตามเนื้อหา ได้แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนที่สมบูรณ์จำนวน 30 ข้อ

3) แบบสอบถามประเมินความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ปรับลักษณะข้อคำถามเพื่อความชัดเจนของภาษา ให้มีความเหมาะสม เข้าใจได้ง่าย และไม่กระทบความตรงตามเนื้อหา รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 30 ข้อ

4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ปรับลักษณะข้อคำถามเพื่อความชัดเจนของภาษา และความซับซ้อนของข้อคำถามให้มีความเหมาะสม เข้าใจได้ง่าย และไม่กระทบความตรงตามเนื้อหา รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ปรับลักษณะข้อคำถามเพื่อความชัดเจนของภาษา และความซับซ้อนของข้อคำถามให้มีความเหมาะสม เข้าใจได้ง่าย และไม่กระทบความตรงตามเนื้อหา รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 15 ข้อ

ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามแต่ละชุด ดังตารางที่ 2

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าป่อ อำเภอท่าป่อ จังหวัดหนองคาย จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีมากกว่า 0.7 ซึ่งถือเป็นค่าที่ยอมรับได้ในระดับดี (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553) และวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง โดยใช้วิธีของ คูเดอร์ – ริชาร์ดสัน ใช้สูตร KR – 20 มีค่ามากกว่า 0.7 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2555) หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลสกลนคร และโรงพยาบาลเลย จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 110 คน ได้ค่าความเที่ยงของแต่ละแบบสอบถาม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index: CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n= 30) และกลุ่มตัวอย่างที่เก็บรวบรวมข้อมูลจริง (n=110)

แบบสอบถาม	CVI	Reliability	Reliability
		(n=30)	(n=110)
1. แบบสอบถามภาวะสุขภาพ	1.00	0.75	0.75
2. แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทน	0.79	0.81	0.86
3. แบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง	1.00	0.70	0.73
4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	0.92	0.70	0.70
5. แบบสอบถามความสามารถการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง	1.00	0.82	0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ตัวอย่างเครื่องมือและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลเลย และโรงพยาบาลสกลนคร เพื่อขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล 4 แห่ง

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลและ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 2 แห่ง คณะกรรมการจริยธรรม การทำวิจัยในมนุษย์กลุ่มสหสัมพันธ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยใช้ในการดำเนินการขออนุมัติเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล 3 แห่งคือ โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลสกลนคร และโรงพยาบาลเลย ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการแก่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกและพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิก

1.3 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดให้ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและมีประสบการณ์ทำงานที่แผนกอายุรกรรมอย่างน้อย 2 ปี ถึงรายละเอียดของวัตถุประสงค์โครงการวิจัย แนวทางในการดำเนินการโครงการวิจัย แบบสอบถาม และวิธีการดำเนินการเก็บข้อมูล ก่อนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จนผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจในรายละเอียดของวิทยานิพนธ์และมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน

2. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามวัน เวลาที่คลินิกของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งเปิดให้บริการ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วัน เวลา ของคลินิกที่ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลสกลนคร และโรงพยาบาลเลย

วัน	เวลา	โรงพยาบาล ขอนแก่น	โรงพยาบาล อุดรธานี	โรงพยาบาล สกลนคร	โรงพยาบาล เลย
จันทร์	08.00-12.00 น.			√	
	13.00-16.00 น.	√		√	
อังคาร	08.00-12.00 น.				
	13.00-16.00 น.	√			
พุธ	08.00-12.00 น.		√		
	13.00-16.00 น.	√	√		
พฤหัสบดี	08.00-12.00 น.				
	13.00-16.00 น.	√			
ศุกร์	08.00-12.00 น.				√
	13.00-16.00 น.				√

การรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 110 คน มีการดำเนินการ ดังนี้

2.1 ศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาตามนัด ณ คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพซึ่งแจ่งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสายตาหรือเขียนหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอ่านรายละเอียดให้ฟังและให้กลุ่มตัวอย่างพิมพ์ลายนิ้วมือลงในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

2.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลทีละ 1 ราย โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในห้องหรือสถานที่ที่เตรียมไว้ ซึ่งเป็นห้องตรวจที่มีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบคำถามทั้ง 6 ชุด โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสายตาในการอ่านหนังสือ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถาม

และคำตอบให้ฟังทีละข้อ และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวเองมากที่สุด ผู้วิจัยบันทึกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างเลือก ในกรณีดังกล่าวใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที ในขณะที่ตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือเมื่อมีข้อสงสัยในแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้การช่วยเหลือในการอธิบายข้อคำถามให้มีความชัดเจน โดยไม่อธิบายชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็นของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

2.5 หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บหน้าอกหรืออาการอื่น เช่น เหนื่อยเพลีย หายใจหอบ หายใจไม่เต็ม ใจสั่น เป็นต้น เกิดขึ้นระหว่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาจากแพทย์ที่เหมาะสมต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการดังกล่าว

2.6 นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจำนวน 110 ชุด มาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุมัติโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การทำวิจัยในมนุษย์ 2 แห่ง โดยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การทำวิจัยในมนุษย์กลุ่มสหสมพันธ์ ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยวันที่ 17 เมษายน 2556 เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลตามข้อกำหนดของโรงพยาบาล 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลเลยและโรงพยาบาลสกลนคร และผ่านการอนุมัติการทำวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลขอนแก่นในวันที่ 26 เมษายน 2556 ตามข้อกำหนดของการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลขอนแก่น จากนั้นเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเริ่มจากการเก็บข้อมูลที่ผ่านการอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อน ได้แก่ โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลเลย และโรงพยาบาลสกลนครตามลำดับ ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเริ่มทำการเก็บข้อมูลโดยพบเข้ากลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาล ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยมีเอกสารให้เซ็นยินยอม โดยไม่มีการบังคับหรือขู่ใดๆ ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น รวมทั้งการใช้รหัสแทนชื่อ ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สบายใจหรือรู้สึกถูกรบกวน

สามารถแจ้งออกจากการวิจัยได้ทันที โดยมีต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวไม่มีผลอย่างไรต่อกลุ่มตัวอย่าง

ขณะตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติอาการเจ็บหน้าอกหรือมีอาการอื่นๆ เช่น เหนื่อยเพลีย หายใจหอบ หายใจไม่อิ่ม ใจสั่น เป็นต้น ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างยุติตอบแบบสอบถามทันที และผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งไปพบแพทย์ เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาการเจ็บป่วย การออกกำลังกาย ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัว ประวัติการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อาการ แหล่งประโยชน์เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก และประวัติการใช้ยาอมใต้ลิ้น วิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ

2) วิเคราะห์ระดับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์เพียร์สัน (Pearson's productmoment correlation)

4) วิเคราะห์อำนาจการทำนายด้วยการคำนวณระหว่างตัวแปรทั้งหมดโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression)

ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้สถิติการวิเคราะห์วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression) เนื่องจากต้องการหาความสามารถในการทำนายของตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัวแปรต่อตัวแปรตามสมการทำนาย โดยพิจารณาคัดเลือกตัวแปรทำนายเข้าสมการตามลำดับความน่าเชื่อถือของตัวแปรทำนายตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ที่มีค่าสูงตามลำดับ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนาย ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน จากกลุ่มตัวอย่าง 110 ราย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบายแบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 4

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 5

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 8

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 10

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย โรคประจำตัวอื่น ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประวัติการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ การออกกำลังกาย การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก แหล่งประโยชน์เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรง และประวัติการใช้ยาอมิตัลลินของกลุ่มตัวอย่าง (n=110)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	78	70.9
หญิง	32	29.1
อายุ (ปี)		
20-29	1	0.9
30-39	2	1.8
40-49	20	18.2
50-59	87	79.1
$\bar{X} = 53.15$ $SD = 5.88$		
สถานภาพสมรส		
โสด	9	8.2
คู่	91	82.7
หม้าย	8	7.3
หย่า/แยกกันอยู่	2	1.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	3	2.7
ประถมศึกษา	71	64.5
มัธยมศึกษา/ปวช.	20	18.3
อนุปริญญา/ ปวส.	3	2.7
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	12	10.9
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.9

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ย/เดือน		
น้อยกว่า 5,000	61	55.5
5,001-10,000	26	23.5
10,001-20,000	8	7.3
20,000-30,000	9	8.2
มากกว่า 30,001	6	5.5
$\bar{X} = 9,774.5$,SD = 12,487		
เพียงพอ	74	67.3
ไม่เพียงพอ	26	23.6
เหลือออม	0	0
เป็นหนี้	10	9.1
อาชีพ		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	15	13.6
พนักงานบริษัท/พนักงานโรงงาน	4	3.6
ทำนา/เกษตรกรรม	43	39.1
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	17	15.5
แม่บ้าน	2	1.8
รับจ้างรายวัน	10	9.1
ไม่ได้ทำงาน	17	15.5
อื่นๆ	2	1.8
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย		
6 เดือน- 1 ปี	45	40.9
1 ½ ปี- 5 ปี	41	37.3
มากกว่า 5 ปี	24	21.1
โรคประจำตัวอื่น		
ไม่มี	35	31.8
มี	75	68.2

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวอื่นที่พบ ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
จำนวนคำตอบทั้งหมด = 152 คำตอบ)		
ความดันโลหิตสูง	61	40.1
ไตวาย	8	5.3
ไขมันในเลือดผิดปกติ	43	28.3
เบาหวาน	27	17.8
อื่นๆ	13	8.5
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบ	9	8.1
เคยสูบ ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว	62	56.4
ไม่เคย	39	35.5
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวด้วยโรคหัวใจ		
ไม่มี	89	80.9
มี	21	19.1
ประวัติการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ		
ไม่มี	75	68.2
มี	35	31.8
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	24	21.8
ออกกำลังกายนานๆ ครั้ง	28	25.5
ออกกำลังกายเป็นประจำ เท่ากับหรือมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	58	52.7
การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก		
ไม่รู้	42	38.2
รู้	68	61.8

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งที่ให้ข้อมูลการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
จำนวนคำตอบทั้งหมด = 182 คำตอบ)		
แพทย์	63	34.6
พยาบาล	50	27.5
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	18	9.9
โทรทัศน์	15	8.2
หนังสือพิมพ์	11	6.1
วารสาร	2	1.1
เอกสาร/แผ่นพับ	14	7.7
อินเทอร์เน็ต	9	4.5
แหล่งประโยชน์เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
จำนวนคำตอบทั้งหมด = 166 คำตอบ)		
ศูนย์บริการสุขภาพ	11	10.0
แพทย์/พยาบาล	3	2.7
โรงพยาบาลของรัฐ	110	100
โรงพยาบาลเอกชน	11	10.0
เพื่อนบ้าน/ญาติ	3	2.7
คลินิก	28	25.5
ระดับความรุนแรงของอาการ		
ระดับ 1	66	60.0
ระดับ 2	25	22.7
ระดับ 3	7	6.4
ระดับ 4	12	10.9
ประวัติการใช้ยาอมได้ลิ้น		
ไม่เคยใช้	9	8.2
เคยใช้ แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้	45	40.9
ปัจจุบัน ยังใช้อยู่	56	50.9

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.9 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 79.1 ($\bar{X}=53.15$,SD =5.88) สถานภาพคู่ ร้อยละ 82.7 รองลงมาสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 8.2 และระดับการศึกษาคือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 64.5 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 18.2 รายได้เฉลี่ย ครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 55.5 รองลงมาอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 23.6 มีรายได้เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 67.3 รองลงมารายได้ไม่เพียงพอคิดเป็น ร้อยละ 23.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา/เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมา คือ ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 15.5

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีช่วงระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 6 เดือน- 1 ปี ถึงร้อยละ 40.9 รองลงมามีระยะเวลาอยู่ระหว่าง 1 ½ ปี- 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.3 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วยถึงร้อยละ 68.2 โดยพบว่าผู้ป่วยทั้งหมดที่มีโรคประจำตัวอื่นร่วม พบสูงที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมัน ในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 40.1 และ 39.1 ตามลำดับ พบประวัติเคยสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 56.4 ไม่เคย สูบคิดเป็นร้อยละ 35.5 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวร้อยละ 80.9 มีประวัติการ รักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโดยการแก้ไขความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ เช่น การผ่าตัดทาง เบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การทำบอลลูน การใส่ขดลวด ร้อยละ 31.8 ไม่มีประวัติการรักษาร้อยละ 68.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจออกกำลังกายเป็นประจำ เท่ากับหรือมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ คิด เป็นร้อยละ 52.7รองลงมาออกกำลังกายนานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 25.5 ไม่ออกกำลังกายเลย คิด เป็นร้อยละ 21.8 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทราบเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดจาก ภาวะหัวใจขาดเลือด คิดเป็นร้อยละ 61.8 ไม่เคยทราบว่าอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดจากภาวะหัวใจ ขาดเลือด คิดเป็นร้อยละ 38.2 โดยพบว่าได้รับข้อมูลลักษณะอาการเมื่อมีอาการที่เกิดจากภาวะ หัวใจขาดเลือดเกิดขึ้นจากแพทย์และพยาบาลมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34.5 และ 27.5 ตามลำดับ รองลงมาคือได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่น (เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพ โทรทัศน์ เอกสารแผ่นพับ) แหล่ง ประโยชน์ช่วยเหลือที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจใช้เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น คือ โรงพยาบาล ของรัฐ คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน คิดเป็นร้อยละ 25.5 และ 10 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ที่ระดับ 1 ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือระดับ 2 ,4 และ 3 คิดเป็นร้อยละ 22.7,10.9 และ 6.4 ตามลำดับ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติเคยใช้ยาอมใต้ลิ้นถึงร้อยละ 91.8 แบ่งออกเป็น เคยใช้ยาอมใต้ลิ้น แต่ ปัจจุบันไม่ได้ใช้ ร้อยละ 45 และปัจจุบันยังใช้ยาอมใต้ลิ้นอยู่ ร้อยละ 56

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n=110)

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n=110)

ตัวแปรต้น	\bar{X}	SD	Min	Max	การแปลผล
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	7.52	2.22	3.00	12.00	ปานกลาง
ความเข้มแข็งอดทน	110.37	14.80	80.00	144.00	ปานกลาง
ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง	22.07	4.62	9.00	29.00	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	44.10	6.28	24.00	58.00	ปานกลาง
ความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	11.55	3.17	3.00	15.00	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง ($\bar{X} = 7.52$, $SD = 2.22$) ความเข้มแข็งอดทนระดับปานกลาง ($\bar{X} = 110.37$, $SD = 14.8$) ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองระดับปานกลาง ($\bar{X} = 22.07$, $SD = 4.62$) การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ($\bar{X} = 44.10$, $SD = 6.28$) และความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.55$, $SD = 3.17$)

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกรายด้าน

ด้านความสามารถความสามารถในการดูแลอาการ เจ็บหน้าอกด้วยตนเอง	Mean	SD	ระดับ
ด้านการคาดการณ์	4.28	.89	สูง
ด้านการปรับเปลี่ยน	3.67	1.19	สูง
ด้านการลงมือปฏิบัติ	3.6	1.5	สูง
ระดับความสามารถโดยรวม	11.55	3.17	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ด้านการคาดการณ์ การปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.28, 3.67 และ 3.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ และระดับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=110)

ระดับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอก ด้วยตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
สูง	51	46.4
ปานกลาง	36	32.7
ต่ำ	23	20.9
ระดับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองโดยรวม $\bar{X} = 11.55$, $SD = 3.17$		

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในระดับสูง ร้อยละ 46.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 20.9 ตามลำดับ โดยระดับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n=110)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจวิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation) แสดงผลการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=110)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ความสามารถในการดูแลการเจ็บ หน้าอกด้วยตนเอง	P-value	การแปลผล
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.035	.719	ไม่มี ความสัมพันธ์
ความเข้มแข็งอดทน	.202	.05	ต่ำ
ความรู้ในการดูแลการเจ็บ หน้าอกด้วยตนเอง	.746	.01	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	.253	.01	ต่ำ

จากตารางที่ 8 พบว่า ความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .746$) การสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .253$ และ $.202$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองทางสถิติ

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) แสดงการเพิ่มสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R) และสัมประสิทธิ์ (R^2) เมื่อเพิ่มปัจจัยเข้าไปทีละตัว

ตัวแปร	R	R^2	Adj. R^2	R^2 Change	F Change	SE _{est}	p-value
ความรู้ในการดูแล อาการเจ็บหน้าอก	.746	.556	.552	.556	135.151	2.12	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.746	.556	.548	.556	67.023	2.13	.000
ความเข้มแข็งอดทน	.747	.558	.546	.558	44.664	2.14	.000
ภาวะสุขภาพ	.749	.559	.542	.559	33.231	2.15	.000

จากตารางผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น พบว่า

ลำดับขั้นที่ 1 ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .556 ($R^2 = .556$)

ลำดับขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มปัจจัยทำนาย การสนับสนุนทางสังคม เข้าไปในสมการทำนายค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่าเดิมเท่ากับ .556 ($R^2 = .556$)

ลำดับขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มปัจจัยทำนาย ความเข้มแข็งอดทนเข้ามาในสมการทำนายค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .558 ($R^2 = .558$)

ลำดับขั้นที่ 4 เมื่อเพิ่มปัจจัยทำนาย การรับรู้ภาวะสุขภาพเข้ามาในสมการทำนายค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .559 ($R^2 = .559$)

แสดงว่า ตัวแปรทำนายทั้งหมด ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ได้ร้อยละ 55.9 ($R^2 = .559$) เมื่อเพิ่มปัจจัยทำนายเข้าไปทีละตัวตามลำดับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ของตัวแปรทำนาย ได้แก่ ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งอดทน และภาวะสุขภาพตามลำดับ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น .749 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสามารถพยากรณ์ความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองได้ร้อยละ 55.9 มีความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์เท่ากับ ± 2.15

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของกลุ่มตัวอย่าง (n=110)

ผลการวิเคราะห์อำนาจของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของกลุ่มตัวอย่าง (n=110) โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis)

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis)

ตัวแปร	B	β	t	p-value	Tolerance	VIF
(constant)	1.335		.723	.471		
ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง	.523	.761	10.601	.000	.816	1.225
การสนับสนุนทางสังคม	.002	.004	.048	.962	.754	1.326
ความเข้มแข็งอดทน	-.011	-.050	-.684	.495	.785	1.274
รับรู้ภาวะสุขภาพ	-.028	-.020	-.295	.768	.933	1.072
Overall F= 33.231 (P = .000), R= .749 , R ² = .559, Adjusted R ² = .542						

จากตารางที่ 10 เมื่อพิจารณาค่า Tolerance ซึ่งเป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน Tolerance มีค่า 0-1 ค่ายิ่งใกล้ 0 แสดงว่าตัวแปรทำนาย (ตัวแปรอิสระ) มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ โดยปกติค่า Tolerance ที่ต่ำกว่า 0.10 แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันสูง หรือมีลักษณะเป็น multicollinearity และพิจารณาค่า VIF (Variance Inflation Factor) ซึ่งเป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน และเมื่อพิจารณาค่า VIF

โดยค่าที่เหมาะสมไม่ควรเกิน 4 หรือ 5 ยิ่งมีค่ามาก (มากกว่า 10) แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์สูง หรือมีลักษณะเป็น multicollinearity (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) จากตารางพบว่าค่า Tolerance ที่มีค่ามากที่สุด .933 และค่า VIF ค่ามากที่สุด คือ 1.326 ซึ่งไม่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด แสดงว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (ไม่เกิด Multicollinearity) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น

จากตารางที่ 10 อธิบายการวิเคราะห์การทำนายความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตัวแปรเชิงพหุ 4 ตัวแปร เป็นตัวทำนายระหว่างกัน ผลปรากฏว่า

1) Overall F มีค่า 33.231 ($p=.000$) หมายถึง ตัวแปรทั้ง 4 ตัวรวมทำนายหรือมีความสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองได้ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

2) $R^2 = .559$ หมายถึง ประสิทธิภาพในการอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง เท่ากับร้อยละ 55.9

3) พิจารณาค่า β พบว่า ความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองมีสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งอดทน และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีสัมประสิทธิ์การทำนายไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

4) พิจารณาค่า β พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและความเข้มแข็งอดทน มีค่าน้อย ($\beta = -.02$ และ $-.05$ ตามลำดับ) และไม่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการทำนาย แต่มีได้หมายความว่า ไม่มีประสิทธิภาพในการทำนาย เพียงแต่ระดับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกไม่เพิ่มขึ้น เมื่อรวมทำนายกับตัวแปรอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นลักษณะของ Multiple regression หรืออาจเนื่องจากตัวแปรทำนายทั้ง 2 ตัว มีอิทธิพลทางอ้อมส่งผลผ่านตัวแปรอื่น

เมื่อพิจารณาค่า Significance ของสถิติทดสอบ F ของแต่ละ Model ในตารางที่ 22 (ดังภาคผนวก หน้า 195) พบว่ามีค่าน้อยกว่า .01 ทุก Model ซึ่งหมายความว่า ตัวแปรทำนายแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในรูปแบบเชิงเส้น จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัวแปรสามารถรวมทำนายความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ และพบว่าตัวแปรที่มีน้ำหนักมากที่สุด คือ ความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ($\beta = .761$) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .004$) ความเข้มแข็งอดทน ($\beta = -.05$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = -.02$) โดยตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งอดทน และการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถรวมทำนายความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอก

ด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 55.9 ($R^2 = .559$) โดยความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองสามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งอดทน และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมทำนายได้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$\hat{Z}_{\text{ความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง}} = .761 Z_{\text{ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง}} + .004 Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} - .02 Z_{\text{การรับรู้ภาวะสุขภาพ}} - .05 Z_{\text{ความเข้มแข็งอดทน}}$$

จากสมการคะแนนมาตรฐาน พบว่า คะแนนด้านความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกเพิ่มขึ้น .761 หน่วย คะแนนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกเพิ่มขึ้น 0.04 หน่วย คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะทำให้คะแนนมาตรฐานความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองลดลง .02 หน่วย และคะแนนความเข้มแข็งอดทนที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย ทำให้คะแนนมาตรฐานความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองลดลง .05 หน่วย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนาย ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของตัวแปร ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ต่อความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน
2. ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่มีอายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรมที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตอนบน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างน้อย 6 เดือน ไม่อยู่ในระยะเฉียบพลัน หรือภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่านภาษาไทยได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ 1) แบบสอบถามภาวะสุขภาพ 2) แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหัวใจ 3) แบบสอบถามความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกตนเอง 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 1.00 ,0.79, 1.00 ,0.92 และ 1.00 ตามลำดับ และตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 30 ราย เท่ากับ 0.75, 0.81 , 0.70, 0.70 และ 0.82 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีการวิเคราะห์ ดังนี้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาการเจ็บป่วย การออกกำลังกาย ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัว ประวัติการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อาการ แห้งประโยชน์เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกและประวัติการใช้ยาอมใต้ลิ้น วิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ

2) วิเคราะห์ระดับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้าใจเรื่องโรคหัวใจ ความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์เพียร์สัน (Pearson's productmoment correlation)

4) วิเคราะห์อำนาจการทำนายด้วยการคำนวณระหว่างตัวแปรทั้งหมดโดยหาค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ (Hierarchical Multiple Regression)

สรุปผลการวิจัย

1. พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.9 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 79.1 ($\bar{X}=53.15$, $SD=5.88$) มีสถานภาพคู่ร้อยละ 82.7 รองลงมาสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 8.2 และระดับการศึกษาคือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 64.5 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 18.2 รายได้เฉลี่ยครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 55.5 รองลงมาอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 23.6 มีรายได้เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 67.3 รองลงมารายได้ไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 23.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา/เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมาคือ ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 15.5 มีช่วงระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 6 เดือน- 1 ปี ถึงร้อยละ 40.9 รองลงมามีระยะเวลาอยู่ระหว่าง 1 ½ ปี- 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.3 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างอื่นร่วมด้วยถึงร้อยละ 68.2 โดยพบว่าผู้ป่วยทั้งหมดที่มีโรคประจำตัวอื่นร่วม พบสูงที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 40.1 และ 39.1 ตามลำดับ พบประวัติเคยสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 56.4 ไม่เคยสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 35.5 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวร้อยละ 80.9 มีประวัติการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโดยการแก้ไขความผิดปกติของหลอดเลือดร้อยละ 31.8 ไม่มีประวัติการรักษาร้อยละ 68.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจออกกำลังกายเป็นประจำเท่ากับหรือมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 52.7 รองลงมาออกกำลังกายนานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 25.5 ไม่ออกกำลังกายเลย คิดเป็นร้อยละ 21.8 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทราบเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดจากภาวะหัวใจขาดเลือด คิดเป็นร้อยละ 61.8 ไม่เคยทราบว่าอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดจากภาวะหัวใจขาดเลือด คิดเป็นร้อยละ 38.2 โดยพบว่าได้รับข้อมูลลักษณะอาการเมื่อมีอาการที่เกิดจากภาวะหัวใจขาดเลือดเกิดขึ้นจากแพทย์และพยาบาลมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34.5 และ 27.5 ตามลำดับ รองลงมาคือได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่น (เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพ โทรทัศน์ เอกสารแผ่นพับ) แหล่งประโยชน์ช่วยเหลือที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจใช้เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น คือ โรงพยาบาลของรัฐ คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน คิดเป็นร้อยละ 25.5 และ 10 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ที่ระดับ 1 ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือระดับ 2, 4 และ 3 คิดเป็นร้อยละ 22.7, 10.9 และ 6.4 ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยใช้ยา

อมได้ลิ้นถึงร้อยละ 91.8 แบ่งออกเป็น เคยใช้ยาอมได้ลิ้น แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้ ร้อยละ 45 และปัจจุบันยังใช้ยาอมได้ลิ้นอยู่ ร้อยละ 56

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง ($\bar{X} = 7.52$, $SD = 2.22$) ความเข้มแข็งอดทนระดับปานกลาง ($\bar{X} = 110.37$, $SD = 14.8$) ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองระดับปานกลาง ($\bar{X} = 22.07$, $SD = 4.62$) การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ($\bar{X} = 44.10$, $SD = 6.28$) และความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.55$, $SD = 3.17$)

3. ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองที่ระดับ .01 ($r = .746$) การสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองที่ระดับ .05 ($r = .253$ และ $.202$ ตามลำดับ) และการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

4. ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งอดทน และการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองได้ร้อยละ 55.9 ($R^2 = .559$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

^

$$\hat{Z}_{\text{ความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง}} = .761 Z_{\text{ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง}} + .004 Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} - .02 Z_{\text{การรับรู้ภาวะสุขภาพ}} - .05 Z_{\text{ความเข้มแข็งอดทน}}$$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ตามสมมติฐานการวิจัยและประเด็นที่ค้นพบ ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเคยมีประสบการณ์ในเกิดอาการเจ็บหน้าอกและการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองมาก่อน จนเกิดการเรียนรู้วิธีการที่ทำให้รู้สึกหายจากอาการเจ็บหน้าอก จนกระทั่งอาการดีขึ้น เมื่อเกิดอาการของโรคซ้ำเหมือนเดิม ก็จะใช้วิธีการเดิมที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลอาการที่เกิดขึ้นอีกครั้ง หากไม่ดีขึ้นจึงจะเรียนรู้ในการหาวิธีการใหม่ในการดูแลตนเองต่อไป ทำให้ผู้ป่วยแต่ละบุคคลมีความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกที่แตกต่างกัน ภายใต้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีวิธีในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองตามการให้ความหมายและการรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกว่ามีผลกระทบต่อบุคคลอย่างไร สอดคล้องกับการศึกษาของชวนพิศ ทานอง (2541) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยตามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกในการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง โดยมีประสบการณ์การเจ็บป่วย 3 ประการคือ เผลอมีอาการเฉียบพลัน รับผิดชอบให้ชีวิตรอดโดยเข้าโรงพยาบาลด่วน และประทับประคองให้ชีวิตรอด โดยมีแบบแผนของการเจ็บป่วยและการดูแลอาการเจ็บหน้าอกในลักษณะของการเรียนรู้ที่เป็นวงจรต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่ การให้ความหมายของโรค ภาวะทางการเงิน ความเกรงใจ ภาระในครอบครัว การดูแลเอาใจใส่ของครอบครัว คำแนะนำที่ไม่ชัดเจน และข้อมูลสุขภาพ

เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปฎิพร บุญยพัฒน์กุล (2543) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรับรู้ความถี่และความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น จะเป็นการแปลความหมายของอาการถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามของอาการจากความรุนแรง ตำแหน่งระยะเวลาในการเกิดอาการว่าก่อให้เกิดอันตรายหรือไม่ต่อบุคคล เกิดการคาดการณ์ การแปลความหมายของอาการเจ็บหน้าอกจะมีผลต่อกลวิธีในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองเพื่อลดอาการในขณะนั้นทันที โดยอาศัยความรู้ของผู้ป่วยเอง รวมทั้งเทคนิคและวิธีการในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองที่แตกต่างในแต่ละบุคคล สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) ที่กล่าวความสามารถในการคาดการณ์เมื่อมีอาการเกิดขึ้นของผู้ป่วย ทำให้เกิดความสามารถในการ

ปรับเปลี่ยนเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควรและกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น

การรับรู้ที่โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังและการพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ จากการศึกษาของ อรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) และ ฌฐวรรณ รัทวงศ์ประยูร (2539) พบว่าปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการดูแลตนเอง คือ ความรู้สึกเบื่อบ่อยต่อความเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกไม่แน่นอนที่มีต่อสถานะการเจ็บป่วย ที่ไม่สามารถคาดเดาถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองต่อไปในอนาคต การรับรู้ข้อมูลทั้งจากประสบการณ์ตรงหรือผู้ใกล้ชิดที่สื่อสารด้านลบจากผู้ป่วยอื่นที่มีต่อผลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ หรือประสบการณ์ตรงที่อาการไม่รุนแรงอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยละเลยการป้องกันอันตราย และกลับไปใช้ชีวิตที่เพิ่มภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพได้ และการศึกษาของ วิลาวัลย์ แก้วอ่อน (2552) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับเหตุการณ์หลอดเลือดหัวใจ หากไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตเหมือนหายจากโรคแล้ว มีแนวโน้มละเลยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเอง ขณะที่ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตยังไม่หายจากโรค จะพยายามหาข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองจากแหล่งต่างๆ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาการรุนแรงของโรค สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) ที่กล่าวว่าความสามารถในการปรับเปลี่ยน เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควรและกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นจากการคาดการณ์หรือการรับรู้ของผู้ป่วยเองที่มีต่ออาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมดูแลอาการเจ็บหน้าอกที่แตกต่างกันตามการรับรู้ การให้ความหมายของอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเพื่อการคาดการณ์และตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำและตัดสินใจกระทำเพื่อดูแลอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น

ความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทันทีที่มีอาการเกิดขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นจะหยุดพักทันทีร้อยละ 94.5 ใช้ยาอมใต้ลิ้นร้อยละ 75.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลิดา ปลาเงิน และคณะ (2550) พบว่าการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งมีรูปแบบที่แตกต่างกันไป รูปแบบแรกที่ปฏิบัติคือ การพัก การใช้ยาอมใต้ลิ้น การควบคุมหายใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่ว่าผู้ป่วยจะทำสิ่งใดอยู่ก็ตาม จะละจากการปฏิบัติในสิ่งนั้นแล้วรีบพักทันที ซึ่งเป็นความสามารถในการลงมือปฏิบัติเพื่อดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพจะลดความก้าวหน้าของโรคหลอดเลือดหัวใจ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจขาดเลือดได้ เช่นเดียวกับจาก

การศึกษาของทิพมาศ ชินวงศ์และช่อลดา พันธุเสนา (2538) พบว่าการรับรู้การเจ็บหน้าอกและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จะเป็นรูปแบบเฉพาะที่ผู้ป่วยมุ่งแก้ปัญหาเพื่อให้อาการเจ็บหน้าอกลดลง ลดการเกิดอาการเจ็บหน้าอก รวมทั้งทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจเมื่ออาการเจ็บหน้าอกบรรเทาลง นอกจากนี้อัญศิณี นันตีสุนทร (2555) พบว่าความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ($r=.378, p<.01$) เช่นเดียวกับชัยพงศ์ ชูยศ (2547) พบว่าความรู้ในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ เนื่องจากการศึกษาทำให้มีโอกาสในการรับรู้และแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อศึกษาค้นคว้าข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองได้ ถ้าหากมีความรู้ ทักษะ หรือได้รับการศึกษาที่ดีจะทำให้บุคคลปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 64.5 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้สามารถนำสิ่งที่อ่านจากเอกสารต่างๆ มาใช้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกได้ระดับปานกลางเท่านั้น ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำ ความรู้ คำปรึกษาไม่เพียงพอ เนื่องจากสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างมารับบริการทั้ง 4 โรงพยาบาล ถึงแม้จะมีการส่งเสริมความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล แต่เนื่องจากพบว่ามีผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก ทำให้เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการไม่สามารถให้ความรู้ ข้อมูล คำแนะนำได้อย่างครอบคลุมหรือตรงกับความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการได้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างจึงดูแลอาการเจ็บหน้าอกโดยอาศัยความรู้ การรับรู้ ประสบการณ์ และการสนับสนุนของผู้ป่วยที่มีอยู่ในพิจารณา และการตัดสินใจเลือกกลวิธีในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น

ดังนั้นในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในระดับปานกลางอาจเนื่องมาจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การรับรู้อาการของโรค การรับรู้ ความรุนแรง ระดับความรู้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น เป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) ที่กล่าวว่าความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองเป็นความสามารถที่จำเป็นและเกี่ยวข้องโดยตรงที่ผู้ป่วยจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันทีเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น โดยผ่านความสามารถในการคาดการณ์ ตรวจสอบ สถานการณ์ องค์กรประกอบภายในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง เพื่อหาแนวทางในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น จนเกิดการปรับเปลี่ยนเป็นความสามารถในการ

ตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำ ตัดสินใจและกระทำเพื่อตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการลงมือปฏิบัติ โดยความสามารถในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ความเข้มแข็งอดทน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งเป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการควบคุมอาการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดอาการ การดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ลักษณะความเข้มแข็งอดทนทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นสามารถควบคุมได้ สามารถประเมินและคาดการณ์ถึงผลดีที่ตนเองจะได้รับเมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำหรือได้มีการกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพในการควบคุมอาการ เกิดความรู้สึกที่ท้าทายก่อให้เกิดความพยายามและความมุ่งมั่นในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอาการเจ็บหน้าอก โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำและแสวงหาข้อมูลเพื่อหาแนวทางในการควบคุมอาการเจ็บหน้าอก ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง โดยความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกตนเองเป็นทักษะเฉพาะของแต่ละบุคคลในการเริ่มปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทันทีเมื่อมีอาการของโรคเกิดขึ้น

อาการเจ็บหน้าอกเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่อาจส่งผลทำให้โอกาสเสียชีวิตเฉียบพลันได้ มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ ทำให้มีความเครียดเกิดขึ้น โดยบุคคลที่มีภาวะเข้มแข็งจะผ่านภาวะวิกฤตนี้ได้เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น สามารถดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองจนบรรเทาอาการได้ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติและมีคุณภาพชีวิตมากขึ้น สอดคล้องกับนิคญา ฤทธิ์เพชรและคณะ (2556) พบว่าความเข้มแข็งอดทนช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถประเมินเหตุการณ์หรืออาการของโรคว่าเป็นสิ่งท้าทาย มีความสามารถในการดูแลและควบคุมอาการเจ็บหน้าอกได้อย่างเหมาะสม ช่วยบรรเทาภาวะเครียดลงได้ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับอินทुकานต์ กุลไวย (2551) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งอดทนสูงสามารถร่วมทำนายในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 59 ($p < .01$) กล่าวคือระดับความเข้มแข็งที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

เปลี่ยนไป สอดคล้องกับการศึกษาของเมตตา จันทร์ไทยศรี (2545) พบว่าความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ($r = .49, p < .01$) และการศึกษาของประไพ อริยประยูร (2546) พบว่าความเข้มแข็งอดทน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .44$) สอดคล้องกับแนวคิด Kobasa (1979) ว่าความเข้มแข็งอดทน เป็นปัจจัยภายในหรือแหล่งประโยชน์ภายในที่บุคคลใช้ในการปรับตัวท่ามกลางเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกดดันทางจิตใจ หรือความเครียด โดยการพัฒนาลักษณะต่างๆของบุคคลมาจากความสามารถ ความเชื่อ ค่านิยม ตั้งแต่ระยะต้นของชีวิตและพัฒนาอย่างต่อเนื่องท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทำให้บุคคลต้องปรับตัวเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ทำให้บุคคลมีความทนทานต่อความเครียดสูง สามารถดูแลตนเองได้เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นซึ่งเป็นภาวะวิกฤติของบุคคล กล่าวคือ โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่มีโอกาสกำเริบเป็นระยะๆ ภายหลังจากสามารถควบคุมอาการให้สงบได้ระยะหนึ่ง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 1 และ 2 ที่สามารถมีกิจกรรมได้ปกติ หรือมีข้อจำกัดเพียงเล็กน้อยเท่านั้น สามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มุ่งมั่นที่จะดูแลตนเองเพื่อให้คงสภาพความเจ็บป่วยที่ตนเป็นอยู่ ซึ่งการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลจะทำให้ลดการเกิดอาการ ลดความก้าวหน้าของโรค สามารถควบคุมอาการจนสามารถดำรงชีวิตได้เหมือนปกติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดมุ่งมั่นที่จะดูแลตนเองตามคำแนะนำ แสวงหาความรู้ พัฒนาความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองเพื่อควบคุมอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ(สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า ความรู้ที่ถูกต้อง เพียงพอจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลพิจารณาไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลและตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการจากการเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้เพิ่มขึ้น โดยความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นแรกและเป็นส่วนประกอบในการสร้างหรือก่อให้เกิดความสามารถหรือทักษะ ทำให้เกิดการเรียนรู้ พิจารณาไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลและตัดสินใจกระทำกิจกรรมดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดที่เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับอัญศิณี นันตีสุนทร (2555) ที่พบว่าความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ($r = .378, p < .01$) และชัยพงศ์

ชวยศ (2547) พบว่าความรู้ในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.387$) กล่าวได้ว่าความรู้เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจในสถานการณ์ของตนเอง ตระหนักถึงความเสี่ยงหรือความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น มองเห็นประโยชน์ของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอันตรายที่ตามมา เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสม มีความสนใจในการดูแลสุขภาพ เอาใจใส่ตนเอง มีการใช้เหตุใช้ผลในการตัดสินใจเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง และตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อมีความจำเป็น สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1985) ที่ว่า ความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้บุคคลยอมรับและปฏิบัติตนตามที่ควรจะเป็นได้ง่าย เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี การพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำเป็นระยะที่บุคคลมีการแสวงหาข้อมูล ที่เป็นความรู้ในการพิจารณาและตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองตามความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม บุคคลต้องมีความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอกตนเอง จึงจะสามารถพิจารณาว่าสิ่งใดควรกระทำและควรหลีกเลี่ยง ผู้ป่วยที่มีความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง จึงสามารถตัดสินใจในการเลือกกระทำเพื่อดูแลตนเองได้เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น โดยอาศัยความรู้ที่มีอยู่ในการช่วยพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ดังนั้น ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

การสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีโอกาสที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ จึงทำให้บุคคลรอบข้างสนใจในตัวของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจพร้อมที่จะต่อสู้กับโรค เรียนรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ถ้าหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์และการให้ความช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อน บุคคลที่มาดูแลเป็นประจำเมื่อเจ็บป่วย ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการเงิน (พิสมัย ภูนาเมือง, 2551; ธีรรัตน์ ต้นติกฤตยา, 2548 ; สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ, 2540) ซึ่งจะเป็ปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองตามมา ทำให้เพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรม และยังส่งเสริมให้บุคคลคงไว้ หรือเพิ่มความพยายามในการพัฒนาความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพรรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547) และ อิศรีย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ

(2555) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่นเดียวกับ การศึกษาของ พัชรวรรณ ศรีคงและนรลักษณ์ เอื้อกิจ(2554) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง การศึกษาของพรพิมล อ่ำพิจิตร(2552) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($r=.368$, $p<.05$) เช่นเดียวกับพิมพรรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547)ทิพวรรณ แยมศรีบัว (2552) และอัญฉิณี นันตะสุคนธ์ (2555)พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r=.461$, $.408$ และ $.320$ ตามลำดับ , $p<.05$) การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยเฉพาะบุคคลอื่น จะก่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิด ผูกพัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ ทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนได้รับความช่วยเหลือทางด้านต่างๆ เช่น วัตถุ สิ่งของ บรรเทาความเครียด ความไม่สบายใจ ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ผลจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่เพียงพอต่อความต้องการ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถเผชิญกับอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น สามารถนำความรู้และทักษะที่อยู่ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อดูแลอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองทางสถิติ .05 ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า อาการเจ็บหน้าอกเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยโรคหัวใจที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตเฉียบพลันได้ ส่งผลให้มีความเครียดเกิดขึ้น เป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นแม้การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี เช่นเดียวกับวิลลาวัลย์ แก้วอ่อน (2552) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันว่าตนเองเหมือนหายจากโรคแล้วเพราะ ไม่มีอาการของโรคเกิดขึ้น มีแนวโน้มจะเลยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่รับรู้ภาวะสุขภาพว่าตนเองยังไม่หายจากโรค จะพยายามแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองจากแหล่งต่างๆ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาการรุนแรงของโรค ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอาจมีผลต่อความสามารถการดูแลเจ็บหน้าอก

ตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ ในการแสวงหาแนวทางในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและดูแลตนเอง เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ 1 และ 2 ระดับความรุนแรงของโรคในระดับดังกล่าว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถมีกิจกรรมได้ปกติ หรือมีข้อจำกัดเพียงเล็กน้อย ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยตามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกในการเจ็บป่วยแต่ละครั้งแตกต่างกัน เมื่ออาการเจ็บหน้าอกหายไป ผู้ป่วยจะให้ความหมายว่าเป็นโรคที่รักษาให้หายได้ และให้ความหมายที่บ่งบอกถึงอาการที่คุกคามต่อการดำเนินชีวิตว่าเป็นโรคที่รักษายาก โดยมีแบบแผนของการเจ็บป่วยและการดูแลอาการในลักษณะของการเรียนรู้ที่เป็นวงจรต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่ การให้ความหมายของโรค ภาวะทางการเงิน ความเกรงใจ ภาระในครอบครัว การดูแลเอาใจใส่ของครอบครัว คำแนะนำที่ไม่ชัดเจน และข้อมูลสุขภาพ (ชวนพิศ ทานอง, 2541) ซึ่งปัจจัยเงื่อนไขดังกล่าวมีผลต่อการเลือกกลวิธีในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่แสดงถึงความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีผลต่อความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองที่แตกต่างกันตามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก จากการศึกษาของศรารินทร์ พิทยะพงษ์ (2551) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์น้อยถึงน้อยมากกับการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ถึงแม้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการบริโภคอาหารที่ควรบริโภคและไม่บริโภคอยู่ในระดับดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณี เทพส่องแสง (2541) พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.327$) เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีจะมีอาการเจ็บหน้าอกลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (อภิชาติ สุคนธ์สรรพ, 2553) เช่นเดียวกับการศึกษาของทวีพร เตชะรัตนมณี (2547) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .71$) ทั้งนี้เนื่องจากอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดจะมีอาการแสดงเมื่อมีการตีตันของหลอดเลือดเมื่อได้รับปัจจัยกระตุ้น และโอกาสกำเริบได้เป็นระยะๆ หลังจากควบคุมโรคให้สงบระยะหนึ่ง ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นที่ไม่สามารถคาดว่าจะเป็นเมื่อใด ทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ เกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจ รู้สึกว่าการกระทำของตนเองไม่สามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องจัดระเบียบและมีชีวิตอยู่อย่างจำกัด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) เกิดความเบื่อหน่าย (อรุณรัตน์ กาญจนะ, 2545) ทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลต่อกับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บ

หน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยอื่นที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้สูงอายุ ซึ่งจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างดังกล่าวจะต้องเผชิญอาการจากพยาธิสภาพของโรคอย่างต่อเนื่อง ทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน (Sonja et al., 1981 อ้างถึงใน คุษฎีบุล บุตรลีทา, 2543) ซึ่งสอดคล้องแนวคิดของ Orem (2001) ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพทำให้บุคคลเกิดความคิด ความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นเบื้องต้น ซึ่งจะจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมไปตามที่รับรู้ ทำให้บุคคลเกิดทักษะในการคิด ไตร่ตรอง ตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง และเรียนรู้เพื่อที่จะสร้างรูปแบบการดูแลตนเองตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้เหมาะสม

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง อาจเนื่องจากการให้ความหมายต่อการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น ผลกระทบ และพยาธิสภาพของโรคที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามการรับรู้ความรุนแรงของอาการในกลุ่มตัวอย่าง

4. การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการศึกษานี้เมื่อใช้การวิเคราะห์หัดถดถอยพหุคูณแบบเชิงซ้อน (Hierarchical multiple regression analysis) ในการทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 55.9 ($R^2 \text{ change} = .559$) โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = -.02$) ความเข้มแข็งอดทน ($\beta = -.05$) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ($\beta = .761$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .004$) สามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังต่อไปนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองได้ร้อยละ 55.9 ($R^2 = .559$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกได้ร้อยละ 55.9 ($R^2 \text{ change} = .559$) อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีอาการและอาการแสดงที่สำคัญคืออาการเจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยโรคหัวใจที่อาจส่งผลทำให้โอกาสเสียชีวิตเฉียบพลันได้ ส่งผลให้เกิดความเครียด เป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นแม้การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี

สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพทำให้บุคคลเกิดความคิด ความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นเบื้องต้น ซึ่งจะจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมไปตามที่รับรู้ ทำให้บุคคลเกิดทักษะในการคิด ไตร่ตรอง ตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง และเรียนรู้เพื่อที่จะสร้างรูปแบบการดูแลตนเองตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้เหมาะสม อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความแตกต่างกันของลักษณะอาการ ความรุนแรง ความถี่ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการเจ็บหน้าอกเกิดการรับรู้ เข้าใจ ให้ความหมายอาการเจ็บหน้าอกที่แตกต่างกัน ที่จะทำจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมตามการรับรู้ การคิด ตัดสินใจที่ดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองและเรียนรู้ที่จะสร้างรูปแบบการดูแลตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและผลลัพธ์ที่ได้จากการรูปแบบในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง เช่นเดียวกับภรณ์ เทพส่องแสง (2541) ศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีได้ร้อยละ 21.7 ($R^2 = .217$)

ความเข้มแข็งอดทน สามารถร่วมทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 55.8 ($R^2 = .558$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกได้ร้อยละ 55.8 ($R^2 \text{ change} = .558$) อธิบายได้ว่า อาการเจ็บหน้าอกเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยโรคหัวใจที่อาจส่งผลทำให้โอกาสเสียชีวิตเฉียบพลันได้ การคาดการณ์ การแปลความหมายของอาการเจ็บหน้าอกจะมีผลต่อกลวิธีในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองเพื่อลดอาการในขณะนั้นทันที โดยอาศัยความรู้ของผู้ป่วยเอง สิ่งแวดล้อม ประสิทธิภาพในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง รวมทั้งเทคนิคในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยที่มีความแตกต่างในแต่ละบุคคล (ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล, 2543) ภาวะความเข้มแข็งอดทนที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลตามความเชื่อ ค่านิยมแต่ละท้องถิ่น ทำให้สามารถผ่านความเครียดที่เกิดขึ้นโดยไม่มีอาการเจ็บป่วย (Kobasa, 1979) บุคคลที่มีภาวะเข้มแข็งจะสามารถผ่านภาวะวิกฤตนี้ได้เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น ลักษณะความเข้มแข็งอดทนทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นสามารถควบคุมได้ สามารถประเมินและคาดการณ์ถึงผลดีที่ตนเองจะได้รับเมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำหรือได้มีการกระทำกิจกรรมเพื่อควบคุมอาการเจ็บหน้าอก ความรู้สึกที่ท้าทายก่อให้เกิดความพยายามและความมุ่งมั่นในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอาการเจ็บหน้าอก โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำและแสวงหาข้อมูลเพื่อหาแนวทางในการควบคุมอาการเจ็บหน้าอก ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง เช่นเดียวกับอินทุกานต์ กุลไวย (2552) พบว่าความเข้มแข็งอดทนสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($R^2 = .59$) และรุ่งทิพย์ เบ้าคุ่น (2546) พบว่าความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพสามารถทำนายการ

ปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใ้ร้อยละ 51.2 ($R^2=.512$)

ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง สามารถร่วมทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 55.6 ($R^2=.556$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกใ้ร้อยละ 55.6 ($R^2 \text{ change} = .556$) อธิบายได้ว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองสูง จะทำให้ความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองสูงขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่า การที่กลุ่มตัวอย่างจะมีความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองได้จะต้องมีความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญ เพื่อพิจารณา ไตร่ตรองอย่างมีเหตุผล และตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการจากการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ซึ่ง Orem (2001) กล่าวว่าความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้บุคคลยอมรับและปฏิบัติตามที่ควรจะเป็นได้ง่าย บุคคลต้องมีความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอกตนเอง จึงจะสามารถพิจารณาว่าสิ่งใดควรกระทำ ผู้ป่วยที่มีความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง จึงสามารถตัดสินใจในการเลือกกระทำเพื่อดูแลตนเองได้เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น สามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองเพื่อบรรเทาอาการ ลดความก้าวหน้าและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยอัญศิณี นันตีสุนทร (2555) ศึกษาพบว่าความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ($r=.378, p<.01$) และชัยพงศ์ ชูยศ (2547) พบว่าความรู้ในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.387$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Khuwatsamrit (2004) ยังพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการดูแลตนเองใ้ร้อยละ 70 ($R^2=.70, p <.001$)

การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างใ้ร้อยละ 56.6 ($R^2=.556$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 55.6 ($R^2 \text{ change} = .556$) อธิบายได้ว่า อาการเจ็บหน้าอกซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม เมื่อผู้ป่วยยอมรับได้ว่าตนเองมีอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจ จะรู้สึกกลัว และวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ มากน้อยแล้วแต่ลักษณะของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่เคยมีประสบการณ์อาการเจ็บหน้าอกที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตมาก่อน (Ganot et al., 2004; Keogh et al., 2004; วิลาวลัย แก้วอ่อน, 2552) ถ้าหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์

และการให้ความช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อน ด้านข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนจากเพื่อน และด้านการเงิน ผลจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่เพียงพอต่อความต้องการ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถเผชิญกับอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นได้ สามารถนำความรู้ และทักษะที่อยู่ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อดูแลอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นได้ เพิ่มแรงจูงใจที่จะ กระทำกิจกรรม และยังส่งเสริมให้บุคคลคงไว้ หรือเพิ่มความพยายามในการพัฒนาความสามารถ ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ซึ่งพัชรพรรณ ศรีคง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ(2554) ศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง และพรพิมล อ่ำพิจิตร(2552) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาด เลือดเฉียบพลัน($r=.368$, $p<.05$) นอกจากนี้พิมพ์พรรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547) ทิพวรรณ แยมศรีบัว (2552) และอัญสินี นันตะสุนันท์ (2555)พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r=.461$, $.408$ และ $.320$ ตามลำดับ , $p<.05$) และ Khuwatsamrit (2004) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสม่ำเสมอใน การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 70 ($R^2=.70$, $p<.001$) และการสนับสนุน ทางสังคมสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 51.2 ($R^2=.512$, $p<.05$)

สรุปได้ว่าในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสามารถ ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 55.9 ($R^2=.559$) ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 44.1 อาจเนื่องจากปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อความสามารถใน การดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาเป็น ตัวแปรทำนาย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความสามารถในตนเอง ค่านิยม ภาวะโรคร่วม ภาวะด้านจิตใจ เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน และการสนับสนุน ทางสังคมร่วมทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (ภาคผนวก หน้า 195) นอกจากนี้ยังพบว่าตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความเข้มแข็ง อดทนเมื่อนำเข้าไปร่วมทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในแต่ละ Model (ดังภาคผนวก หน้า 197) พบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแล อาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองลดลง ซึ่งในการวิเคราะห์ทางสถิติแล้วอาจทำให้ตัวแปรดังกล่าวร่วม

ทำนายตัวแปรได้แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ พิจารณาค่า β พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและความเข้มแข็งของตน มีค่าน้อย ($\beta = -.02$ และ $-.05$ ตามลำดับ) และไม่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการทำนาย แต่มีได้หมายความว่า ไม่มีประสิทธิภาพในการทำนาย เพียงแต่ความสามารถไม่เพิ่มขึ้นเมื่อรวมทำนายกับตัวแปรอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นลักษณะของ Multiple regression และหรืออาจเนื่องจากตัวแปรทำนายทั้ง 2 ตัว มีอิทธิพลทางอ้อมส่งผลผ่านตัวแปรอื่น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งของตน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรตระหนักถึงปัจจัยดังกล่าว ในการวางแผนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พัฒนาความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองดังนี้

1. ให้ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งด้านครอบครัว เพื่อนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยกัน การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง มีกำลังใจในการพัฒนาความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง
2. พัฒนาแนวปฏิบัติในการพยาบาลเกี่ยวกับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์และสมาชิกในครอบครัวมีส่วนสนับสนุนทั้งด้านข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ และสนับสนุนด้านทรัพยากรต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองดีขึ้น
3. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการส่งเสริมการให้ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมความเข้มแข็งของตน เพื่อเพิ่มความมั่นใจ กำลังใจในการพัฒนาความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่ม เช่น การรับรู้อาการเจ็บหน้าอก ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความสามารถในตนเอง ค่านิยม ภาวะโรคร่วม ภาวะด้านจิตใจ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาศึกษาแยกปัจจัยทำนายที่เป็นตัวแปรด้านจิตใจ (Psychosocial variables) ที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด เป็นต้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กชชุกร หว่างนุ่ม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.

กลุ่มระเบียบวิธี สำนักงานนโยบายและวิชาการสถิติ. เทคนิคการสุ่มตัวอย่างและการประมาณค่า. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. แหล่งที่มา: <http://www.nso.go.th/>, (10 กันยายน 2555).

กอบชัย บุญปราศรัย. พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : พี.เอ.ดีฟวิง, 2549.

คัทลียา อุกติและณัฐนิช จันทจักรโกวิท. ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง. ทูลสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ สงขลานครินทร์, 2540.

คมเนตร สกฤษณะศักดิ์. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ ภาวะตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.

จันทร์จิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

จรรยาผล แพ่งโยธา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการมีอากร กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.

จิราวรรณ เดชอดิษฐ์. กลุ่มอาการและการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2549.

ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และคณะ. การสนับสนุนทางสังคม ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารสภาการพยาบาล 22,1

(มกราคม- มีนาคม 2550) : 60-71.

ชญญา อุทส์สิริพานิช และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรค
กล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 22, 2 (กรกฎาคม-
ธันวาคม 2554) : 31-43.

ชัยพงศ์ ชูยศ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ สถาบัน
โรคทรวงอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2547.

ชไมพร จินต์คณาพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความเข้มแข็งอดทนกับผลลัพธ์
การเผชิญปัญหาของบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543.

ชลิดา ปลาเงิน , อุษาวดี อัครวิเศษ และพิชชดา วิรัชพินทุ. ประสบการณ์การเจ็บหน้าอกของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดหัวใจ. Journal of nursing science .25, 2 (2550) : 35-46.

ชวนพิศ ทำนอง. ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
ดุขฎิบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

ณัฐวรรณ รักรวงศ์ประยูร. ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนที่มีต่อสภาวะความเจ็บป่วยของ
ผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

ดุขฎิบูล บุตรสีทา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยศีรษะและคอ. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
ส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.

ดวงกมล วัตราดุลย์. การพัฒนามาตรฐานการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอก. วารสาร
พยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 19, 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2551) : 59-76.

ทวีพร เตชะรัตนมณี. ความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ
ของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ในจังหวัดภูเก็ต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2547.

ทิพมาศ ชินวงศ์ และ ช่อลดา พันธุเสนา (ผลงานอาจารย์). การศึกษาปรากฏการณ์ทางการพยาบาล
เรื่อง การรับรู้การเจ็บหน้าอกและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2538.

ทิพวรรณ เข้มศรีบัว. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

- ที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2552.
- ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. โรคหลอดเลือดหัวใจ. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา, 2549.
- ชัยรัตน์ ตันตติกุลตยา. อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2548.
- ธิวสา ลิวัณนะ , แสงอรุณ อิศระมาลัย และช่อลดา พันธุเสนา. การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และปัจจัยที่มีผลกระทบ. สงขลานครินทร์เวชสาร 26, 2 (มี.ค.- เม.ย. 2551) : 141-150.
- นันทพร เชยชัยภูมิ. ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคปอดรักษาซ้ำ. วารสารเกื้อการุณย์ 4, 2 (ก.ค.-ธ.ค. 2555) : 35-48.
- นันท์วัน แซ่ซื่อ. ปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.
- นิตยา ฤทธิเพชร, ชนกพร จิตปัญญา และจรรยา จิมหลวง. ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการการจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. Princess of Naradhiwas University Journal 5, 1 (มกราคม – เมษายน 2556) : 16-34.
- นรินาถ วิทย์โชคกิตติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. Journal of Nursing Science 28,2 (2553) : 49-57.
- บงอร บุญศรีจันทร์. ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการดูแลตนเองเพื่อการควบคุมอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ใช้แรงงานกรีต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2549.
- บัวธร เวชพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลรามคำแหง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2548.

- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา. คณะพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555.
- บุษดี ศรีคำ. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- ปริญญญา สวงวนพงษ์. การศึกษากลุ่มอาการ การจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552.
- ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล. การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ผลของอาการและวิธีจัดการกับอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- เป็น รักเกิด. การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2549.
- ประคอง วรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
- ประภา รัตนเมธานนท์. การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ประภาพร ดองโพธิ์. ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554.
- ประไพ อริยประยูร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเข้มแข็งอดทน การสอน กับการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- ประวิชัย ดันประเสริฐและคณะ. แนวทางการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ พ.ศ. 2553. สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.

แหล่งที่มา http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/RehabGuideline.pdf :
(ค้นเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2555).

- ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 6 .ขอนแก่น :
คลังนานาวิทยา, 2552.
- พัชรภรณ์ อุ่นเดจ๊ะ. บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่อง สาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 10 การ
พยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. นนทบุรี : ศิริยอดการพิมพ์, 2553.
- พัชรวรรณ คงศรี และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการ
ควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง. วารสารเกื้อ
การุณย์ 8,1(2554) : 55-64.
- พิมพ์ เทพวัลย์ และคณะ. การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์
การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วย
กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. Journal of Nursing Science 29, 2(
เมษายน- มิถุนายน 2554) : 111-119.
- พิมพ์พรรณ กิตติวงศ์ภักดี. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม
กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิก
โรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2547.
- พิสมัย ภูนาเมือง. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 2551.
- พุทธเมษา หมั่นคำแสน. ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ. การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย.พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร : สุขุมวิทการพิมพ์, 2548.
- พลพรรณ อยู่สวัสดิ์. ผลของระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษา ด้วยวิธีการทำ
ให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีที่อุดตันเปิดออก ต่ออัตราการตายระยะยาว ของผู้ป่วย
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดส่วนของเอสทียกขึ้น ในโครงการทะเบียนผู้ป่วย
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ,
สาขาวิชาอายุศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.

- ภรณ์ เทพส่องแสง. ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
- เมตตา จันทร์ไทยศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงาน ความเข้มแข็งออกทน กับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.
- ยงยุทธ สหัสสกุล. ECG ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เอ็นพีเพลส, 2549.
- รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552.
- รุ่งทิพย์ เบ้าคุ้ม. ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- ศรันยา เบญจกุล . บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- ศรารินทร์ พิทธิยะพงษ์. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.
- ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552.
- ศิริพร แก้วกุลพัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541.
- ศิริอร ลินธุ. การพัฒนาการจัดการรายกรณีเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง, บทควมวิชาการ การศึกษาต่อเนื่อง สาขาการพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 10 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, หน้า 261- 271 . กรุงเทพมหานคร : ศิริยอดการพิมพ์, 2553.

- ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. สถิติ-รายงานจำนวนผู้เข้ารับบริการ. ขอนแก่น(ออนไลน์) <http://www.heart.kku.ac.th>, 2555.
- สิริรัตน์ ลีลาจรัส และพิสมัย อรทัย. ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ใหญ่ไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 25, 3 (กันยายน-ธันวาคม 2554) : 1-17.
- สมคิด สีหสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่าง คั่งนิมวกลกาย การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : วิ.เจ.พรินติ้ง, 2532.
- สมจิต หนูเจริญกุลและประครอง อินทรสมบัติ. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญโรค ความเชื่อในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา. วารสารพยาบาล 4, 37 (2534) : 222-237.
- สมรภพ บรรหารักษ์. ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
- สุกานดา บุญคง. ประสบการณ์อาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการในผู้ป่วยที่รอผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร(นานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2552.
- สุทิษา สุวรรณศรี. พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจในระยะก่อนและหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548.
- สุธาสิณี ใต้คิลานนท์. ปัญหาที่เนื่องจากยาและการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547
- สุพร พริ้งเพริศ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

- สุพรรณิ ชีระเจตกุล. ความสัมพันธ์ระหว่าง มโนทัศน์สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2539.
- สุเพียร โภคทิพย์. การรับรู้โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้หญิงอีสาน บริบทจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 33, 3(กรกฎาคม-กันยายน 2553) : 52-59.
- สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวและความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยโรคของศูนย์วิจัยโรคเขต 10 เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.
- สุวรรณา บุญยะลีพรรณ และคณะ. รายงานการวิจัย ปัจจัยคัดสรรและความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอดส์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ 21 (2541) : 22-33.
- สุวรรณพร มิตรสุวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของตนเกี่ยวกับสุขภาพของเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับภาวะสุขภาพของเพศหญิงติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสุขภาพ(ป่วย). แหล่งที่มา <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5> (ค้นเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2555), 2555.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี : บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็ม จำกัด, 2552.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. จำนวน 1,000 เล่ม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2553.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(ออนไลน์). แหล่งที่มา <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php> (ค้นเมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2554), 2554.
- วัชรวิ พิมพ์ภักดี. ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552.
- วารภรณ์ สัตยวงศ์. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4 พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ยุทธนาการพิมพ์, 2551.

วรรณิ จิวสืบพันธ์. ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับ ภาวะการณั้ทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย บูรพา, 2550.

วิลาวัลย์ แก้วอ่อน. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับเพื่อการดูแลตนเองหลังเกิดการ เจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.

วิไลวรรณ นุชศรี. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 1. ศูนย์หัวใจศิริกิต์ ภาควะวันออกเฉียงเหนือ: ขอนแก่น, 2546.

อัญศินีย์ นันตะสุคนธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับ บริการขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาชิปดี มหาวิทยาลัยมหิดล. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2555.

อัญชญา เตชะอำนวยวิทย์. การดูแลตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.

อมรรัตน์ สมจิต, ชมนาด วรรณพรศิริ และสุธาสินี ธรรมอารี. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบ ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 5, 2 (2554) : 55-66.

อภิชาติ สุคนธสรณ์. Coronary Artery Disease. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : ทรिक ซิงค์, 2553.

อารียัวรรณ อ่วมธานี. การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย), 2553.

อารียัวรรณ อ่วมธานี. การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร : มิสเตอร์ก๊อปปี้, 2554.

อินทุกานต์ กุลไวย. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็ง และการสนับสนุนทางสังคมกับ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, สาขาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2552.

- อิสริย์กร สุรศรีสกุล. ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. วารสารโรงพยาบาลตำรวจ 4, 2 (ก.ค.-ธ.ค. 2555) : 60-70.
- อรุณรัตน์ กาญจนะ. ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- อรนุช คงเหลียม. ปัจจัยทางชีวสังคมและความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง สุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชยันตภาค จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2552.
- อรมณี ข้างชาวงค์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.

ภาษาอังกฤษ

- Aalto, A. M., Heijmans, M., Weinman, J., and Aro, A. R. Illness perception in coronary heart disease sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlate. Journal of Psychosomatic Research .58 : 393-402.
- Anderson, J. L., et al. ACC/AHA Guideline for the Management of Patient with Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Journal of American College of Cardiology .50,7 (2007) : 1-161.
- Andrell, P., et al. Fatality, morbidity and quality of life in patient with refractory angina pectoris. International Journal of Cardiology .147 (2011) : 377-382.
- Antman, E. M., et al. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients with ST-elevation Myocardial infarction. Journal of the American heart association. [Online]. Available from: <http://circ.ahajournals.org>, 2004.
- Best, J.W. Research in Education. 3rd . Engle Wood Clif, NJ : Prentice Hall, 1977.
- Bloom, B.S., Hastingsard, J.T., and Modaus, G.F. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: Mc Graw-Hill Book. 1971.

- Brook, H. R., et al. Overview of adult health status measure fields. Medical care. 7(1979) : 1-131.
- Cohen, M. G., Pascual M., Scirica, B. M., and Ohman, E. M. Therapeutic Goal in Patients With Refractory Chronic Angina. Review Esp Cardiol.63,5 (December 2010) : 571-582.
- Colye, K. M. Depressive symptoms after a myocardial infarction and self-care. Archives of Psychiatric Nursing . 26(April 2012) : 127-134.
- Cossette, S, Frasura-smith, N., & Lesperance, F. Nursing approaches to reducing psychological distress in men and women recovering from myocardial infarction. International Journal of Nursing Studies .39(2002) : 479-494.
- Cobb, S. Social support s moderator of life stress. Psychosomatic Medicine 38 (1976) : 300-301.
- Coventry, L. L., et al. Sex differences in symptom presentation in acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. Heart & Lung 40 (May 2011) : 477-491.
- Cramm, J. M., & Nieboer, P. Self-management abilities, physical health and depressive symptoms among patients with cardiovascular diseases, chronic obstructive pulmonary disease, and diabetes. Patient education and counseling 8 (2012) : 411-415.
- Duffy, M. E. Determination of health promotion lifestyle in older person. Image : Journal of Nursing Scholarship 25,3 (1993) : 23-28.
- Ferket, B. S., et al. Systemic review of guilines on cardiovascular risk assessment. American Medical Association 1(2010): 342-367.
- Fernandez, R. S., et al. Development of a health-related lifestyle self-management intervention for patient with coronary heart disease. Heart & Lung 38(2009) : 491-499.
- Furze, G. Angina rehabilitation: Exercise is not enough. Procedia Social and Behavioral Sciences 5(2010) : 1545-1549.
- Goldston, K., & Baillie, K. G. Deoression and coronary heart disease : A review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches. Clinical Psychology Review 28(2008) : 288-306.
- Granot, M., Goldstein-Ferber, S., & Azzam, Z. S. Gender different in perception of chest pain. Journal of Pain ad Symptom Management 27 (February 2004) : 149-156.

- Henriksson, C., et al. Knowledge and attitudes toward seeking medical care for AMI-symptoms. International journal of cardiology 147 (2011) : 224-227.
- Hill, L., & Smith, N. Self-care nursing: Promotion of health. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall, 1985.
- Holzappel, N., et al. Self-care and depression in patients with chronic heart failure. Heart & Lung 38(September- October 2009) : 392-398.
- House, J. S. Work, stress, and Social support. Reading : MA: Addison-Wesley, 1981.
- Jacobson, D. E. Types and timing of social support. Journal of Health and Social Behavior 27 (1986): 252-271.
- Kang, Y., Yang, I. S., & Kim, N. Correlates of health behaviors in patients with coronary artery disease. Asian Nursing Research 4 (March 2010) : 45-55.
- Keogh, E., Hamid, R., Hamid, S., & Ellery, D. Investigating the effect of anxiety sensitivity, gender and negative interpretive bias on perception of chest pain. Pain 111(2004) : 209-217.
- Khuwatsamrit. Adherence to self-care requirements model: an empirical test among patients with coronary artery disease. Doctoral Degree Doctor of Nursing Science Mahidol University, 2006.
- Kimble, L. P., & Kunik, C. L. Knowledge and use of sublingual nitroglycerine and cardiac-related quality of life in patient with chronic stable angina. Journal of Pain and Symptom Management 19(February 2000) : 109-117.
- King, K. B., & McGuire, M. A. Symptom presentation and time to seek care in women and men with acute myocardial infarction. HEART & LUNG 36, 4 (2007) : 235-243.
- Kobasa, S. C. Stress life events, personality and health : and inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology 37-1(1979) : 1-11.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. Hardiness and health: A perceptive study. Journal of Personality and Social Psychology 42-3(1982) : 168-177.
- Lenfant, C. Chest pain of cardiac and noncardiac origin. Metabolism Clinical and Experimental 59 (suppl 1)(Available online at www.sciencedirect.com) 2010 : 41-46.
- Lesperance, F., & Frasure-Smith, N. Depression in patients with cardiac disease: a practical review. Journal of Psychosomatic Research 48(2000) : 379-391.

- Navarro, M .F. J., et al. Effect of angina in the week before myocardial infarction on long-term cardiovascular morbidity and mortality after hospital discharge. Review Esp Cardiol 22 (November 2007) : 775-776.
- Orem, D. E. Nursing Concepts of practice. 3rd ed. New York : Mc Graw-hill Bood, 1985.
- Orem, D. E. Concepts of practice. St. Louis : Mosby-year Book, 1991.
- Orem, D. E. Nursing concept of practice. 6th ed. St.Louis : Mosby, 2001.
- Parissia, J. T., et al. Review depression in coronary artery disease : Novel pathophysiologic mechanism and therapeutic implication. International Journal of Cardiology 116(2007) : 153-160.
- Parry, M., & Watson,W. Peer support intervention trials for individuals with heart disease : A systematic review. European Journal of Cardiovascular nursing 9 (2010) : 57-67.
- Pender, N. J. Health Promotion in nursing practice. 2nd ed. Norwalk, Connection : Appleton and Lang, 1987.
- Pollock, S. E. The hardiness characteristic : A motivating factor in adaptation. Advance in Nursing Science 11(January 1989) : 53-62.
- Sebreagte, E. H.W. J., Falger, P. R. J., & Bar, W. H. M. Risk factor modification through nonpharmacological interventions in patient with coronary heart disease. Journal of psychosomatic Research 48(2000) : 425-441.
- Sjostrom-Strand, J., & Fridlund, B. Women's description of symptoms and delay reasons in seeking medical care at the time of a first myocardial infarction: A qualitative study . International Journal of nursing studies 45 (2008) : 1003-1010.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., and Pellet, K. Health perception and lifestyle of elderly. Research in Nursing and Health 12(1989) : 93-100.
- Soderman, E., Lisspers, J., & Sundin, O. Depression as a predictor of return to work in patient with coronary artery disease. Social Science & Medicine 56 (2003) : 193-202.
- Sol, B. G. M., Graaf,Y. V. D., Petersen, R.V., & Visseren, F. L. J. The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle. European Journal of Cardiovascular Nursing 10 (2011) : 180-186.

- Sol, B. G. M., Graaf, Y. V. D., Petersen, R. V., & Visseren, F. L. J. Social support and change in vascular risk factors in patients with clinical manifestation of vascular diseases. European Journal of Cardiovascular Nursing 8 (2009) : 137-143.
- Stafford, L., Berk, M., & Jackson, H. J. Are illness perception about coronary artery disease prediction of depression and quality of life outcomes?. Journal of Psychosomatic Research 66(2009) : 211-220.
- Tang, C., et al. The early stratification of the patients with acute chest pain. Journal of Nanjing Medication University 21,6(2007) : 363-366.
- Thorndike, R. M. Correlation procedures for research. New York, 1978.
- Thuresson, M., et al. Symptoms and type of symptom onset in acute coronary syndrome in relation to ST elevation, sex, age and a history of diabetes,. American Heart Journal 150, 2 (2005) : 234-242.
- Tziallas, D. C., et al. Association between subjective descriptors of coronary pain and disease characteristics: A pilot study in a Hellenic rural population. Intensive and Critical Care Nursing 23 (2006) : 342-354.
- Williams, P. T., & Feldman, D. E. Prospective study of coronary heart disease Vs.HDL2,HDL3, and other lipoproteins in Gofman's Livermore Cohort. Atherosclerosis 214(2011) : 196-202.
- Xu, C. B., Sun.Y., & Edvinsson, L. Cardiovascular risk factors regulate the expression of vascular endothelin receptors. Pharmacology & Therapeutics 127 (2010) : 148-155.
- Yamane,T. Statistic : An Introduction Analysis . 2nd ed. New York: John Wealth Hill, 1979.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน
1. แพทย์หญิงเทพพร กัดทามาราศรี	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัด หนองคาย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์ ดร.กุสุมา กุววัฒนสัมฤทธิ์	อาจารย์พยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาวอภินันท์ ชูวงศ์	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์ ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ตึกอายุกรรม โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัด ราชบุรี
5. นางสาวนารี แซ่อึ้ง	พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤติ อายุกรรม/หน่วยหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายของความร่วมมือในการ
ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/ 008๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 มกราคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกษรา โคตรภักดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะตะวั่นออกเฉียงเหนือตอนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวนารี แซ่อึ้ง พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หน่วยหัวใจและหลอดเลือด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตสร้างชิ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวนารี แซ่อึ้ง

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อ นิสิต

นางสาวเกษรา โคตรภักดี โทร. 088-307-1567



ที่ ศร 0512.11/ 0088

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 มกราคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธาราม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกษรา โคตรภักดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ นางสาวอภินันท์ ชูวงศ์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ตึกอายุรกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวอภินันท์ ชูวงศ์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวเกษรา โคตรภักดี โทร. 088-307-1567



ที่ ศธ 0512.11/ 008๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๕ มกราคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกษรา โคตรภักดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ อาจารย์พยาบาล ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวเกษรา โคตรภักดี โทร. 088-307-1567

ที่ ศร 0512.11/ 0๐๙๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 มกราคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกษรา โคตรภักดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ แพทย์หญิง เทพพร คัดทามาราศรี แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

แพทย์หญิง เทพพร คัดทามาราศรี

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวเกษรา โคตรภักดี โทร. 088-307-1567



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
 ที่ ศร 0512.11/0๐๖๕ วันที่ ๕ มกราคม 2556
 เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมตานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกษรา โคตรภักดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะตะวั่นออกเฉียงเหนือตอนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวเกษรา โคตรภักดี โทร. 088-307-1567

ที่ ศร 0512.11/0146



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 มกราคม 2556

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิติทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทาบ่อ

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

เนื่องด้วย นางสาวเกษรา โคตรภักดี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ ให้นิติดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 - 59 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามความเข้มแข็งของตน แบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้นิติจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเกษรา โคตรภักดี ดำเนินการทดลองใช้ เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวเกษรา โคตรภักดี โทร. 088-307-1567

ที่ ศธ 0512.11/0/46



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3) มกราคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกษรา โคตรภักดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 – 59 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 23 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทน แบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเกษรา โคตรภักดี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวเกษรา โคตรภักดี โทร. 088-307-1567

ที่ ศร 0512.11/0146



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 มกราคม 2556

เรื่อง ขออนุญาตเคราะห้ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกษรา โคตรภักดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตเคราะห้ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 – 59 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 23 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทน แบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตเคราะห้ให้ นางสาวเกษรา โคตรภักดี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวเกษรา โคตรภักดี โทร. 088-307-1567

ที่ ศร 0512.11/0146



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๓๑ มกราคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกษรา โคตรภักดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลัทธน์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 – 59 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 34 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทน แบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเกษรา โคตรภักดี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลัทธน์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวเกษรา โคตรภักดี โทร. 088-307-1567

ที่ ศร 0512.11/014-6



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ มกราคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกษรา โคตรภักดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 – 59 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทน แบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเกษรา โคตรภักดี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวเกษรา โคตรภักดี โทร. 088-307-1567

ภาคผนวก ค

**เอกสารการพิจารณาจริยธรรม
เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
และ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 077/2556

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 028.1/56 : ปิ๊งจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองใน
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวเกนรา โครกรักดี

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม..... *[Signature]* ลงนาม..... *[Signature]*
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา หันตประดิษฐ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะสาโรจน์)
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 17 เมษายน 2556

วันหมดอายุ : 16 เมษายน 2557

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย 028.1/56
วันที่รับรอง 17 เม.ย. 2556
วันหมดอายุ 16 เม.ย. 2557

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเมื่อการพิจารณาจริยธรรม หากดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลการวิจัยก่อน ได้มีการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อโครงการต่ออายุของอนุมัติให้ทำร่วมกันไว้ทั้งหมด / เดือน หรือต่อระยะเวลาความยาวการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัยโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ให้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารอื่นๆเข้าร่วมวิจัย สำเนา เพื่อประทับตราคณะกรรมการพิจารณา
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเป็นอันตรายที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลของผู้วิจัยจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้แจ้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่วนเบรฯ รายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 01-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ที่ ศร 0512.11/ 0146



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 มกราคม 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ประธานกรรมการวิจัยโรงพยาบาลขอนแก่น

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ 1 ชุด
2. แผ่นซีดีบรรจุข้อมูลโครงการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกษรา โคตรภักดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเกษรา โคตรภักดี เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวเกษรา โคตรภักดี โทร. 088-307-1567



เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น
ออกให้ในกรณีไม่เข้าข่ายการพิจารณารับรองหรือเข้าข่ายได้รับการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน
PREDICTING FACTORS OF CHEST PAIN SELF-CARE AGENCY AMONG CORONARY HEART
DISEASE PATIENTS, NORTHEAST REGION

ผู้วิจัย คือ นางสาวเกษา โคตรภักดี

สถาบัน/หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลขอนแก่นแล้ว และ
คณะกรรมการมีความเห็นว่า โครงการนี้จัดเป็นประเภทกรณีไม่เข้าข่ายการพิจารณารับรองหรือเข้าข่ายได้รับ
การยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ออกให้ ณ วันที่ 26 เดือน เมษายน พ.ศ. 2556

(นายธนชัย พนาพูน)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ประธานกรรมการวิจัย โรงพยาบาลขอนแก่น

(นายวีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

ลำดับที่ 20/02/2556

ณพชพ 26/04/2557

(กำหนดระยะเวลา 1 ปี)

คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลขอนแก่น www.mdcchonburi.org/ethics/ หรือ www.kkh.go.th

สำนักงาน: งานห้องสมุด วิจัยและสารา กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น

ถนนศรีจันทร์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 ; e-mail : kkhethics@gmail.com

โทร. (0430) 336789 ต่อ 1605



บันทึกข้อความ

เลขที่บันทึกข้อความ	589
วันที่	1 ต.ค. 56
ปี	2556

หน่วยงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-8147

ที่ ขว 303/56

วันที่ 22 เมษายน 2556

เรื่อง แจ้งผลคำให้การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณะคณาจารย์พยาบาลศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบรับรองผลการพิจารณา
 2. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
 3. ใบยินยอม
 4. แบบสอบถาม

ตามที่ นางสาวเกศรา โคตรภักดิ์ นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัยที่ 028.1/56 เรื่อง ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะคลื่นออกเหนือห้องบน (PREDICTING FACTORS OF CHEST PAIN SELF-CARE AGENCY AMONG CORONARY HEART DISEASE PATIENTS, NORTHEAST REGION) เพื่อให้กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาจริยธรรมการวิจัยความลับถือคนจึงแล้วนั้น

การนี้ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิได้เห็นสมควรให้ดำเนินการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้รับรองวันที่ 17 เมษายน 2556

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรุณรุ่งโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศร 0512.11/0146



5218
4/4/56
08:00

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

51 มกราคม 2556

งานห้องสมุด วิจัยและตำรา
วันที่ 2/8/56
วันที่ 8/5/56
เวลา 9.25

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้มีสิทธิ์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

ว. /

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

(นายวิระศักดิ์ ชาติรุ่งโรจน์)
นายแพทย์ประจำตัว

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

เนื่องด้วย นางสาวเกษรา โคตรภักดิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่นำความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรศักดิ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้มีสิทธิ์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 - 59 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามความเข้มแข็งของตน แบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้มีสิทธิ์จะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเกษรา โคตรภักดิ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งนี้เป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

- เรียน ผู้เกี่ยวข้อง
- ให้โปรดพิจารณา
 - นายแพทย์ วิระศักดิ์ ชาติรุ่งโรจน์ (รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์) (รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์) / ๒๒๒๒๒๒๒

ขอแสดงความนับถือ

ว. /

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์)

รองศาสตราจารย์

นางรัชณี ประดิษฐ์

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

บรรณาธิการ

นางนงนุช มีชัย

ส่วนแฉียง

จำนวนเรื่องทั้งหมด

จำนวนเรื่องทั้งหมด

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131

โทร. 0-2218-1131

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรศักดิ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวเกษรา โคตรภักดิ์ โทร. 088-307-1567

ว. /

๕๕๗๘
 ๙/๙/๒๕๖
 ๐๘:๐๖



ที่ ศร 0512.11/0146

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ 10330

3) มกราคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

ฝ่ายการพยาบาล	
เลขที่รับ	๕๐/๐๗๓
วันที่	๑๘ / ๑.๑. / ๕๖
1๒๑ น.

เนื่องด้วย นางสาวเกษรา โคตรภักดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 - 59 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 23 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทน แบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเกษรา โคตรภักดี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เพื่อโปรดทราบและพิจารณา

เพื่อโปรดสั่งการ

ศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์

ผู้อำนวยการ

๙.๑.๕๖
 ๒๕๕๖

ขอแสดงความนับถือ

๐๘๘๘ ๒๕๕๖

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

๐๘๘๘ ๒๕๕๖

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-113๕ โทรสาร ๐-๒๒๑๘-๔๕๕๐ (ระสิทธิ์)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวเกษรา โคตรภักดี โทร. 088-307-1567

โรงพยาบาลอุดรธานี
 เลขที่ 56/06779
 วันที่ 3 พ.ค. 2556
 เวลา 10.28 น.

ที่ ศร 0512.11/0146

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ 10330

31 มกราคม 2556

สำนักงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
 เลขที่ 1889/06
 วันที่ 9 พ.ค. 2556 10.00

เรื่อง ขอบขออนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกชรา โคตรภักดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะคลื่นออกเฉียงเหนือตอนบน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอือกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอขออนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 - 59 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทน แบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเกชรา โคตรภักดี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี
- เพื่อโปรดทราบ
 - เพื่อโปรดพิจารณา/สั่งการ
 - เพื่อพิจารณา/แจ้ง *D. พ.ว.ก.*
-
 ชื่อ/นามสกุล / ตำแหน่ง

ขอแสดงความนับถือ
ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์
 (รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี เห็นควรแจ้ง
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
 16 1699 น.พ.ก.บ.ศ.ศ.

นางสาวเกชรา โคตรภักดี
 นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต
 โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
 (นางสาวเกชรา ชัยวัฒน์)
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอือกิจ โทร. 0-2218-1152
 นอภ.เขตสุขภาพ
 นางสาวเกชรา โคตรภักดี โทร. 088-307-1567
 วิทยาการในตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอุดรธานี

นพ. สักดิ์ชัย พิศาล
 3. *ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์*
 (นพ. วรากรณ์ ชัยวัฒน์)
 หัวหน้า รร.ศ.
 9, พ.ค., 56

3 พ.ค. 2556
 สำนักเรียน
 ฝ่ายวิชาการ
 อาจารย์ที่ปรึกษา
 นิสิต
 14 พ.ค. 56
 01 พ.ค. 56

สารกิจจานุกิจ



โรงพยาบาลเลย
เลขที่ ๐๖๕๗
วันที่ ๗/๓๐/๒๕๕๖
เวลา

ที่ ศร 0512.11/0146

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 มกราคม 2556

ฝ่ายการพยาบาล
เลขที่รับ ๕๐๘
วันที่ ๙ / ๓๐ / ๒๕๕๖
เวลา

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกชรา โคตรภักดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 - 59 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 23 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามความเข้มแข็งของตน แบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเกชรา โคตรภักดี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ผอ. รพ.เลย

เพื่อโปรดทราบและพิจารณา

เพื่อโปรดส่งการ

ต่อที่ประชุม

ดำเนินการ

๗/๓๐/๒๕๕๖
๓๐/๑/๕๖

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร ๐๒-๒๒๑๘-๕๕๓๐ (รหัสโทรสาร)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวเกชรา โคตรภักดี โทร. 088-307-1567

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเกษรา โคตรภักดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามจำนวน 107 ข้อ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามภาวะสุขภาพ 2) แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทน 3) แบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้ระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในการวิจัยจะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาในโรงพยาบาลต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 **E-mail: eccu@chula.ac.th**

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานี้แสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อ โครงการวิจัย บัณฑิตทำนายนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองใน
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเกศรา โศตรภักดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างนางขาว ต.สร้างนางขาว
อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 042-901107

(ที่บ้าน) 290 หมู่ 9 ต.บ้านเดื่อ อ.ท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
โทรศัพท์มือถือ 088-307-1567 E-mail: saraku_k@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับบัณฑิตทำนายนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ที่มารับบริการแผนกอายุกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐประจำจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ได้แก่ โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลสกลนคร และโรงพยาบาลเลย

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

3.2 เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของตัวแปร ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ต่อความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการที่คลินิกอายุกรรม ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐประจำจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน จำนวน 110 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ อายุ 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างน้อย 6 เดือน
- 2) ไม่อยู่ในระยะเฉียบพลัน หรือภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก
- 3) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่านภาษาไทยได้
- 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) หากขณะตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือมีอาการอื่นๆ เช่น เหนื่อยเพลีย หายใจหอบ หายใจไม่อิ่ม ใจสั่น เป็นต้น ผู้วิจัยจะส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาจากแพทย์ที่เหมาะสมต่อไป

วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยสุ่มเลือกโรงพยาบาลแบบง่ายโดยวิธีการจับฉลาก จากโรงพยาบาลประจำจังหวัดของรัฐที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนจำนวน 4 แห่ง จาก 12 จังหวัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย แบบไม่แทนที่ คือ โรงพยาบาลเลย โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลสกลนคร โรงพยาบาลอุดรธานี

ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรมของแต่ละโรงพยาบาล โดยเลือกเก็บข้อมูลคนวันคนตามลำดับที่เข้ารับบริการแล้วทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในแต่ละเดือนของโรงพยาบาลแต่ละจังหวัด ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ข้างต้น ตามวันที่ให้เปิดให้บริการของคลินิกอายุรกรรม

5. ผู้วิจัยจะเป็นผู้แจกแบบสอบถามให้ท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามโดยตรง โดยให้ท่านอยู่ในห้องแยกที่เป็นสัดส่วน มิดชิด ไม่มีเสียง/กลิ่นรบกวน จะให้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละ 20-30 นาที ซึ่งแบบสอบถามมีทั้งหมด 107 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 บัญชีทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามภาวะสุขภาพ 2) แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทน 3) แบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

6. ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงต่อท่าน เกี่ยวกับรายละเอียดของงานวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม อธิบายการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ

7. ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หากพบว่าท่านไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง และอยู่ในสถานะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ผู้วิจัยประสานต่อเจ้าหน้าที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก และส่งต่อท่านให้ได้รับการรักษาจากแพทย์ที่เหมาะสมต่อไป

8. การเข้ากลุ่มเป็นกลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นโดยสมัครใจและท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา จนกว่าจะได้รับคำตอบเป็นที่พอใจ

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมและเชิงวิชาการ

11. ในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

12. ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมการวิจัยและประโยชน์โดยรวม

1) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ โดยภายหลังการผู้มีส่วนร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามพบว่าผู้เข้าร่วมยังไม่สามารถดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะดูแลให้ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยต่อไป

2) เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการป้องกันอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง และช่วยลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

13. การเข้าร่วมวิจัยนี้ไม่มีความเสี่ยงอื่นใด นอกจากอาจจะมีอาการเหนื่อยบ้างจากการตอบแบบสอบถามเท่านั้น ซึ่งท่านสามารถที่จะหยุดพักได้

14. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดเติมคำในช่องว่างหรือแสดงเครื่องหมาย \surd ลงในช่องหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ..... ปี (มากกว่า 6 เดือน ให้คิดเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพสมรส

() 1. โสด	() 2. คู่
() 3. ม่าย	() 4. หย่า/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้รับการศึกษา	() 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา/ปวช.	() 4. อนุปริญญา/ ปวส.
() 5. ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	() 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน

() 1. เพียงพอ	() 2. ไม่เพียงพอ
() 3. เหลือออม	() 4. เป็นหนี้
6. อาชีพ

() 1. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	() 2. พนักงานบริษัท/พนักงานโรงงาน
() 3. ทำนา/เกษตรกรรม	() 4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
() 5. แม่บ้าน	() 6. รับจ้างรายวัน
() 7. ไม่ได้ทำงาน	() 8. อื่นๆ.....
7. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.....ปี.....เดือน
8. โรคประจำตัวอื่นๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1. ไม่มี	() 2. ความดันโลหิตสูง
() 3. ไตวาย	() 4. ไขมันในเลือดผิดปกติ
() 5. เบาหวาน	() 6. อื่นๆ ระบุ.....

9. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- () 1. สูบ วันละมวน/วัน
 () 2. เคยสูบ ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว.....ปี
 () 3. ไม่เคย

10. ในครอบครัวของท่านมีญาติสายตรง (เช่น บิดา มารดา พี่ชาย น้องสาว) ที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่

- () 1. ไม่มี
 () 2. มี ระบุ.....

11. ประวัติการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การทำบอลลูน การใส่ขดลวด

- () 1. ไม่มี
 () 2. มี ระบุ.....เมื่อ พ.ศ.....

12. ท่านออกกำลังกายหรือไม่

- () 1. ไม่ออกกำลังกาย
 () 2. ออกกำลังกายนานๆ ครั้ง
 () 3. ออกกำลังกายเป็นประจำ เท่ากับหรือมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์

13. ท่านเคยรู้เกี่ยวกับอาการเมื่อเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาก่อนหรือไม่ และจากใคร

- () 1. ไม่รู้
 () 2. รู้ โปรดระบุจากบุคคลหรือแหล่งข้อมูลต่อไปนี้(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| () แพทย์ | () พยาบาล |
| () เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | () สมาชิกในครอบครัว/เพื่อนบ้าน |
| () โทรทัศน์ | () วิทยุ |
| () หนังสือพิมพ์ | () วารสาร |
| () เอกสาร/แผ่นพับ | () ป้ายโฆษณา |
| () อินเทอร์เน็ต | () อื่นๆ ระบุ..... |

14. แหล่งประโยชน์หรือแหล่งช่วยเหลือ เมื่อท่านมีอาการเจ็บหน้าอก(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|-----------------------|------------------------------|
| () ศูนย์บริการสุขภาพ | () แพทย์/พยาบาล |
| () โรงพยาบาลของรัฐ | () เอกสารคู่มือการดูแลตนเอง |
| () โรงพยาบาลเอกชน | () เพื่อนบ้าน/ญาติ |
| () คลินิก | () อื่นๆ ระบุ..... |

15. ท่านมีอาการเจ็บอกหน้าเมื่อใด

() 1. เมื่อท่านออกแรงมากๆ เช่น ยกของหนัก ทำสวน หรือออกกำลังกายหนักๆ จะมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น

() 2. ขณะที่ท่านทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ทำงานบ้าน รดน้ำต้นไม้ ทำกับข้าว เป็นต้น จะมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น

() 3. เมื่อท่านทำกิจกรรมเบาๆ หรือเดินธรรมดาจะมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น

() 4. ท่านมีอาการแน่นหน้าอกเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น โดยไม่ทำกิจกรรมใดๆ

16. ท่านเคยใช้ยาอมใต้ลิ้นเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกหรือไม่

() 1. ไม่เคย

() 2. เคย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของท่าน ตามความรู้สึกนึกคิดของท่านว่าเป็นอย่างไร โดยเติมเครื่องหมาย (✓) ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้เลือก ดังนี้ คือ

ดีมาก/ดีมากกว่า	หมายถึง	มีความเห็นว่าสุขภาพตนเองดีมาก/ดีกว่าผู้อื่นมาก
ดี/ดีกว่า	หมายถึง	มีความเห็นว่าสุขภาพตนเองดีกว่า/ดีกว่าผู้อื่น
ปานกลาง/เท่ากัน	หมายถึง	มีความเห็นว่าสุขภาพของตนเองปานกลาง/เท่ากับผู้อื่น
ไม่ดี/แยกว่า	หมายถึง	มีความเห็นว่าสุขภาพของตนเองไม่ดี/แยกว่าคนอื่น

1. ท่านคิดว่าสุขภาพในปัจจุบันของท่านเป็นอย่างไร

- () 1. ดีมาก
- () 2. ดี
- () 3. ปานกลาง
- () 4. ไม่ดี

2. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

- () 1. ดีมากกว่า
- () 2. ดีกว่า
- () 3. เท่ากัน
- () 4. แยกว่า

3. เมื่อเปรียบเทียบสุขภาพของท่านกับสุขภาพของผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยกันเป็นอย่างไร

- () 1. ดีมากกว่า
- () 2. ดีกว่า
- () 3. เท่ากัน
- () 4. แยกว่า

2) แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทน

คำชี้แจง แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทน ซึ่งต้องการทราบความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับความเข้มแข็งอดทนในการเผชิญความเครียดของท่าน โดยให้แสดงเครื่องหมาย

(√) ลงหน้าข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ ซึ่งมีเกณฑ์การเลือกคำตอบ ดังนี้

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ข้อความดังกล่าวไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกเลย

เป็นจริงเล็กน้อย หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกเล็กน้อย

เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกปานกลาง

เป็นจริงมาก หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกมาก

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่เป็นจริงเลย	เป็นจริงเล็กน้อย	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงมาก	เป็นจริงมากที่สุด
1.ท่านคิดว่า อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น เป็นเรื่องที่ทำลายความสามารถของท่าน					
2.ท่านเชื่อว่า หากดูแลสุขภาพของตนเองดี จะไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นเลย					
3.ท่านเชื่อว่า การป้องกันอาการเจ็บหน้าอกเป็นเรื่องยุ่งยาก					
4.ท่านเชื่อว่า อาการเจ็บหน้าอกจะลดลงได้เร็วเพียงใดขึ้นอยู่กับโชคชะตา					
5.ท่านคิดว่า แม้ว่าท่านจะพยายามดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง แต่ก็ได้ผลเพียงเล็กน้อยเท่านั้น					
6.ท่านคิดว่า ท่านสามารถควบคุมอาการเจ็บหน้าอกของตนเองได้					
7. ท่านรู้สึกชื่นชมคนที่มีความพยายามในลดอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองได้					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่ เป็น จริง เลย	เป็น จริง เล็กน้อย	เป็น จริง ปาน กลาง	เป็น จริง มา ก	เป็น จริง มาก ที่สุด
8.ท่านคิดว่า การมีสุขภาพดีมีความสำคัญมากกว่าการเงิน ทอง					
9.ท่านคิดว่า ไม่ว่าจะทำอะไรก็ตาม ก็ยังคงมีอาการ เจ็บหน้าอกเหมือนเดิม					
10.ท่านคิดว่า การดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการเจ็บ หน้าอก เป็นเรื่องน่าเบื่อหน่าย					
11.ท่านเชื่อว่า.....					
12.ท่านคิดว่า.....					
13.ท่านคิดว่า.....					
14.ท่านเชื่อว่า.....					
15. ท่านเชื่อว่า.....					
16. ท่านคิดว่า.....					
17. ท่านเชื่อว่า.....					
18.ท่านเชื่อว่า					
19.ท่านเชื่อว่า					
20.ท่านคิดว่า . . .					
30.ท่านเชื่อว่า การแก้ไขปัญหาคือต้นเหตุของอาการเจ็บ หน้าอกจะทำให้สุขภาพท่านดีขึ้น					

3) แบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อ และพิจารณาแล้วว่ามีความคิดเห็นตรงกับข้อความใดมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ใช่ เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้น ผิด

ไม่ทราบ เมื่อท่านไม่ทราบว่าข้อความในคำถามนั้นถูกต้องหรือไม่

ข้อความ	การประเมิน		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1.อาการเจ็บหน้าอกเกิดจากภาวะหัวใจขาดเลือด			
2.การสูบบุหรี่ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้			
3.การรับประทานอาหารมากเกินไปทำให้อาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น			
4.ความเครียดเป็นสาเหตุที่ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอกมากขึ้น			
5.อาการเจ็บหน้าอกเล็กน้อยไม่สามารถทำให้เสียชีวิตได้			
6.อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นขณะพัก ไม่ใช่อาการเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจ			
22.ยาอมใต้ลิ้นเปลี่ยนสี ยังสามารถนำมาใช้ได้			
23.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องรับการรักษาย่างสม่ำเสมอ			
24.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะต้องเลิกสูบบุหรี่			
25.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะต้องงดดื่มสุราเพื่อป้องกันอาการเจ็บหน้าอก			
26.การผ่อนคลายความเครียดทำให้ลดอาการเจ็บหน้าอกได้			
27.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรวิ่งออกกำลังกายหรือแอโรบิกอย่างหักโหมเพื่อให้หัวใจแข็งแรง			
.			
.			
.			
30.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรรับประทานผักเป็นประจำเพื่อป้องกันอาการเจ็บหน้าอก			

4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบถึงการรับรู้ของท่าน เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อ และพิจารณาแล้วว่ามีความคิดเห็นตรงกับข้อความใดมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ข้อความดังกล่าวไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกเลย
- เป็นจริงเล็กน้อย หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกเล็กน้อย
- เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกปานกลาง
- เป็นจริงมาก หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกมาก
- เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นจริงเลย
1. สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนของท่านมีส่วนทำให้ท่านสามารถดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองได้เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอก					
2. ถ้าท่านรู้สึกหมดกำลังใจในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ท่านจะสามารถพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนได้					
3. ท่านมีคนใกล้ชิดที่สนิท เป็นผู้สนับสนุนท่านในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง					
4. หากท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ท่านจะได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เป็น จริง มาก ที่สุด	เป็น จริง มาก	เป็น จริง ปาน กลาง	เป็น จริง เล็กน้อย	ไม่ เป็น จริง เลย
5. ท่านไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลการเจ็บ หน้าอกด้วยตนเองจากจากแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแลท่าน เลย					
12. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินเพียงพอสำหรับการ ดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของท่าน เมื่อท่านมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าตัวอักษร ก, ข, ค หรือ ง ที่ท่านเห็นว่ามีความถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ขณะที่ท่านทำกิจกรรมมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น ท่านคิดเกิดจากสาเหตุใดมากที่สุด
 - () ก. กล้ามเนื้ออักเสบ
 - () ข. ภาวะหัวใจขาดเลือด
 - () ค. โรคกระเพาะอาหาร
 - () ง. มาจากสาเหตุอื่นๆ นอกจากที่กล่าวมา
2. ท่านมีวิธีการเตรียมตัวอย่างไร สำหรับการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง
 - () ก. พกยามาได้ตลอดเวลา หรือวางไว้ที่หยิบใช้ได้สะดวก
 - () ข. หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมทุกอย่างที่ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก
 - () ค. ทำกิจกรรมทุกอย่างตามปกติ
 - () ง. อมยาใต้ลิ้นก่อนทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก
3. ท่านจะใช้มยาใต้ลิ้นเมื่อใด
 - () ก. ขณะเริ่มมีอาการเจ็บหน้าอก
 - () ข. ก่อนทำกิจกรรมหนักๆ
 - () ค. ทุกครั้งที่มีอาการเหนื่อยเพลีย หรือใจสั่น
 - () ง. ท่านใช้เมื่อมีอาการอื่นนอกจากที่กล่าวมา
4. ขณะที่ท่านทำกิจกรรมอยู่ หากมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น สิ่งแรกที่ท่านปฏิบัติคือข้อใด
 - () ก. ทำงานบ้านต่อ หากมีอาการเจ็บหน้าอกเพียงเล็กน้อย
 - () ข. หยุดทำงานบ้าน นั่งพักทันที
 - () ค. นวดหรือทุบบริเวณที่เจ็บหน้าอก
 - () ง. ท่านปฏิบัติอย่างอื่นนอกจากที่กล่าวมา

11. เมื่อท่านตัดสินใจไปโรงพยาบาล เมื่ออาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้น ท่านเตรียมตัวอย่างไร

- () ก. อมยาใต้ลิ้นเม็ดที่ 3 ขณะเตรียมตัวไปโรงพยาบาล
- () ข. นวดหรือทุบที่บริเวณหน้าอก
- () ค. หายใจเข้า-ออก ลึกๆ ช้าๆ ทำจิตใจให้สงบ
- () ง. ท่านปฏิบัติอย่างอื่นนอกจากที่กล่าวมา

12. สิ่งใด ที่ท่านควรสังเกตเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น

- () ก. ความถี่และความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก
- () ข. ระยะเวลาในการเกิดอาการเจ็บหน้าอก
- () ค. จำนวนเม็ดยามาใต้ลิ้นที่ใช้
- () ง. ถูกทุกข้อ

13. หากท่านมีอาการเจ็บหน้าอกบ่อยมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน ท่านปฏิบัติตัวอย่างไร

- () ก. รอจนกว่าจะถึงวันตรวจตามนัด
- () ข. อมยาใต้ลิ้นทุกครั้งที่มีอาการเจ็บหน้าอก
- () ค. มาพบแพทย์ก่อนวันตรวจตามนัด เพื่อปรึกษาแพทย์หาสาเหตุ
- () ง. รอจนกว่าจะทนอาการเจ็บหน้าอกไม่ได้ จึงมาโรงพยาบาล

14. เมื่อมีอาการผิดปกติอย่างไร ที่ท่านต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด

- () ก. รู้สึกเจ็บหน้าอกทุกครั้งทำงานหนักๆ
- () ข. มีอาการเจ็บหน้าอกถี่ รุนแรงมากขึ้น ใช้อมยาใต้ลิ้นแล้วอาการไม่ดีขึ้น
- () ค. รู้สึกแน่นใต้ลิ้นปี่ราวไปที่หน้าอก เมื่อรับประทานอาหารปริมาณมาก
- () ง. ท่านปฏิบัติอย่างอื่น นอกจากที่กล่าวมา

15. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นขณะที่ท่านไม่มียามาใต้ลิ้น ท่านปฏิบัติตัวอย่างไร

- () ก. นอนพักจนกว่าอาการเจ็บหน้าอกจะดีขึ้น
- () ข. นั่งพักประมาณ 5 นาทีแล้วอาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้น รีบไปโรงพยาบาล
- () ค. รอปรึกษาญาติ
- () ง. ท่านปฏิบัติอย่างอื่นนอกจากที่กล่าวมา

ภาคผนวก ง
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

	Mean	Std. Deviation	N
health status	2.5000	.93772	30
health status	2.6000	.93218	30
health statua	2.8000	1.03057	30

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
health status	5.4000	3.007	.530	.716
health status	5.3000	2.700	.666	.562
health statua	5.1000	2.714	.540	.712

Cronbach's Alpha	N of Items
.749	3

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
7.9000	5.610	2.36862	3

การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเข้มแข็งอดทน

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.716	.819	31

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Hardiness	2.9333	1.14269	30
Hardiness	3.4333	1.16511	30
Hardiness	2.9333	1.17248	30
Hardiness	3.6000	1.03724	30
Hardiness	3.3667	1.03335	30
Hardiness	2.8333	1.34121	30
Hardiness	3.5000	1.07479	30
Hardiness	3.9000	1.26899	30
Hardiness	3.5000	1.16708	30
Hardiness	3.7333	1.33735	30
Hardiness	3.8000	1.06350	30
Hardiness	3.3000	1.05536	30
Hardiness	2.9667	1.18855	30
Hardiness	3.3333	1.15470	30
Hardiness	2.7333	1.43679	30
Hardiness	3.5000	1.27982	30
Hardiness	4.1000	1.02889	30
Hardiness	3.4333	1.35655	30
Hardiness	3.1333	1.54771	30

Hardiness	3.8000	1.90100	30
Hardiness	2.4333	1.43078	30
Hardiness	3.8667	1.19578	30
Hardiness	3.4667	.89955	30
Hardiness	4.0000	.90972	30
Hardiness	4.1333	.81931	30
Hardiness	3.2000	1.21485	30
Hardiness	3.3667	1.03335	30
Hardiness	2.9000	1.24152	30
Hardiness	2.8333	1.11675	30
Hardiness	3.7333	1.17248	30
Hardiness	3.8667	5.45030	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Hardiness	102.7000	225.941	.378	.703
Hardiness	102.2000	230.097	.249	.709
Hardiness	102.7000	238.424	.012	.721
Hardiness	102.0333	228.378	.344	.706
Hardiness	102.2667	226.064	.422	.702
Hardiness	102.8000	223.890	.363	.702
Hardiness	102.1333	228.533	.325	.706
Hardiness	101.7333	229.168	.246	.709
Hardiness	102.1333	223.430	.443	.700
Hardiness	101.9000	224.369	.352	.703

Hardiness	101.8333	226.213	.403	.703
Hardiness	102.3333	234.506	.143	.714
Hardiness	102.6667	239.471	-.017	.722
Hardiness	102.3000	225.528	.386	.703
Hardiness	102.9000	222.645	.362	.702
Hardiness	102.1333	237.637	.024	.721
Hardiness	101.5333	223.982	.494	.699
Hardiness	102.2000	219.959	.458	.697
Hardiness	102.5000	220.879	.369	.701
Hardiness	101.8333	221.178	.273	.707
Hardiness	103.2000	236.993	.027	.722
Hardiness	101.7667	242.047	-.087	.726
Hardiness	102.1667	234.282	.187	.713
Hardiness	101.6333	227.206	.445	.703
Hardiness	101.5000	230.466	.366	.707
Hardiness	102.4333	219.633	.531	.694
Hardiness	102.2667	223.237	.516	.698
Hardiness	102.7333	218.685	.545	.693
Hardiness	102.8000	227.959	.327	.706
Hardiness	101.9000	224.783	.401	.702
Hardiness	101.7667	205.082	.035	.813

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
101.7667	205.082	14.32067	30

การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

$$\text{จากสูตร } r_{tt} = \frac{k}{k-1} \left\{ 1 - \frac{(\sum pq)}{s^2} \right\}$$

เมื่อ r_{tt} คือ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

K คือ จำนวนข้อสอบทั้งหมด

p คือ สัดส่วนของผู้ตอบถูกในข้อหนึ่งๆ

q คือ สัดส่วนของผู้ตอบผิดในข้อหนึ่งๆ เท่ากับ 1 - p

s^2 คือ คะแนนความแปรปรวนของคะแนนรวม

$$\text{จากสูตร } s^2 = \frac{n\sum x^2 - (\sum x)^2}{N^2}$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } s^2 &= \frac{(30 \times 13,254) - (620)^2}{30^2} \\ &= \frac{397,620 - 384,400}{900} \\ &= \frac{13,220}{900} \\ &= 14.68 \end{aligned}$$

แทนค่าในสูตร KR - 20

$$\begin{aligned} r_{tt} &= \frac{k}{k-1} \left\{ 1 - \frac{(\sum pq)}{s^2} \right\} \\ &= \frac{30}{30-1} \left\{ 1 - \frac{4.735}{14.68} \right\} \\ &= \frac{30}{29} \{ 1 - 0.322 \} \\ &= 1.03 \{ 1 - 0.677 \} \\ &= 1.03 \times 0.677 \\ &= 0.7 \end{aligned}$$

แบบทดสอบนี้ฉบับนี้มีค่าความเชื่อมั่น = 0.7 #

การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามสนับสนุนทางสังคม

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on				
	Standardized Items	N of Items			
.771	.795	9			
Item Statistics					
	Mean	Std. Deviation	N		
Social support	4.0667	.90719	30		
Social support	4.0333	.80872	30		
Social support	4.0333	.76489	30		
Social support	4.1000	.88474	30		
Social support	4.2333	.85836	30		
Social support	4.1000	.80301	30		
Social support	4.1667	.74664	30		
Social support	3.6667	1.32179	30		
Social support	4.2000	.71438	30		
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Social support	32.5333	17.154	.587	.767	.729
Social support	32.5667	17.633	.603	.794	.729
Social support	32.5667	17.357	.697	.767	.718
Social support	32.5000	16.190	.760	.820	.701
Social support	32.3667	19.275	.315	.205	.769
Social support	32.5000	18.397	.486	.511	.745

Social support	32.4333	20.116	.256	.453	.774
Social support	32.9333	18.409	.197	.204	.814
Social support	32.4000	19.214	.425	.465	.754

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
36.6000	22.386	4.73141	9

การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

$$\text{จากสูตร } r_{tt} = \frac{k}{k-1} \left\{ 1 - \frac{(\sum pq)}{s^2} \right\}$$

เมื่อ r_{tt} คือ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

K คือ จำนวนข้อสอบทั้งหมด

p คือ สัดส่วนของผู้ตอบถูกในข้อหนึ่งๆ

q คือ สัดส่วนของผู้ตอบผิดในข้อหนึ่งๆ เท่ากับ $1 - p$

s^2 คือ คะแนนความแปรปรวนของคะแนนรวม

$$\text{จากสูตร } s^2 = \frac{n\sum x^2 - (\sum x)^2}{N^2}$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } s^2 &= \frac{(30 \times 3914) - (324)^2}{30^2} \\ &= \frac{117,420 - 104,976}{900} \\ &= \frac{12,444}{900} \\ &= 13.82 \end{aligned}$$

แทนค่าในสูตร KR - 20

$$\begin{aligned} r_{tt} &= \frac{k}{k-1} \left\{ 1 - \frac{(\sum pq)}{s^2} \right\} \\ &= \frac{30}{30-1} \left\{ 1 - \frac{2.76}{13.82} \right\} \\ &= \frac{30}{29} \{ 1 - 0.199 \} \\ &= 1.03 \{ 1 - 0.199 \} \\ &= 1.03 \times 0.80 \\ &= 0.824 \end{aligned}$$

แบบทดสอบนี้ฉบับนี้มีค่าความเชื่อมั่น = 0.824 #

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกรายข้อ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	Mean	SD
การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน	2.38	.84
การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต	2.14	.95
การรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น	2.7	.92
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยเฉลี่ยรวม	7.5	2.22

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเข้มแข็งอดทนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกรายด้านและรายข้อ

ข้อที่	ความเข้มแข็งอดทน	Mean	SD
ด้านความมุ่งมั่น			
5.	ท่านคิดว่า ท่านพยายามดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง แต่ก็ได้ผลเพียงดี	3.65	1.1
7.	ท่านรู้สึกชื่นชมคนที่มีความพยายามในลดอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองได้	4.01	.87
22.	ท่านคิดว่า มีความจำเป็นที่ต้องดูแลอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น เพราะผลที่เกิดขึ้น มีความแตกต่างจากเดิม	4.22	1.03
26.	ท่านเชื่อว่าท่านจะดูแลตัวเองเพื่อป้องกันอาการเจ็บหน้าอกได้	3.69	.97
28.	ท่านเชื่อว่า ท่านสามารถนำสิ่งที่อ่านจากเอกสารต่างๆ มาใช้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองได้	3.45	1.23
รวมความเข้มแข็งอดทนด้านความมุ่งมั่น		19.02	3.20
ด้านความมีอำนาจควบคุม			
2.	ท่านเชื่อว่า หากดูแลสุขภาพของตนเองดี จะไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นเลย	3.91	1.06
4.	ท่านเชื่อว่า อาการเจ็บหน้าอกจะลดลงได้เร็วเพียงใดไม่ขึ้นอยู่กับโชคชะตา	3.39	1.32
6.	ท่านคิดว่า ท่านสามารถควบคุมอาการเจ็บหน้าอกของตนเองได้	3.28	1.29
9.	ท่านคิดว่า การดูแลตนเอง ทำให้ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก	3.70	1.12
11.	ท่านเชื่อว่า สิ่งที่มีผลต่อการเกิดอาการเจ็บหน้าอกคือ การปฏิบัติตัวของท่าน	3.96	.93
15.	ท่านเชื่อว่า การลดอาการเจ็บหน้าอกเป็นสิ่งที่ท่านสามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า	3.87	.99
17.	ท่านเชื่อว่า หากท่านดูแลสุขภาพของตนเองดี จะไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น	2.46	1.43

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเข้มแข็งของตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกรายด้านและรายข้อ (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	Mean	SD
19.	ท่านเชื่อว่า อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น ไม่ใช่เรื่องที่ โศกเศร้ากำหนด	3.11	1.6
21.	ท่านเชื่อว่า อาการเจ็บหน้าอกเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยง	2.74	1.44
24.	ท่านเชื่อว่า หากท่านดูแลอาการเจ็บหน้าอกได้ถูกต้อง ท่านจะมีสุขภาพดี	4.11	.77
29.	ท่านเชื่อว่า ท่านสามารถป้องกันการเกิดอาการเจ็บ หน้าอกของตนเองได้	3.52	1.06
	รวมด้านความมีอำนาจควบคุม	42.06	7.01
	ด้านความรู้สึกรู้สึกทำทนาย		
1.	ท่านคิดว่า อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น เป็นเรื่องที่ ทำทนายความสามารถของท่าน	2.99	1.16
3.	ท่านเชื่อว่า การป้องกันการเกิดอาการเจ็บหน้าอกเป็น เรื่องไม่ยุ่งยาก	3.42	1.39
8.	ท่านคิดว่า การมีสุขภาพดีมีความสำคัญมากกว่าความ เงินทอง	4.35	.97
10.	ท่านคิดว่า การดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการเจ็บ หน้าอก เป็นเรื่องไม่น่าเบื่อหน่าย	3.58	1.42
12.	ท่านคิดว่า เป็นเรื่องน่าสนใจ เมื่อมีความรู้และวิธีการ ใหม่ๆ ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง	3.84	1.10
13.	ท่านคิดว่า คนที่มีส่วนร่วมในส่งเสริมความสามารถ การดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองเป็นคนที่ น่าสนใจ	3.88	.83
6.	ท่านคิดว่า การเปลี่ยนแปลงความรู้และวิธีการใหม่ๆ ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง มีผลต่อท่าน	3.82	1.05
18.	ท่านเชื่อว่า การเรียนรู้วิธีการดูแลอาการเจ็บหน้าอก ด้วยตนเองช่วยสุขภาพดีขึ้น	3.98	1.06

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเข้มแข็งของตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกรายด้านและรายข้อ (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	Mean	SD
20.	ท่านสนใจค้นหาความรู้และวิธีการใหม่ๆ ในการดูแล อาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง	3.33	1.09
23.	ท่านคิดว่า เป็นเรื่องที่ทำหายในการส่งเสริม ความสามารถการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง	4.28	.76
25.	ท่านรู้สึกดีใจ ถ้าสามารถดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วย ตัวเองจนอาการดีขึ้น	3.85	.98
27.	ท่านคิดว่า อาการเจ็บหน้าอกเป็นเรื่องทำหาย ทำให้ ท่านสนใจดูแลสุขภาพมากขึ้น	3.92	.94
30.	ท่านเชื่อว่า การแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุของอาการเจ็บ หน้าอกจะทำให้สุขภาพท่านดีขึ้น	3.54	.87
รวมด้านความรู้สึกรู้สึกทำหาย		49.28	6.5
ทั้งหมดรวมความเข้มแข็งของตน		110.3	.69

ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกรายด้าน

ข้อที่	ด้านความสามารถความสามารถในการดูแลอาการ	Mean	SD	ระดับ
เจ็บหน้าอกด้วยตนเอง				
1.	ด้านการคาดการณ์	4.28	.89	สูง
2.	ด้านการปรับเปลี่ยน	3.67	1.19	สูง
3.	ด้านการลงมือปฏิบัติ	3.6	1.5	สูง
ระดับความรู้โดยรวม		11.55	3.17	สูง

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ร้อยละของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

ข้อความ	การประเมิน			
	ถูก	ร้อยละ	ผิด	ร้อยละ
1. อาการเจ็บหน้าอกเกิดจากภาวะหัวใจขาดเลือด	83	75.5	27	24.5
2. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้	90	81.8	20	18.2
3. การรับประทานอาหารมากเกินไปทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น	61	55.5	49	44.5
4. ความเครียดเป็นสาเหตุที่ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอกมากขึ้น	86	78.2	24	21.8
5. อาการเจ็บหน้าอกเล็กน้อยไม่สามารถทำให้เสียชีวิตได้	51	46.4	59	53.6
6. อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นขณะพัก ไม่ใช่อาการเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	63	57.3	47	42.7
7. อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดจากหัวใจ จะต้องมีอาการอื่นร่วมด้วยเท่านั้น เช่น ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น หายใจไม่อิ่ม เป็นต้น	24	21.8	86	78.2
8. อาการเจ็บหน้าอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จะมีตำแหน่งที่บริเวณหน้าอกด้านซ้ายเท่านั้น	19	17.3	91	82.7
9. อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องอมยาได้ลิ้น	47	42.7	63	57.3
10. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องพักยามไต้ล้นติดตัวไว้ตลอดเวลา หรือวางไว้ที่หยิบใช้ได้สะดวก	75	68.2	35	31.8
11. ขณะทำกิจกรรม หากมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย สามารถทำกิจกรรมต่อไปได้	88	80.0	22	20.0
12. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น จะต้องหยุดนั่งพักทันที	104	94.5	6	5.5
13. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น หลังจากนั่งพัก ประมาณ 3-5 นาทีแล้วอาการไม่ดีขึ้น จะต้องรีบอมยาไต้ล้นทันที	83	75.5	27	24.5
14. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น หลังอมยาไต้ล้น 1 เม็ด ประมาณ 5 นาที แล้วอาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้น จะต้องอมยาไต้ล้นเม็ดที่ 2 ทันที	70	63.6	40	36.4
15. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นหลังจากอมยาไต้ล้นเม็ดที่ 2 แล้ว อาการไม่ดีขึ้น จะต้องอมยาไต้ล้นเพิ่มอีก 2 เม็ดทันที	76	69.1	34	30.9
16. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น หลังอมยาไต้ล้น 2 เม็ด แล้วอาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้น จะต้องรีบประทานยาลดปวดทันที	74	67.3	36	32.7

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ร้อยละของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง (ต่อ)

ข้อความ	การประเมิน			
	ถูก	ร้อยละ	ผิด	ร้อยละ
17. เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น หลังอมยาใต้ลิ้นครบเม็ดที่ 2 แล้วไม่ดีขึ้นต้องรีบไปโรงพยาบาลทันที	82	74.5	28	25.5
18. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น ขณะอมยาใต้ลิ้น จะต้องนั่งหรือนอนพักเพื่อป้องกันอาการเป็นลมจากความดันโลหิตต่ำ	87	79.1	23	20.9
19. เมื่ออาการเจ็บหน้าอกดีขึ้น หลังจากอมยาใต้ลิ้น จะต้องนั่งพักหรือนอนพักประมาณ 10-15 นาที	93	84.5	17	15.5
20. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น ไม่มียาอมใต้ลิ้น หลังจากนั่งพัก 5 นาทีแล้วอาการไม่ดีขึ้น ต้องรีบไปโรงพยาบาลทันที	82	74.5	28	25.5
21. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะต้องรับประทานยาโรคหลอดเลือดหัวใจเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกถี่ขึ้นเท่านั้น	80	72.7	30	27.3
22. ยาอมใต้ลิ้นเปลี่ยนสี ยังสามารถนำมาใช้ได้	100	100	0	0
23. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องรับการรักษาย่างสม่ำเสมอ	108	98.2	2	1.8
24. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะต้องเลิกสูบบุหรี่	107	97.3	3	2.7
25. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะต้องงดดื่มสุราเพื่อป้องกันอาการเจ็บหน้าอก	104	94.5	6	5.5
26. การผ่อนคลายความเครียดทำให้ลดอาการเจ็บหน้าอกได้	105	95.5	5	4.5
27. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรวิ่งออกกำลังกายหรือแอโรบิกอย่างหักโหมเพื่อให้หัวใจแข็งแรง	102	92.7	8	7.3
28. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรควบคุมน้ำหนักเป็นประจำ				
29. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะต้องหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอก	99	90.0	11	10.0
30. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรรับประทานผักเป็นประจำเพื่อป้องกันอาการเจ็บหน้าอก	103	93.6	7	6.4

ตารางที่ 15 แสดงจำนวน ร้อยละ และระดับความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (n = 110)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
สูง	70	63.6
ปานกลาง	18	16.4
ต่ำ	22	20.0
ระดับความรู้โดยรวมระดับปานกลาง ($\bar{X} = 73.73$, $SD = 15.4$)		

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกรายข้อ

ข้อที่	ข้อความคำถาม	Mean	SD.
1.	สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนของท่านมีส่วนทำให้ท่านสามารถดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองได้เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้า	4.03	.91
2.	ถ้าท่านรู้สึกหมดกำลังใจในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ท่านจะสามารถพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนได้	3.97	.77
3.	ท่านมีคนที่ใกล้ชิดที่สนิท เป็นผู้สนับสนุนท่านในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง	4.63	.85
4.	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง จากจากแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแลท่านเลย	3.90	.93
5.	หากท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ท่านจะได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน	3.85	1.1
6.	การมาตรวจตามนัดทำให้ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองได้ดียิ่งขึ้น	3.95	.84
7.	หากท่านไม่แน่ใจเกี่ยวกับการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ท่านจะไปปรึกษาแพทย์ที่ดูแลท่านเพื่อขอคำแนะนำได้	3.70	1.10
8.	ท่านมีโอกาสดูแลเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยกัน	2.65	1.40
9.	ท่านได้รับความช่วยเหลือในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากเพื่อนหรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อท่านต้องการ	2.27	1.29
10.	สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนของท่านใส่ใจในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกของท่าน	3.89	1.18

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจ จำแนกรายข้อ (ต่อ)

ข้อที่	ข้อคำถาม	Mean	SD
11.	แพทย์และพยาบาลใส่ใจการดูแลอาการเจ็บหน้าอกของท่าน	4.26	.92
12.	ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินเพียงพอสำหรับการดูแล อาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง	3.55	1.22
รวมการสนับสนุนทางสังคม		3.9	.58

ตารางที่ 17 แสดงค่าเฉลี่ย ร้อยละของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

ข้อความ	การประเมิน			
	ถูก	ร้อยละ	ผิด	ร้อยละ
1. ขณะที่ท่านทำกิจกรรมมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น ท่านคิดเกิดจากสาเหตุใดมากที่สุด	103	93.6	7	6.4
2. ท่านมีวิธีการเตรียมตัวอย่างไร สำหรับการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง	80	72.7	30	27.3
3. ท่านจะใช้มยาใต้ลิ้นเมื่อใด	92	83.6	18	16.4
4. ขณะที่ท่านทำกิจกรรมอยู่ หากมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น สิ่งแรกที่ท่านปฏิบัติคือข้อใด	100	90.0	10	9.1
5. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น หลังจากนั่งพักแล้ว อาการเจ็บหน้าอกของท่านยังไม่ดีขึ้น ท่านปฏิบัติตัวอย่างไร	82	74.5	28	25.5
6. ขณะที่ท่านใช้มยาอมใต้ลิ้นเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น ท่านปฏิบัติตัวอย่างไร	84	76.4	26	23.6
7. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น หากท่านใช้ยาอมใต้ลิ้น 1 เม็ด แล้วอาการเจ็บหน้าอกดีขึ้น ท่านปฏิบัติตัวอย่างไรต่อไป	67	60.9	43	39.1
8. ท่านมีวิธีการใช้ยาอมใต้ลิ้นอย่างไร	101	91.8	9	8.2
9. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น หากท่านใช้มยาใต้ลิ้น 1 เม็ดแล้ว ยังมีอาการเจ็บหน้าอกอยู่ ท่านปฏิบัติตัวอย่างไร	66	60.0	44	40.0
10. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น ท่านใช้มยาใต้ลิ้น 2 เม็ดแล้ว อาการเจ็บหน้าอกยังไม่ดีขึ้น ท่านปฏิบัติตัวอย่างไร	69	62.7	41	37
11. เมื่อท่านตัดสินใจไปโรงพยาบาล เมื่ออาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้น ท่านเตรียมตัวอย่างไร	46	41.8	64	58.2
12. สิ่งใด ที่ท่านควรสังเกตเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น	80	72.7	30	27.3
13. หากท่านมีอาการเจ็บหน้าอกบ่อยมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน ท่านปฏิบัติตัวอย่างไร	95	86.4	15	13.6
14. เมื่อมีอาการผิดปกติอย่างไร ที่ท่านต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด	107	97.3	3	2.7
15. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นขณะที่ท่านไม่มียาอมใต้ลิ้น ท่านปฏิบัติตัวอย่างไร	99	90.0	11	10.0

ตารางที่ 18 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกรายด้าน

ด้านความสามารถความสามารถในการดูแลอาการ เจ็บหน้าอกด้วยตนเอง	Mean	SD.	ระดับ
ด้านการคาดการณ์	4.28	.89	สูง
ด้านการปรับเปลี่ยน	3.67	1.19	สูง
ด้านการลงมือปฏิบัติ	3.6	1.5	สูง
ระดับความสามารถโดยรวม	11.55	3.17	สูง

จากตารางที่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ด้านการคาดการณ์ การปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.28, 3.67 และ 3.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 19 แสดงจำนวน ร้อยละ และระดับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=110)

ระดับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
สูง	51	46.6
ปานกลาง	36	32.7
ต่ำ	23	20.9
ระดับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองโดยรวม $\bar{X} = 77.07$, $SD = 3.17$		

ตารางที่ 20 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 110)

ตัวแปรต้น	\bar{X}	SD	Min	Max	การแปลผล (ระดับ)
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	2.5	.74	1.0	4.0	ปานกลาง
ความเข้มแข็งอดทน	3.94	.69	2.0	5.0	ปานกลาง
ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง	73.57	15.4	30.0	96.67	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	3.94	.59	2.00	5.00	ปานกลาง
ความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	77.07	3.17	20.0	100.0	ปานกลาง

ตารางที่ 21 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง (n=110)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ความสามารถในการดูแลการเจ็บ หน้าอกด้วยตนเอง	P-value	การแปลผล
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.035	.622	ปานกลาง
ความเข้มแข็งอดทน	.20*	.035	ต่ำ
ความรู้ในการดูแลการเจ็บ หน้าอกด้วยตนเอง	.746**	.000	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	.253**	.009	ต่ำ

จากตารางที่ 18 พบว่า ความรู้ในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองที่ระดับ .01 ($r = .746$) การสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองที่ระดับ .05 ($r = .277$ และ $.20$ ตามลำดับ) และการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง

ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis)

ตัวแปร	R	R ²	Adj. R ²	R ² Change	F Change	SE _{est}	p-value
ความรู้ในการดูแล อาการเจ็บหน้าอก	.746	.556	.552	.556	135.151	2.12	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.746	.556	.548	.556	67.023	2.13	.000
ความเข้มแข็งอดทน	.747	.558	.546	.558	44.664	2.14	.000
ภาวะสุขภาพ	.749	.559	.542	.559	33.231	2.15	.000

ตารางที่ 23 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis)

ตัวแปร	B	β	t	p-value	Tolerance	VIF
(constant)	1.335		.723	.471		
ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง	.523	.761	10.601	.000	.816	1.225
การสนับสนุนทางสังคม	.002	.004	.048	.962	.754	1.326
ความเข้มแข็งอดทน	-.011	-.050	-.684	.495	.785	1.274
รับรู้ภาวะสุขภาพ	-.028	-.020	-.295	.768	.933	1.072
Overall F= 33.231 (P = .000), R= .749 , R ² = .559, Adjusted R ² = .542						

จากตารางผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น พบว่า

ลำดับขั้นที่ 1 ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับความความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .556 (R² =.556)

ลำดับขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มปัจจัยทำนาย การสนับสนุนทางสังคม เข้าไปในสมการทำนายค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่าเดิมเท่ากับ .556 (R² =.556)

ลำดับขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มปัจจัยทำนาย ความเข้มแข็งอดทนเข้ามาในสมการทำนายค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .560 (R² =.560)

ลำดับขั้นที่ 4 เมื่อเพิ่มปัจจัยทำนาย การรับรู้ภาวะสุขภาพเข้ามาในสมการทำนายค่าสัมประสิทธิ์การทำนายลดลงเป็น .558 (R² =.558)

แสดงว่า ตัวแปรทำนายทั้งหมด ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองได้ร้อยละ 55.8 (R² =.558)

ตารางที่ 24 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ(b) และคะแนนมาตรฐาน (β) และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้จากการคัดเลือดตัวแปรแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis)

		Coefficients ^a						
Model		Unstandardized		Standardized	t	Sig.	Collinearity	
		Coefficients		Coefficients			Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	.245	.994		.247	.806		
	sumknow	.512	.044	.746	11.625	.000	1.000	1.000
2	(Constant)	-.047	1.404		-.033	.974		
	sumknow	.508	.047	.738	10.754	.000	.879	1.137
	sumscs	.009	.030	.020	.295	.768	.879	1.137
3	(Constant)	.881	1.747		.504	.615		
	sumknow	.518	.049	.753	10.649	.000	.830	1.205
	sumhard	-.014	.015	-.064	-.892	.374	.819	1.222
	sumscs	.017	.032	.038	.534	.594	.810	1.235
4	(Constant)	1.023	1.808		.566	.573		
	sumknow	.516	.049	.751	10.536	.000	.824	1.225
	sumhard	-.013	.016	-.060	-.824	.412	.797	1.274
	sumscs	.018	.032	.040	.552	.582	.807	1.326
	sumhlth	-.028	.096	-.020	-.295	.768	.933	1.072

จากตารางที่ 7 เมื่อพิจารณาค่า Tolerance ซึ่งเป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน Tolerance มีค่า 0-1 ค่ายิ่งใกล้ 0 แสดงว่าตัวแปรทำนาย(ตัวแปรอิสระ) มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ โดยปกติค่า Tolerance ที่ต่ำกว่า 0.10 แสดงว่าตัวแปรอิสระมี

ความสัมพันธ์กันสูง หรือมีลักษณะเป็น multicollinearity และพิจารณาค่า VIF (Variance Inflation Factor) ซึ่งเป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน และเมื่อพิจารณาค่า VIF โดยค่าที่เหมาะสมไม่ควรเกิน 4 หรือ 5 ยิ่งมีค่ามาก (มากกว่า 10) แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์สูง หรือมีลักษณะเป็น multicollinearity (อวยพร เรื่องตระกูล,2553) จากตารางพบว่าค่า Tolerance ที่มีค่ามากที่สุด .933 และค่า VIF ค่ามากที่สุด คือ 1.255 ซึ่งไม่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด แสดงว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (ไม่เกิด Multicollinearity) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น

จากตารางที่ 6 อธิบายการวิเคราะห์การทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตัวแปรเชิงพหุ 4 ตัวแปร เป็นตัวทำนายระหว่างกัน ผลปรากฏว่า

5) Overall F มีค่า 33.231 ($p=.000$) หมายถึง ตัวแปรทั้ง 4 ตัวรวมทำนายหรือมีความสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองได้ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

6) $R^2 = .559$ หมายถึง ประสิทธิภาพในการอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง เท่ากับร้อยละ 55.9

7) พิจารณาค่า β พบว่า ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองมีสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งอดทนและการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีสัมประสิทธิ์การทำนายไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

8) พิจารณาค่า β พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและความเข้มแข็งอดทน มีค่าน้อย ($\beta = -.02$ และ $-.050$ ตามลำดับ) และไม่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการทำนาย แต่มีได้หมายความว่า ไม่มีประสิทธิภาพในการทำนาย เพียงแต่ระดับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกไม่เพิ่มขึ้น เมื่อรวมทำนายกับตัวแปรอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นลักษณะของ Multiple regression หรืออาจเนื่องจากตัวแปรทำนายทั้ง 2 ตัว มีอิทธิพลทางอ้อมส่งผลผ่านตัวแปรอื่น

เมื่อพิจารณาค่า Significance ของสถิติทดสอบ F ของแต่ละ Model ในตารางที่ 19 (ดั่งภาคผนวก หน้า 195) พบว่ามีค่าน้อยกว่า .01 ทุก Model ซึ่งหมายความว่า ตัวแปรทำนายแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองในรูปเชิงเส้น จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัวแปรสามารถรวมทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ และพบว่าตัวแปรที่มีน้ำหนักมากที่สุด คือ ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ($\beta = .761$) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .004$) ความเข้มแข็งอดทน ($\beta = -.05$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = -.02$) โดยตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัวแปร ได้แก่

ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งอดทน และการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 55.9 ($R^2 = .559$) โดยความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองสามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งอดทน และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมทำนายได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$\hat{Z}_{\text{ความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง}} = .761 Z_{\text{ความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง}} + .004 Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} - .02 Z_{\text{การรับรู้ภาวะสุขภาพ}} - .05 Z_{\text{ความเข้มแข็งอดทน}}$$

จากสมการคะแนนมาตรฐาน พบว่า คะแนนด้านความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเอง ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกเพิ่มขึ้น .761 หน่วย คะแนนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกเพิ่มขึ้น 0.04 หน่วย คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะทำให้คะแนนมาตรฐานความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองลดลง .02 หน่วย และคะแนนความเข้มแข็งอดทนที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย ทำให้คะแนนมาตรฐานความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองลดลง .05 หน่วย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเกษรา โคตรภักดี เกิดเมื่อวันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2528 ที่ ต.บ้านเดื่อ อ.ท่าบ่อ จ.หนองคาย สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2551 ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยอายุกรรม และคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2556 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างนางขาว ตำบลสร้างนางขาว อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย