



26 ส.ค. 2535

การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และ

ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

THE STUDY OF HEALTH PERCEPTION, SELF-CARE BEHAVIOR

AND HEALTH STATE OF THE POST CARDIAC VALVULAR REPLACEMENT PATIENTS

จิรประภา ภาวีไล

อธิกนันทนาการ

จาก

จิรประภา ภาวีไล 22/8/2535

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2535

ISBN 974-587-403-5

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University

23433

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ

ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

.....
.....

จิรประภา ภาวิไล

ผู้วิจัย

.....
.....

เนืงศรี ระเบียบ, ค.บ., M.S.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

พรศรี ศรีอัญญาพร, วท.บ., ค.ม. (วิจัยการศึกษา)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

อรพรรณ โตสิงห์, ป.พ.ส., M.S.N.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

.....
.....

ทัศนยา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์
เรื่อง

การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ
ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 28 เมษายน 2535

.....
อิมพร.ท. ทวีไธ

จิรประภา ทวีไธ

ผู้วิจัย

.....
/ทศ.น.ร. ร.ป.น.

เพ็ญศรี ระเบียง, ค.บ., M.S.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ทศ.น.ร. อรุณศรี

พรศรี ศรีอัญญาพร, ท.บ., ค.ม. (วิจัยการศึกษา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
อ.ทศ.น. ทศ.น.

อรวรรณ โตสิงห์, ป.พ.ส., M.S.N.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
อ.ทศ.น. ทศ.น.

พันธุศักดิ์ ลักษณะบุญส่ง, พ.บ., วว.

(ศิลปศาสตรจารย์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
อ.ทศ.น. ทศ.น.

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
อ.ทศ.น. ทศ.น.

บงกช เก่งเขตกิจ, ท.บ., บธ.บ., ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
อ.ทศ.น. ทศ.น.

ทัศนา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาว จิรประภา ภาวิไล

วัน เดือน ปีเกิด 10 มกราคม พ.ศ.2506

สถานที่เกิด กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ, พ.ศ.2525-2528 :
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และนุศาสตรบัณฑิตชั้นสูง
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2531-2535 :
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์

ทุนวิจัย China Medical Board of New York, Inc.
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ.2528-2531 : พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 3
โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ.2535 : อาจารย์ประจำ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เน้นศรี ระเบียง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรศรี ศรีอัญญาพร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรพรรณ โตสิงห์ อาจารย์ที่ปรึกษาและความคมวิทย์วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุส่ง อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจ แก้ไขและปรับปรุง ขอบทพร้อมต่างๆ และนอกจากนี้ยังสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยซาบซึ้งในความ กรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบความเที่ยงตรงตาม เนื้อหาของเครื่องมือ พร้อมทั้งขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลโรคทรวงอก หนองบุรี และโรงพยาบาลราชวิถี ที่กรุณาอนุญาตให้เก็บ ข้อมูลและขอขอบพระคุณหัวหน้าพยาบาล พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในคลินิก โรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งที่ได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บ ข้อมูลครั้งนี้ และขอขอบคุณคุณอุไรรัตน์ สุปรรณวิลาศ ที่ให้ความช่วยเหลือในการเขียนโปรแกรม คอมพิวเตอร์สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อและคุณแม่ที่ให้ความรัก ความห่วงใย ให้กำลังใจ และสนับสนุนส่งเสริมผู้วิจัย ตลอดจนอาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอน ถ่ายทอดความรู้จนประสบความสำเร็จการศึกษา ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ และเพื่อนๆ ที่รักที่คอยให้กำลังใจและความช่วยเหลือ เอื้ออาทรมาตลอด รวมทั้ง China Medical Board of New York, Inc. ที่เอื้อเฟื้อเงินทุน บางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้.

จิรประภา ภาวิไล

ชื่อวิทยานิพนธ์

การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและ
ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ผู้วิจัย

จิรประภา ภาวิไล

ปริญญา

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

เพ็ญศรี ระเบียบ , ค.บ., M.S.

พรศรี ศรีอัญญาพร , วท.บ., ค.ม. (วิจัยการศึกษา)

อรพรรณ โตสิงห์ , ป.พ.ส., M.S.N.

วันที่สำเร็จการศึกษา

28 เมษายน พ.ศ. 2535

บทคัดย่อ

ในระยะภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม ผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลกระทบต่อ
ภาวะสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมมากมาย อาทิ การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ
รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น
เหตุการณ์เหล่านี้สามารถป้องกันได้หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม จาก
การทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่
ปัจจัยพื้นฐานต่างๆ เช่น อายุ เพศ การศึกษา เป็นต้น และการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพเป็นปัจจัย
สำคัญประการหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการ
ดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยภายหลัง
การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระหว่าง .3 เดือน - 1 ปี ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลโรคทรวงอก และ
โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 100 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูล
ส่วนตัว แบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบ
ประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่า
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์อันดับแบบขั้นตอน และทดสอบค่าเฉลี่ยสำคัญทางสถิติ โดยการทดสอบค่าที (t-test) ผล
การวิจัยสรุปได้ดังนี้คือ

1. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

2. ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ดีที่สุด คือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ โดยสามารถอธิบายความผันแปรได้ ร้อยละ 4.14 โดยมีสมการทำนายในรูปคะแนนดิบดังนี้

$$\hat{Y} \text{ (SCB)} = 54.7466 + .1376 \text{ (HPR)}$$

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะคือ พยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และแนวทางในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ในระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน

Thesis Title . The Study of Health Perception, Self-Care
Behavior and Health State of the Post Cardiac
Valvular Replacement Patients

Name Chiraprabha Bhavilai

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Pensri Rabieb , B.Ed.,M.S.

Pornsri Sriussadaporn , B.Sc.,M.Ed.

Orapan Thosingha , M.S.N.

Date of Graduation 28 April B.E. 2535 (1992)

ABSTRACT

After cardiac valvular replacement ; the patients may experience various complications that affect both physical health and Psycho-social health as complicated from using oral anticoagulant drug, prosthetic valve endocarditis and congestive heart failure, etc.

The post operative complications can be prevented by effective self-care behavior. It was found that there are many factors influenced self-care behavior, as demographic factors and health perception are the significant factors.

The purpose of this study were to investigate the relationship between health perception and self-care behavior, and the relationship between self-care behavior and health state of the post cardiac valvular replacement patients. The sample group are composed of 100 post cardiac valvular replacement patients who were follow up at heart clinic in the out patient department at Siriraj Hospital, Chulalongkorn Hospital, Central Chest hospital and Rajvithi hospital. The instruments used for data collection including demographic

data form, The Health Perception of the patient with valvular replacement questionnaire, The Self-care Practice of the patient with valvular replacement questionnaire and The Health Status of the patient with valvular replacement scale. Statistical Techniques were implemented in the process of data analysis including percentage, arithmetic means, standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression of using t-test significance testing.

The results revealed as follows :

1. There was a positively significant correlation between health perception and self-care behavior of the patients with valvular replacement. ($r = .2035$, $P < .05$)

2. The multiple regression analysis showed that 4.14 percent of variance of self-care behavior of the patients with valvular replacement could be predicted by one significant factor : health perception. ($P < .05$)

3. There was no statistically significant correlation between self-care behavior and health state of the patients with valvular replacement. ($P > .05$)

From the results of this study, the recommendation are that nurses should be the person who provide information of disease and medical regimen as well as self-care behavior for the post cardiac valvular replacement patients. The further study should be compared self-care behavior between the patients who have differentiated health perception.

สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

สารบัญ

สารบัญตาราง

สารบัญแผนภาพ

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

สมมติฐานของการวิจัย

ขอบเขตของการศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

นิยามตัวแปร

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

มโนทัศน์ของภาวะสุขภาพ

ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

มโนทัศน์ของการดูแลตนเอง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ

ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

มโนทัศน์ของการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ความสัมพันธ์ของการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ก

ค

จ

ช

ช

1

7

7

7

8

8

12

18

28

33

40

51

55

61

67

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	68
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	68
การเก็บรวบรวมข้อมูล	76
การวิเคราะห์ข้อมูล	77
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	80
การอภิปรายผล	95
บทที่ 5 สรุปการวิจัย และข้อเสนอแนะ	
สรุปการวิจัย	104
ข้อเสนอแนะ	105
บรรณานุกรม	108
ภาคผนวก	
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	122
ข. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	125
ค. ตารางข้อมูลการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ	136
ง. ตารางข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง	138

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส	80
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน, ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดฯ. ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัดฯ.	81
3	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ	82
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย และตัวทำนาย กับตัวเกณฑ์โดยแสดงในรูปเมตริกสัมพัทธ์	83
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ	85
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองกับ ภาวะสุขภาพ	86
7	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ จำแนกตามความถี่ของการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ	87
8	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง	89
9	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่จำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ที่จำเป็นในชีวิตประจำวันในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา	92
10	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรุนแรงของการเกิดอาการ ผิดปกติทั้งทางร่างกาย และจิตใจในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา	93
11	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการประเมินจากการตรวจร่างกาย	94

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่

1. แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย	6
2. แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง	36
3. แสดงแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ	53
4. แสดงกระบวนการรับรู้	56



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันพบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจพิการ ที่จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นจำนวนมาก และจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ลิ้นหัวใจเทียมมีจำนวนมากขึ้นทุกปี ดังจะเห็นได้จากสถิติของโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่สามารถทำการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้ ในเขตกรุงเทพมหานคร ดังนี้คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2528 ถึง พ.ศ.2532 มีการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในประเทศไทยทั้งหมดจำนวน 2,231 ราย (Sakiyalak 1990 : 170-171) และรายละเอียดของสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ.2529-2533 พบว่ามีการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่โรงพยาบาลศิริราชจำนวน 334 ราย (รายงานจากภาควิชาศัลยศาสตร์ สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอก โรงพยาบาลศิริราช, 2534) ในปี พ.ศ.2528-2532 มีการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 640 ราย (รายงานจากภาควิชาศัลยศาสตร์ สาขาศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2533) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2528-2533 มีการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่โรงพยาบาลโรคทรวงอก จำนวน 571 ราย (รายงานจากแผนกสถิติ โรงพยาบาลโรคทรวงอก นนทบุรี, 2533) และตั้งแต่ปี พ.ศ.2524-2532 มีการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่โรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 868 ราย (รายงานจากแผนกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี, 2533)

การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในปัจจุบันสามารถทำได้ปลอดภัยมากขึ้น แต่ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ในระยะฟื้นฟูสภาพร่างกายเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว มักประสบกับปัญหาของอาการไม่สุขสบายทางร่างกายได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด อาการอ่อนเพลีย เห็นอวัยวะ อาการบวม เบื่ออาหาร เป็นต้น (Tantum 1985 : 375-377) ในขณะที่ตัวผู้ป่วยจะต้องประสบกับปัญหาและภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ลิ้นหัวใจเทียมอีก เนื่องจากลิ้นหัวใจเทียมยังไม่มีสมรรถภาพเหมือนลิ้นหัวใจธรรมชาติ อาจทำให้เกิดปัญหาการอุดตันของลิ้นเลือดที่ลิ้นหัวใจเทียม และถ้าลิ้นเลือดหลุดเข้าไปในระบบไหลเวียน ก็จะทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดตามส่วนต่างๆของร่างกายได้ (Frankl 1986 : 417 ; Gregerson & McGregor 1989 : 545) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไปตลอดชีวิต ซึ่งการรักษาด้วยวิธีนี้หากผู้ป่วยได้รับขนาดของยาที่น้อยเกินไป เลือดในช่องหัวใจก็จะแข็งตัวง่ายทำให้เกิดภาวะลิ้นเลือดอุดตัน แต่ถ้าได้รับขนาดของยามากเกินไป ผู้ป่วยก็จะมีการแข็งตัวของเลือดช้ากว่าปกติทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติตามผิวหนัง ไร้น้ำ ทางเดินอาหารหรือปัสสาวะเป็นเลือดได้ (กัมพล ประจวบเหมาะ 2528 : 527 ; Frankl 1986 : 418 ; Tantum 1985 : 378 ;

Sadler 1984 : 334) และถ้าเป็นอวัยวะที่สำคัญ เช่น สมองก็อาจเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตหรือเป็นอัมพาตได้ (สัมพันธ์ พรวิลาวัณย์ 2532 : 126)

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ลิ้นหัวใจเทียม ถือเป็นผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงสุด โดยเฉพาะการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเทียม (Prosthetic Valve Endocarditis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายมากและอัตราการเกิดสูงถึงร้อยละ 2-5 (จรรยา มะโนทัย 2525 : 57 ; Frankl 1986 : 421) ซึ่งภาวะนี้ถ้าเกิดในระยะหลังผ่าตัดไม่เกิน 60 วัน อัตราการตายจะสูงมาก โดยอยู่ระหว่างร้อยละ 60-90 ที่เดียว (Frankl 1986 : 421) อีกทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ลิ้นหัวใจเทียมอาจมีภาวะหัวใจวายมาช้านานก่อนผ่าตัด แม้ว่าจะได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจใหม่ แต่ผู้ป่วยก็ยังมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะหัวใจวาย (Tantum 1985 : 378) และภาวะหัวใจวายนี้อาจเกิดในช่วงใดช่วงหนึ่งตั้งแต่ภายหลังผ่าตัด 2-3 เดือนถึง 2-3 ปีก็ได้ (Frankl 1986 : 422) จากการศึกษาของฟิงเคิลเมอร์และคณะ (Finkelmeier, et al. 1989 : 570) ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในช่วงระยะติดตามผล พบว่าสาเหตุการตายของผู้ป่วยจากภาวะหัวใจวายมีอัตราถึงร้อยละ 2 นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ใส่ลิ้นหัวใจเทียมทุกรายอาจประสบกับภาวะโลหิตจางได้ (Hemolytic anemia) ซึ่งเป็นผลจากการเคลื่อนไหวของลิ้นหัวใจเทียมในส่วนบอลหรือดิสก์ ได้ทำลายเม็ดเลือดแดงทำให้เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นลง เมื่อเม็ดเลือดแดงถูกทำลายในระยะเวลาสั้นเข้า จึงเป็นสาเหตุให้ร่างกายสูญเสียเหล็กไปทางปัสสาวะทำให้เกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดเหล็กในระยะหลังผ่าตัดเป็นเวลาหลายปีได้ (Underhill & McGregor 1989 : 901)

การรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายของผู้ป่วยเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางจิตสังคมอีกด้วย เนื่องจากบุคคลทั่วไปถือว่าหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญ การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจจึงเปรียบเสมือนชีวิตถูกคุกคามอย่างร้ายแรง ถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาแล้วก็ตาม โดยเฉพาะภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียความแข็งแรงของร่างกายและความสามารถในการพึ่งพาตนเองไป มีความรู้สึกที่ตนเองต้องพึ่งพาลิ้นหัวใจเทียมทำหน้าที่แทนอวัยวะจริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกโกรธเมื่อไม่ได้ตั้งใจ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ของร่างกาย เช่น รอยแผลจากการผ่าตัด เสี่ยงที่จะหะการทำงานของลิ้นหัวใจเทียม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่สวยงาม ไร้คุณค่า ไม่พอใจในตนเอง ไม่ภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลต่ออัตมโนทัศน์โดยรวมของผู้ป่วย นอกจากนี้การที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต โดยต้องปฏิบัติตามกิจกรรมในการดูแลสุขภาพให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกที่เป็นปกติ เนื่องจากรู้สึกว่าตนเองยังเป็นผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ก่อให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ไม่มั่นใจในตนเอง เบื่อหน่าย อีกทั้งการที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถทำงาน เล่นกีฬาหรือประกอบกิจกรรมอื่นๆ ได้ตามปกติช่วงเวลาหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยเริ่มเก็บตัว ถอยหนีจากสังคม และเมื่อต้องเผชิญกับภาวะเครียดเหล่านี้อยู่เสมอจะทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อำนาจการวิตกกังวลสูง กลัวและซึมเศร้า

โกรธ จนเฉื่อยง่าย มีแนวโน้มคิดถึงตนเองในทางเลื่องลง ไม่กลับไปทำงาน หมดสมรรถภาพทางเพศ (Blacher 1975 : 56 ; Stanton 1984 : 528 ; Heller, et al. 1974 : 908) และนำไปสู่พฤติกรรมการพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป ซึ่งพฤติกรรมนี้จะก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายของบุคคลรอบข้างจนอาจทำให้สัมพันธ์ภาพ บทบาทในครอบครัวและการเข้าสังคมสูญเสียไป

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจะต้องประสบกับปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้มากมาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง แต่อย่างไรก็ดีปัญหาต่างๆ เหล่านี้สามารถป้องกันมิให้เกิดขึ้นหรือบรรเทาเบาบางลงได้ ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรคและการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม

การดูแลตนเองเป็นกระบวนการหนึ่ง ที่บุคคลตระหนักและรับผิดชอบที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพและความผาสุกของตน (Orem 1985 : 84) ซึ่งรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอนามัยให้แข็งแรงอยู่เสมอ (Norris 1976 : 487) การรู้จักป้องกันตนเองจากโรคภัย อันตรายต่างๆ การตรวจค้นเกี่ยวกับโรค การรักษาที่ถูกต้องและการฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่ภาวะปกติ (Levine 1978 : 170) สำหรับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกตินั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การควบคุมการรับประทานอาหารเค็ม การปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกายที่เหมาะสม การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ การปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นเช่น การสูบบุหรี่ ดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ การป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การมาตรวจตามนัด การสังเกตและรีบไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติเช่น อาการไอสูง บวม เพื่อยหอบ ปัสสาวะเป็นเลือด เป็นต้น (สมชาติ โลจายะและบุญชอบ พงษ์พาณิชย์ 2525 : 742-745 ; Sadler 1984 : 330-335) ซึ่งเมื่อปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ก็จะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตด้วยความผาสุก หรือมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และยังมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ที่พัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล (Orem 1991 : 187 ; Hanucharukul 1985 : 5)

ในการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจนั้น เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ การใช้ความรู้ร่วมกับแรงจูงใจและทักษะต่างๆ ซึ่งสัมพันธ์กับความแตกต่างระหว่างบุคคลเนื่องมาจากปัจจัยพื้นฐานในด้านเพศ วัย พัฒนาการของบุคคล สังคม วัฒนธรรมนิยม ประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพและปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต (Orem 1985 : 22) ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลถึงความแตกต่างในการตัดสินใจ และการแสดงพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบในแต่ละสถานการณ์ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญด้านจิตวิทยาปัจจัยหนึ่ง ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วย โดยโอเร็ม ได้กล่าวหาพิงไว้ในส่วนของความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของมนุษย์ (Foundational capabilities and disposition) ซึ่งเป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ เป็นความรู้สึกภายในจิตใจขั้นแรกที่จะนำไปสู่พฤติกรรมเพื่อตอบสนองการรับรู้ (Orem 1985) และเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่จะโน้มน้าวและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบเอาใจใส่ดูแลตนเอง (Pender 1975 : 385)

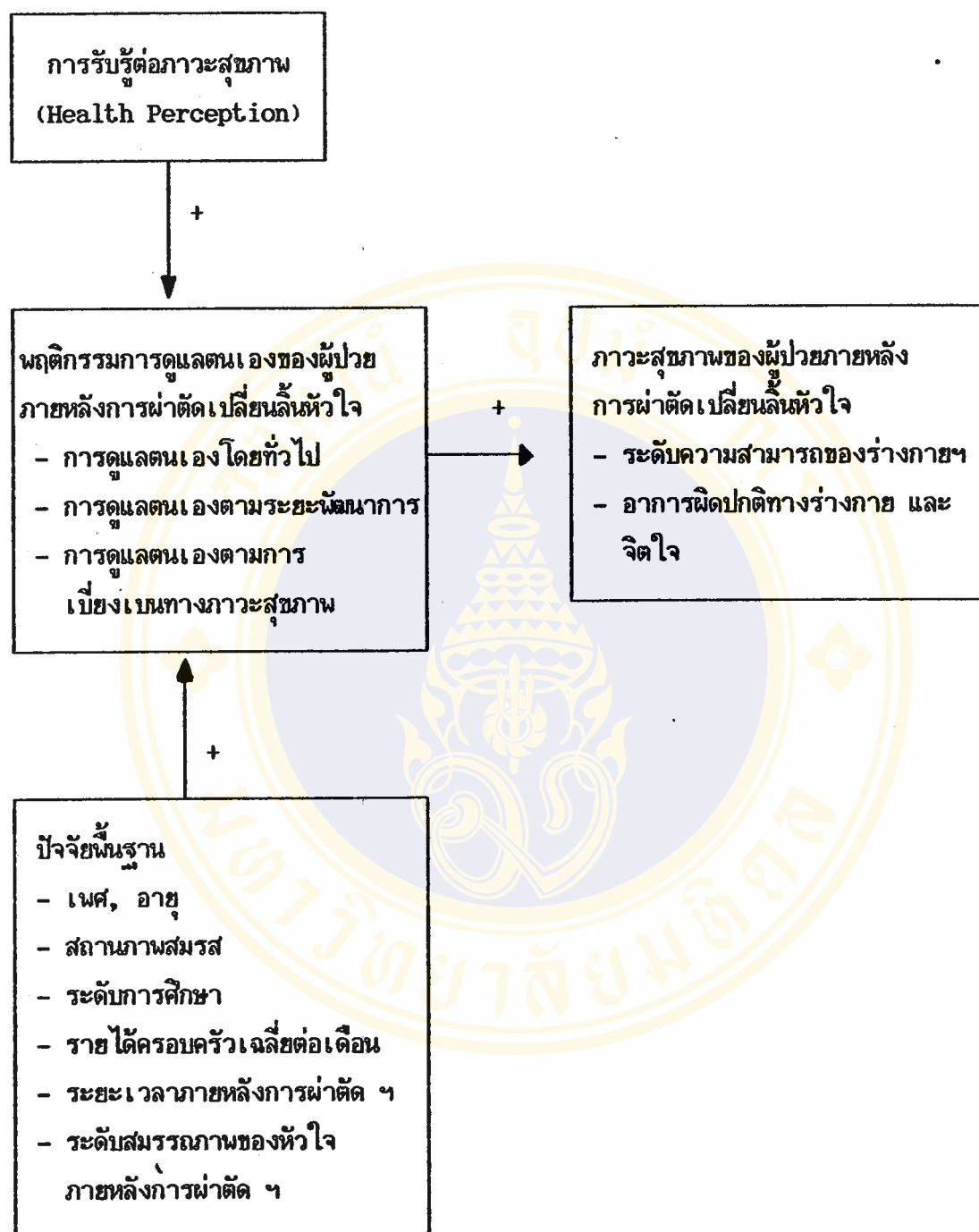
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ภายหลังที่ได้รับการสอนสุขศึกษาให้มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเมื่อกลับกลับบ้านแล้วนั้น ความรู้ความเข้าใจเพียงอย่างเดียว ไม่อาจทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้ พยาบาลต้องร่วมกันกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องด้วย ผู้ป่วยบางรายที่รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง จะก่อให้เกิดความรู้สึกหวาดกลัว วิดกกังวล เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควรกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นก็อาจผิดพลาดไป ส่วนผู้ป่วยที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจ มีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อทัศนคติ เกิดแรงจูงใจในการแสดงออกของพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ทำให้มีการฟื้นฟูสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจภายหลังผ่าตัดสามารถควบคุมความรุนแรงของโรค และป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับเป็นซ้ำของโรคลิ้นหัวใจพิการ ได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างจริงจังและสม่ำเสมออีกด้วย (จินตนา ยูนิพันธ์ 2532 : 5 ; Pender 1987 : 64)

ในการศึกษาดังนี้ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factor) ที่เลือกศึกษาได้แก่ เพศ อายุซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ความแตกต่างของความสามารถทางสรีรภาพและเป็นตัวกำหนดบทบาทของมนุษย์ในสังคม การศึกษาเป็นส่วนช่วยในการพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ รายได้และสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคลที่มีผลต่อการพัฒนาการเรียนรู้ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นประสบการณ์ของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ และระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นข้อจำกัดทางร่างกายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

ในฐานะที่ผู้วิจัยทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้ตระหนักถึงบทบาทของพยาบาลว่าเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจให้กลับไม่มีภาวะสุขภาพที่ตี สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยความผาสุก ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ผู้วิจัยคาดว่าน่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจก็คือพฤติกรรมการดูแลตนเอง และจากแนวความคิดที่ว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ตี ถูกต้องตามความเป็นจริง จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้อุปสรรค เกิดแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจภายหลังผ่าตัด ได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไหลเวียนโลหิตได้ นั้น ทำให้ผู้วิจัยเกิด

ความสนใจที่จะศึกษาให้แน่ชัด ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแผนการสอนสุขภาพ การให้คำแนะนำ การให้ความรู้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยให้มีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป





แผนภาพที่ 1

กรอบแนวคิดของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดฯ ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัดฯ ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

สมมติฐานของการวิจัย

1. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
2. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดฯ ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัดฯ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระหว่าง 3 เดือน - 1 ปี ทั้งผู้ป่วยชายและหญิงที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐบาลเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการทำผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเน้นการให้ความสำคัญกับมโนทัศน์ของการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งจะนำมาเป็นส่วนร่วมในการประเมิณวางแผนให้ความช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทั้งด้านการศึกษาและการพยาบาล ในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล และจัดฝึกอบรมพยาบาล โดยนำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยสอดแทรกเข้าไป เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ส่งเสริมให้มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่น ๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

นิยามตัวแปร

1. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งประเมินโดยแบบวัดการรับรู้ ต่อภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception) ของบรูคและคณะ (Brook, et al. 1979) ซึ่งดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยสิริอร พัวศิริ ประกอบด้วยการรับรู้ต่อสุขภาพในอดีต การรับรู้ต่อสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ต่อสุขภาพในอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรค/ การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล/ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย

2. พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หมายถึง การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หรือการกระทำที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์บางอย่างขึ้น เพื่อป้องกันมิให้อาการของโรครุนแรงขึ้น ป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพื่อส่งเสริมดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย และจิตใจ ประเมินโดยแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด เปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย

2.1 พฤติกรรมดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเพื่อให้ร่างกายได้รับอากาศ น้ำ อาหาร อย่างเพียงพอและเหมาะสม ให้มีการขับถ่ายระบายของเสียจากร่างกายตามปกติ มีการนอนหลับ พักผ่อนที่เพียงพอ มีการปฏิบัติกิจกรรมออกกำลังกาย มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมในระดับที่เหมาะสม และ หลีกเลี่ยงสิ่งต่าง ๆ หรือสภาวะแวดล้อมที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตการทำงานและสวัสดิภาพของตน

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพื่อสนับสนุนและคงไว้ซึ่งพัฒนาการในแต่ละช่วงชีวิตให้ดำเนินไปอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะด้านบทบาทและหน้าที่ที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบ และยังรวมถึงการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง เมื่อเกิดความวิตกกังวลและความตึงเครียดด้านอารมณ์ ซึ่งมีสาเหตุจากผลของความเจ็บป่วยและการรักษา

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางภาวะสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพื่อแสวงหาและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตามแผนการรักษา การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา และจากภาวะของโรค อีกทั้งปรับทัศนคติและภาพลักษณ์ในการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง และเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

3. ภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาพทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งเกี่ยวกับความสามารถในการเคลื่อนไหวหรือประกอบกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน และอาการผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ประเมินได้โดยแบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ

3.1 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย การประกอบกิจกรรมภายในบ้าน การเดินทาง การทำงานประกอบอาชีพ ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาก่อนตอบแบบสอบถาม

3.2 อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาก่อนตอบแบบสอบถาม ได้แก่

1) อาการจากภาวะหัวใจวาย ได้แก่ อาการบวม เห็นอย่างง่าย อาการเจ็บหน้าอก

2) อาการจากภาวะเลือดออกผิดปกติ ได้แก่ อาการเลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นสีแดงหรือสีโด้ก อุจจาระมีเลือดปนหรือถ่ายดำ และอาการที่เป็นผลเนื่องจากภาวะเลือดออกผิดปกติบริเวณสมอง ได้แก่ อาการปวดศีรษะตาพร่ามัว อาการอ่อนแรงของแขนขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย

3) อาการจากภาวะติดเชื้อในร่างกาย ได้แก่ อาการไข้ ไอ เจ็บคอ

4) อาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด โกรธ ฉุนเฉียวง่าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าหรือรู้สึกว่าชีวิตมีความสุขมากขึ้นกว่าเดิม

3.3 อาการผิดปกติทางด้านร่างกายซึ่งจำเป็นต้องอาศัยอุปกรณ์ทางการแพทย์ การตรวจทางห้องทดลองและการตรวจร่างกาย ช่วยในการประเมิน ได้แก่ การวัดอุณหภูมิร่างกาย การเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต การฟังเสียงลิ้นหัวใจเทียม (valve click)

การชั่งน้ำหนักตัว อาการจ้ำเลือดตามผิวหนัง อาการช้ำ อาการบวม อาการคัน และค่าระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือด (Prothrombin Time or International Normalized Ratio, INR) ซึ่งได้จากการตรวจร่างกายโดยผู้วิจัย

4. ปัจจัยพื้นฐาน หมายถึง คุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยเลือกมาศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดฯ ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัดฯ โดยผู้วิจัยกำหนดนิยามของปัจจัยพื้นฐานแต่ละประการดังนี้

4.1 เพศ หมายถึง ผู้ป่วยเพศหญิง หรือผู้ป่วยเพศชาย

4.2 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุผู้ป่วย นับตั้งแต่วันที่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

4.3 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้ป่วยโดยแบ่งตามการสมรสเป็น สถานภาพสมรสคู่ และสถานภาพสมรสโสด ส่วนผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส หย่า หย่า แยกกันอยู่ ให้รวมอยู่ในสถานภาพสมรสโสด

4.4 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วย แบ่งเป็น ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา หรือ อนุปริญญา และอุดมศึกษาหรือสูงกว่า

4.5 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเมื่อผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสโสด หรือหมายถึงรายได้ของบิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่รับผิดชอบในการที่ผู้ป่วยยังต้องอยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง หรือหมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วย และคู่สมรสเมื่อผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสคู่

4.6 ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หมายถึง ระยะเวลานับเป็นเดือนตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

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

- ระดับที่ 1 มีโรคหัวใจแต่ขณะทำกิจกรรมตามปกติ เช่น การทำงาน การออกกำลังกาย ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ
- ระดับที่ 2 ขณะทำกิจกรรมตามปกติ เช่น การกวาดบ้าน ถูบ้าน การเดินในระยะทางไกลๆ ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ แต่จะมีอาการถ้าออกกำลังกายมากกว่าปกติ เช่น การวิ่ง การเดินขึ้นบันไดเร็วๆ เป็นต้น และจะกลับรู้สึกสบายดีเมื่อหยุดพักสักระยะหนึ่ง หลังจากนั้นก็สามารถทำกิจกรรมต่อได้
- ระดับที่ 3 ขณะทำกิจกรรมที่ออกแรงเพียงเล็กน้อย เช่น การกวาดบ้าน การเดินไปห้องน้ำ ผู้ป่วยก็จะมีอาการเหนื่อยหอบ และจะกลับรู้สึกสบายดีเมื่อได้หยุดพักหรืออยู่เฉยๆ
- ระดับที่ 4 ขณะพัก เช่น นอนหรือนั่งอยู่บนเตียงเฉยๆ ผู้ป่วยก็จะมีอาการเหนื่อยหอบ และการออกแรงเพียงเล็กน้อยก็จะทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบมาก

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

มโนทัศน์ของภาวะสุขภาพ

ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

มโนทัศน์ของการดูแลตนเอง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

- ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

มโนทัศน์ของการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ

- ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

- ความสัมพันธ์ของการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

มโนทัศน์ของภาวะสุขภาพ (Concept of Health Status)

"ภาวะสุขภาพ" เป็นแนวความคิดที่กว้าง คำจำกัดความและการวัดภาวะสุขภาพนั้นมีรายละเอียดสลับซับซ้อนมากมาย ก่อนที่จะกล่าวถึงความหมายนั้น ควรทำความเข้าใจถึงเหตุผลของการศึกษาภาวะสุขภาพซึ่งเหตุผลเหล่านี้สรุปได้ 5 ประเด็นคือ (Ware, et al. 1981 : 620-621)

1. เพื่อประเมินความสามารถ (efficiency) หรือประสิทธิภาพ (effectiveness) ของการรักษา
2. เพื่อประเมินคุณภาพของการดูแล
3. เพื่อประเมินถึงความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน
4. เพื่อช่วยตัดสินใจในการปรับปรุงการประเมินภาวะสุขภาพให้เป็นมาตรฐาน
5. เพื่อเข้าใจถึงสาเหตุและลำดับขั้นตอน ความแตกต่างทางสุขภาพของแต่ละคน

ความหมายของ "ภาวะสุขภาพ" นั้นได้มีผู้กล่าวไว้มากมาย พอสรุปได้ดังนี้คือ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้นิยามคำว่า "สุขภาพ" ว่าเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้ง ร่างกาย จิตใจ และสังคม ความเป็นอยู่ ปราศจากความเจ็บป่วยหรือความพิการใดๆ (WHO 1947 cited in Kozier & Erb 1988 : 73) ซึ่งสอดคล้องกับการให้ความหมาย "ภาวะสุขภาพ" ของโอเร็ม (Orem 1991 : 181) ที่กล่าวว่า "ภาวะสุขภาพ" หมายถึง ภาวะที่ ร่างกายมีการทำงานสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หรือหมายถึงภาวะที่เป็นปกติสุข สมบูรณ์ ของร่างกาย (being whole and sound) ซึ่งไม่เพียงจะหมายถึงภาวะที่ปราศจากโรค และความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความเป็นปกติสุขทางด้านจิตใจและวิญญาณอีกด้วย นอกจากนี้ โอเร็มยังได้กล่าวรายละเอียดของคำนิยาม "ภาวะสุขภาพ" พอสรุปได้ดังนี้คือ (Orem 1991 : 181-182) คำว่า "ภาวะ" (State) นั้นโอเร็มหมายถึง แนวทางที่บุคคลนั้นแสดงให้เห็นว่ายังมีชีวิตอยู่และเมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในความหมายว่า "สบายดี" (well) แล้วจะหมายถึง สภาวะที่ บุคคลนั้นได้รับการพิจารณาว่า เป็นผู้ที่มีภาวะการทำงานของร่างกายสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยปราศจากการวิเคราะห์ถึงองค์ประกอบใดๆ แต่เมื่อนำคำว่า "ภาวะ" มานิยามถึงสภาวะ ขององค์ประกอบแล้ว คำว่าภาวะสุขภาพของบุคคลจะแสดงออกมาในการกำหนดถึงลักษณะของกลุ่ม อาการของมนุษย์ ที่บ่งบอกถึงการมีชีวิตอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสม เจาะจงนั้น เช่นการวัดสัญญาณชีพ ต่างๆ ได้แก่ อุณหภูมิของร่างกาย ชีวจร การหายใจและความดันโลหิต รายละเอียดเหล่านี้ ต้องพิจารณาร่วมกันเป็นดัชนีที่บ่งชี้ถึงกระบวนการที่แสดงว่ายังมีชีวิตอยู่ เป็นต้น

ส่วนคำว่า "sound" หมายถึง การมีร่างกายที่แข็งแรงและปราศจากอาการของโรค และความพิการใดๆ และคำว่า "whole" หมายถึง การปราศจากอันตรายเมื่อนำคำทั้งสองมาใช้ ร่วมในการพิจารณาสุขภาพแล้วจะหมายถึง ความสมบูรณ์ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของโครงสร้าง และการทำงานของร่างกายมนุษย์ ปราศจากซึ่งความพิการและมีพัฒนาการการดำเนินชีวิตไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

สำหรับแนวคิดของบลูม (Murry & Zenter 1989 : 5 อ้างในจรัสศรี จันทร์สายทอง 2534 : 20) "สุขภาพ" หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ต่างๆ อย่างเต็มความสามารถ ดำรงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างความต้องการของตนเองกับความต้องการของสังคม ปราศจากความไม่พึงพอใจ ไม่สบายใจ โรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการ และมีพฤติกรรมในรูปแบบ ที่ส่งเสริมความอยู่รอดปลอดภัย มีความสุขความพึงพอใจในการดำรงชีวิต

จากนิยามเกี่ยวกับสุขภาพเหล่านี้ ได้แสดงให้เห็นถึงลักษณะพื้นฐานซึ่งเป็นแนวความคิด ในทางบวกเกี่ยวกับสุขภาพ ดังนี้คือ (Pender 1982 : 26)

1. เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความสนใจบุคคลทั้งคน เป็นการมองบุคคลโดยรวมมากกว่าการมองเป็นส่วนๆ
2. เป็นการมองสุขภาพในลักษณะของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมองทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอก

3. เป็นการเปรียบเทียบสภาวะเท่าเทียมกับการดำเนินชีวิตที่เป็นประโยชน์ และสร้างสรรค์แนวความคิดเกี่ยวกับสภาวะที่กล่าวมา พบว่าประกอบด้วยองค์ประกอบหลายมิติ และมีนักวิจัยมากมาย ได้พัฒนารูปแบบหรือลักษณะเพื่ออธิบายภาวะสภาวะ ซึ่งในการวิจัยเหล่านี้มักจะโยงความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะกับความเจ็บป่วยเข้าด้วยกัน และสรุปว่ารูปแบบหรือลักษณะของสภาวะนั้นสามารถแยกได้เป็น 4 กลุ่มคือ (Smith 1981 : 43-50 ; Smith 1981 cited in Kozier & Erb 1988 : 73-74 ; Smith 1981 cited in Woods 1989 : 5-9)

1. อาการทางคลินิก (The Clinical models)

มีแนวคิดว่าบุคคลจะมองระบบสรีรวิทยาสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของร่างกาย และสภาวะในรูปแบบนี้หมายถึง การปราศจากโรค ไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรค หรือการบาดเจ็บหรือความรู้สึกที่เลวร้าย และมองภาวะของโรคเป็นสิ่งตรงข้ามกับสภาวะ

2. การปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาท (The role performance model)

รูปแบบของภาวะสภาวะในลักษณะนี้ จะรวมกฎเกณฑ์ทางสังคมและจิตวิทยาเข้าไปในแนวคิดเกี่ยวกับสภาวะด้วย โดยให้คำนิยามเกี่ยวกับภาวะสภาวะไว้ว่า เป็นการที่บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติตามบทบาททางสังคมของตนเอง หรือเป็นความสามารถที่จะเข้าไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับที่คาดหวังได้ เช่น การทำงาน เป็นต้น จากคำนิยามนี้แสดงให้เห็นว่า บุคคลมีความสามารถปฏิบัติตามบทบาททางสังคมของตนได้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพดี ถึงแม้ว่าพวกเขาจะมีอาการเจ็บป่วยอยู่ก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของพาร์สัน (Parson 1972 : 107) ที่ได้นิยามสภาวะไว้ว่าเป็นภาวะที่บุคคลนั้นมีศักยภาพสูงสุดที่จะปฏิบัติตามบทบาทของตนอย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดภาวะสภาวะในรูปแบบนี้เราถือว่าความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่บุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติงานของตนได้ และสภาวะที่สมบูรณ์แบบก็คือความสามารถในการปฏิบัติงานตามบทบาทของตนได้มากที่สุด

3. การปรับตัว (The adaptive model)

จุดเน้นของรูปแบบนี้คือการปรับตัว ซึ่งมีโครงสร้างจากแนวคิดของดูโบส (Dubos 1978) ซึ่งมองสภาวะเป็นกระบวนการสร้างสรรค์ และกล่าวว่ามนุษย์มีความกระตือรือร้นและมีการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ดูโบสมองบุคคลว่าจะต้องมีความรู้เพียงพอที่จะให้ความหมายเกี่ยวกับ "สภาวะ" ของตนเอง และรวมถึงประโยชน์ที่จะได้จากการปฏิบัติตามแนวคิดนั้น ในรูปแบบการปรับตัวนี้ ภาวะโรคเกิดจากความล้มเหลวในการปรับตัว และมองภาวะสภาวะดีสูงสุดว่าเป็นความยืดหยุ่นในการปรับตัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดซึ่งรวมถึงความสามารถในการเผชิญต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดด้วย

4. ความเป็นปกติสุข (The Eudaimonistic model)

รูปแบบภาวะสภาวะนี้ได้รับความเข้าใจในการมองสภาวะเอาไว้มากที่สุด โดยมองสภาวะว่าเป็นสภาวะที่ต้องบรรลุถึงความต้องการอย่างแท้จริง หรือการตระหนักถึงศักยภาพของบุคคล ซึ่งเป็นบุคลิภาพที่ได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่จนถึงจุดสุดยอด ในรูปแบบภาวะสภาวะนี้ความปรารถนาสูงสุดของบุคคลก็คือ การบรรลุถึงพัฒนาการที่สมบูรณ์และตรงกับความต้องการ

เช่น การบรรลุถึงความต้องการอย่างแท้จริง (actualization) และความผาสุก ส่วนความเจ็บป่วยถือเป็นภาวะที่ป้องกันไม่ให้บรรลุถึงความต้องการอย่างแท้จริงนั่นเอง

จากวรรณกรรมที่กล่าวมาในข้างต้นพบว่า "สุขภาพ" เป็นคำที่มีความหมายกว้างมาก การที่จะนิยามความหมายจึงยากลำบาก แต่ก็สรุปความหมายของภาวะสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ว่า หมายถึง ภาวะหรือสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งเกี่ยวกับความสามารถในการเคลื่อนไหวหรือประกอบกิจกรรมต่างๆตามบทบาทของแต่ละบุคคล เช่น ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย, การประกอบกิจกรรมภายในบ้าน ฯ ความสามารถในการเดินทาง ได้แก่ การเดินในระยะทางไกล, การเดินทางด้วยรถยนต์หรือรถประจำทาง ฯ ความสามารถในการประกอบอาชีพหรือการทำงาน เป็นต้น ทั้งนี้รวมถึงภาวะที่ไม่มีอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติจากภาวะของโรคทั้งด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลนั้นด้วย ซึ่งการนิยามความหมายนี้เป็นการยึดแนวความคิดเกี่ยวกับ "สุขภาพ" ของโอเร็ม

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลโดยทั่วไปนั้นมีมากมาย สามารถแบ่งเป็น 2 ปัจจัยใหญ่คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคลนั้นเช่น ลักษณะทางพันธุกรรมฯ และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่นสิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมต่างๆ เป็นต้น ซึ่งรายละเอียดมีดังต่อไปนี้ (Grasser & Craft 1984, Leddy & Pepper 1985, Murray & Zentner 1985 cited in Kozier & Erb 1988 : 81-82)

ปัจจัยภายในตัวบุคคล

1. ลักษณะทางพันธุกรรม (Genetic makeup) ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของลักษณะทางชีววิทยา ลักษณะพื้นฐานอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย (innate temperament) ระดับกิจกรรมและศักยภาพทางสติปัญญา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สัมพันธ์กับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค เช่น โรคเบาหวาน มะเร็งเต้านมโดยเฉพาะ

2. เชื้อชาติ (Race) การแพร่กระจายของโรคมีส่วนเกี่ยวข้องกับเชื้อชาติ เช่น คนผิวดำมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งชนิด sickle-cell anemia และโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าบุคคลทั่วไป และชนชาติอเมริกันอินเดียนจะมีอัตราการเกิดโรคเบาหวานสูงมาก เป็นต้น

3. เพศ (sex) ลักษณะนิสัยบางอย่างและโรคทางกรรมพันธุ์มักเกิดกับเพศหนึ่งมากกว่าอีกเพศหนึ่ง ซึ่งความผิดปกติที่มักเกิดกับผู้หญิงคือ โรคกระดูกพรุน (osteoporosis) โรคเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันเช่น โรคเอดส์ อาร์โทรติส, โรคเอส แอล อี ฯ การสูญเสียความรู้สึกอยากอาหารจากสาเหตุทางอารมณ์ (anorexia nervosa) โรคหิว (bulimia) โรคเบาหวาน

โรคเกี่ยวกับถุงน้ำดี โรคหอบหืด โรคอ้วน และโรคไทรอยด์ เป็นต้น ส่วนโรคที่มักเกิดกับเพศชาย ได้แก่ โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคไส้เลื่อน โรคทางเดินหายใจ โรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด โรคกรดสีกวทวารและวัณโรค เป็นต้น และจากการสังเกตพบว่าโรคที่มีผลต่อระบบสืบพันธุ์มักมีอัตราการเกิดโรคได้เท่าๆกันในทั้งสองเพศ

4. อายุและระดับพัฒนาการ (Age and Development Level) การแพร่กระจายของโรคค้นพบแปรไปตามอายุ เช่น โรคเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจอุดตันมักเกิดในชายกลางคนแต่เกิดไม่บ่อยในวัยหนุ่มสาว โรคเส้นหัวใจพิการมักเกิดในช่วงอายุ 25-40 ปี และโรคไทรอยด์มักเกิดในเด็กเล็กมากกว่าคนสูงอายุ เป็นต้น ส่วนระดับพัฒนาการก็เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญปัจจัยหนึ่ง กล่าวคือในช่วง 2-3 ปีแรกและช่วงสุดท้ายของชีวิตมนุษย์ ความสามารถในการตอบสนองต่อโรคจะน้อยลง เด็กทารกจะขาดวุฒิภาวะทางกายและจิตใจ และความเสื่อมโทรมของร่างกายและความสามารถในการรับรู้ความรู้สึก-รับรู้ในวัยชรา จะเป็นข้อจำกัดของความสามารถในการโต้ตอบกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายและก่อให้เกิดความเครียด

5. ความสัมพันธ์ระหว่างกายและจิต (Mind-Body Relationship) การตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเครียดส่งผลต่อการทำงานของร่างกายอย่างไร ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในการตอบสนองต่อการทำงานของร่างกายจะมีผลต่อสุขภาพเช่นไร ความสัมพันธ์เหล่านี้ สามารถอธิบายได้จากการเกิดความเครียดทางอารมณ์ (Emotional distress) อาจไปเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคซ้ำในอวัยวะนั้นๆ หรือเป็นสาเหตุชักนำในการเกิดโรคได้กล่าวคือ ความเครียดทางอารมณ์จะไม่มีอิทธิพลโดยตรงลดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันผ่านทางระบบประสาทส่วนกลางและระบบต่อมไร้ท่อ ทำให้เกิดการติดเชื้อในร่างกาย โรคมะเร็งและโรคเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันขึ้น

6. อัตมโนทัศน์ (Self-concept) ไม่ว่าบุคคลนั้นจะรู้สึกในแง่บวกหรือแง่ลบเกี่ยวกับตัวเอง ก็จะมีผลต่อการรับรู้และการควบคุมสถานการณ์ของบุคคลนั้น บุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ในทางลบ อาจมีพฤติกรรมตามการคาดหวังของบุคคลอื่นมากกว่าความปรารถนาของตนเอง ทักษะคิดสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและช่วงเวลาของการรักษาที่กำหนดไว้ได้ ความรู้สึกหมดหวังสิ้นคิดหรือความกลัวอาจเป็นสาเหตุของโรคและการตายได้ในที่สุด เช่นหญิงที่ป่วยเป็น anorexia ซึ่งทำให้ตนเองขาดสารอาหารที่จำเป็น เพราะมีความเชื่อว่าเธออ้วนเกินไป แม้ว่าเธอจะมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์หรือต่ำกว่ามาตรฐานก็ตาม

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

1. แบบแผนชีวิต (life-style) ประกอบด้วยรูปแบบการทำงาน การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้าและวิธีเผชิญกับความเครียด แบบแผนชีวิตที่รับประทานอาหารมากเกินไป การออกกำลังกายไม่เพียงพอและการมีน้ำหนักเกินมาตรฐานจะมีส่วนในการเกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดอุดตัน โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารจะเพิ่มอัตรา

การเกิดฟันผุ การติดเชื้อและการดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้มีอาการอ่อนเพลียทั้งร่างกายและจิตใจ และการสูบบุหรี่มากเกินไปจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งในปอด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

2. สิ่งแวดล้อมทางร่างกาย (Physical environment) สิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน และสุขาภิบาลล้วนมีผลต่อสุขภาพ กล่าวคือ อาหาร อากาศและน้ำที่เป็นพิษจะส่งผลต่อการเกิดมะเร็งหลายชนิดทั้งทางตรงและทางอ้อม อุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ อย่างมากนี้ เป็นสาเหตุของการขัดขวางสิ่งแวดล้อมภายในบุคคลเป็นการชั่วคราว เพราะบุคคลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมเช่นนั้น จะต้องสูญเสียพลังงานไปมากกว่าที่จะสะสมพลังงานไว้ในร่างกาย บุคคลที่มีการปรับตัวทางร่างกายน้อย จะมีการตอบสนองต่อการเกิดผลข้างเคียงจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติหรือสูงกว่าปกติได้มาก นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของฤดูกาลก็ส่งผลต่อสุขภาพเช่นกัน เช่น โรคหวัดหรืออาการแพ้ต่างๆ มักเกิดบ่อยในฤดูหนาว เป็นต้น

3. มาตรฐานความเป็นอยู่ (Standard of Living) อาชีพ รายได้และการศึกษา เป็นปัจจัยส่วนใหญ่ในการตัดสินระดับทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ อัตราการเกิดโรคและอัตราการตาย สุขอนามัยส่วนบุคคล นิสัยการรับประทานอาหาร การชอบแสวงหาคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาสุขภาพจะมีความแตกต่างกัน ในกลุ่มที่มีรายได้สูงและรายได้ต่ำ เช่น การป้องกันความเจ็บป่วยในผู้ที่ยากจนจะไม่มีผลสำคัญเท่ากับการหารายได้มาดำรงชีพ และผู้ที่ยากจนจะไม่พยายามไปรับการตรวจจากแพทย์ ไม่พยายามดูแลสุขภาพในบ้าน หรือการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าซึ่งจะช่วยส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ความตึงเครียดจากการปฏิบัติตามบทบาททางสังคม และตามตำแหน่งอาชีพที่สูงขึ้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับความเครียดได้ การปฏิบัติตามบางบทบาทอาจทำให้ต้องรับประทานอาหารมากขึ้น หรือใช้ยา ดื่ม เครื่องดื่มจำพวกแอลกอฮอล์มากขึ้น และอาชีพบางประเภททำให้บุคคลนั้นเป็นโรคบางอย่างเช่น คนงานในโรงงานอาจได้รับสารก่อมะเร็งได้

4. วัฒนธรรม ชนธรรมนิยมประเพณี (Culture) การที่บุคคลมีการรับรู้ประสบการณ์และการเผชิญกับสุขภาพ ความเจ็บป่วยได้อย่างไรนั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลจากความเชื่อทางวัฒนธรรม โดยบุคคลบางพวกจะยอมรับการพึ่งพาหรือคำปรึกษาจากหมอในบ้าน หรือความเชื่อตามพื้นบ้าน มากกว่าการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ เนื่องจากกฎทางวัฒนธรรม ค่านิยมและความเชื่อจะช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง และสามารถที่จะทำนายผลที่ออกมาได้ หรือมีนั้นคำตัดสินจากกลุ่มที่ยึดมั่นในความเชื่อและค่านิยมเก่าๆ อาจไปเพิ่มความรู้สึกขัดแย้ง ความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย และอาจกลายมาเป็นส่วนที่สนับสนุนให้เกิดความเจ็บป่วยได้

5. ครอบครัว (Family) นอกจากครอบครัวจะทำให้เกิดโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแล้ว ครอบครัวยังถ่ายทอดแบบแผนในการดำรงชีวิตประจำวันแก่บุตรด้วย การถูกทารุณทั้งด้านร่างกายและจิตใจในระยะยาวนั้นอาจเป็นสาเหตุของปัญหาทางสุขภาพได้ เนื่องจากสุขภาพจิตอารมณ์นั้นขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมทางสังคม การที่บุคคลนั้นมีอิสระในการแสดงอารมณ์ตึงเครียด

การไม่เป็นบุคคลที่แยกตัวจากผู้อื่น มีบรรยากาศที่เปิดกว้างในการติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรักจะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลนั้นมีบรรลุนิติภาวะสูงสุดในตัวเขา

6. เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (Support Network) การที่มีคนที่ไว้ใจ เพื่อนหรือบุคคลคอยให้กำลังใจและมีความพึงพอใจในงานที่กำลังทำให้บุคคลนั้นหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยได้ (Grasser and Craft 1984 : 210 cited in Kozier & Erb 1988 : 82) โดยบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือ จะทำให้บุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม ส่วนบุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายสังคมที่ไม่เพียงพอจะเปิดโอกาสให้พวกเขากลายเป็นบุคคลที่เจ็บป่วยง่ายเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและเมื่อต้องแสวงหาการรักษา

7. พื้นที่ ภูมิประเทศ (Geographic Area of Residence) ปัจจัยทางสภาพภูมิประเทศจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพเช่น โรคมาเลเรียและกลุ่มอาการที่สัมพันธ์กับโรคมาเลเรีย เช่น Sick-cell hemoglobin จะปรากฏบ่อยในเขตเมืองร้อนมากกว่าเขตอากาศปกติ (Overfield 1985) และโรค Multiple sclerosis จะมีแพร่หลายมากในเขตยุโรปส่วนเหนือและส่วนกลาง แคนาดาภาคใต้ และอเมริกาเหนือมากกว่าในเอเชีย แอฟริกา แม็กซิโกและอลาสก้า เป็นต้น

ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

โรคลิ้นหัวใจพิการและการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มตามชนิดของโรคลิ้นหัวใจพิการ คือชนิดที่พิการมาแต่กำเนิด (Congenital valvular heart disease) และชนิดที่เกิดความพิการของลิ้นหัวใจในภายหลัง (Acquired valvular heart disease) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะกล่าวถึงเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการที่เกิดขึ้นในภายหลัง โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะพบมากในช่วงอายุ 15-40 ปี และสาเหตุที่พบว่าทำให้เกิดโรคลิ้นหัวใจพิการมากที่สุด คือ โรคไขรูมาติก (ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี 2530 : 97) รองลงมาคือ โรคที่เกิดจากการติดเชื้อซึ่งทำให้เกิดการอักเสบตามส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น แผล ฝี หนอง เหงือกอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ปอดบวม การติดเชื้อในอวัยวะสืบพันธุ์ และการฉีดยาเสพติด เป็นต้น ภาวะของโรคจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) การอักเสบที่เยื่อหุ้มหัวใจ (endocarditis) เกิดลิ่มเลือดในช่องหัวใจ (thrombus) และอาจเกิดการหลุดของลิ่มเลือดหรือเชื้อโรคที่เกาะที่ลิ้นหัวใจไปตามกระแสเลือด ไปอุดตันตามอวัยวะต่างๆของร่างกาย (embolism) เช่น เส้นเลือดในสมอง ทำให้ผู้ป่วยตาย พิการ เป็นอัมพาต ไม่สามารถทำงานหรือออกกำลังกายได้ (กัมพล ประจวบเหมาะ 2528 : 519) ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาเสียแต่แรกเริ่ม โดยทั่วไปการรักษาโรคลิ้นหัวใจพิการด้วยการผ่าตัดมีข้อบ่งชี้ดังนี้ (ชิน บุรณธรรม

และคณะ 2524 : 683)

1. ระดับสมรรถภาพของหัวใจ (Functional Class) อยู่ในระดับ III ขึ้นไป
2. เคยมีประวัติของการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombo-embolism)
3. มีอาการหรืออาการแสดงของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่ำ
4. เคยมีอาการของภาวะหัวใจวายมาแล้ว
5. มีอาการบ่งหรือจากการตรวจพบว่ามีแรงดันเลือดแดงในปอดสูงขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยซึ่งเคยมีอาการไอเป็นเลือดมาแล้ว
6. ผู้มีอาการหรืออาการแสดงให้เห็นว่ารูรั่วหัวใจตีบมาก เช่น มีอาการของน้ำท่วมปอดหรืออาการแองจิ้นา
7. ลิ้นหัวใจติดเชื้อมีการรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล และผู้ป่วยมีอาการของหัวใจวายระดับ 2 (Grade II) ขึ้นไป หรือมีอาการของภาวะปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่ำหรือเคยมีประวัติเกิดลิ่มเลือด

ถ้าลิ้นหัวใจไม่มีการมากการผ่าตัดจะทำการขยายลิ้นหัวใจ (Commissurotomy, Valvotomy) หรือการซ่อมแซมตกแต่งลิ้นหัวใจ (Repair) ซึ่งทำได้ 2 วิธี คือ ซ่อมตรงส่วนวงขอบของลิ้นหัวใจให้แคบลง (Anuloplasty) และซ่อมที่ส่วนร้วของกลีบ (Vulvuloplasty) แต่ถ้าลิ้นหัวใจมีการมากจนขยายซ่อมแซมไม่ได้ หรือเคยขยายซ่อมแซมแล้วแต่ภายหลังผ่าตัด 5-10 ปีกลับเกิดลิ้นหัวใจตีบและ/หรือร้วขึ้นใหม่อีก ก็ต้องพิจารณาทำการเปลี่ยนหัวใจโดยใช้ลิ้นหัวใจเทียมเข้าไป (จรรยา มะโนทัย 2525 : 98 ; ชิน บุรณธรรม 2524 : 274-278, 683-684) ตำแหน่งของลิ้นหัวใจที่ทำการผ่าตัดมากที่สุดคือ ลิ้นไมตรัล รองลงไปคือลิ้นเอออร์ติคและลิ้นไตรคัสปิดตามลำดับ (กัมพล ประจวบเหมาะ 2528 : 523)

ลิ้นหัวใจเทียมที่ใช้ในปัจจุบันมี 2 ชนิดคือ (Weiland, 1983 : 499-502)

1. ลิ้นหัวใจเทียมชนิดแมคคานิคอล (Mechanical Valve) ประกอบด้วยสารสังเคราะห์พวกโลหะ พลาสติกและดราคอน ซึ่งทำให้ลิ้นหัวใจมีความคงทนใช้ได้ระยะยาว แต่ลักษณะสำคัญที่เป็นข้อเสียของลิ้นหัวใจชนิดนี้คือ อุบัติการณ์เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันสูง (Thromboembolism) โดยเฉพาะที่ตำแหน่งลิ้นไมตรัล ดังนั้นการใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดตลอดชีวิต ลิ้นหัวใจเทียมชนิดแมคคานิคอลมีความแตกต่างกันตามโครงสร้างที่ใช้ในปัจจุบันมี 3 แบบ คือ แบบเป็นแผ่น (Tilting-disc valves) แบบสองใบลิ้น (Bileaflet valves) และแบบลูกบอลล์ (Caged-ball valve)
2. ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อ (Biological Tissue Valves) เริ่มนำมาใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 ทำมาจากเนื้อเยื่อหัวใจของสัตว์เรียกว่า ซีโนกราฟ (Xenografts) หรืออาจทำมาจากลิ้นหัวใจมนุษย์ที่ได้จากผู้บริจาค หรือผู้ประสบอุบัติเหตุเสียชีวิตเรียกว่า โฮโมกราฟ (Homografts) ซึ่งโฮโมกราฟนี้ส่วนประกอบเกือบเหมือนของจริง แต่การใช้ก็มีข้อจำกัดเนื่องจากหาได้ยากและโอกาสเกิดหินปูนเกาะง่าย ส่วนชนิดซีโนกราฟนี้แบ่งได้ 2 ชนิดคือ Porcine

Xenograft ซึ่งทำจากลิ้นหัวใจเอออร์ติคของหัวใจหมู และ Bovine pericardium ซึ่งใบลิ้นหัวใจทำจากเยื่อหุ้มหัวใจของลูกวัวอายุ 16-18 เดือน ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อไม่มีอุบัติการณ์เกิดลิ่มเลือดอุดตันต่ำ และที่สำคัญคือไม่จำเป็นต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดตลอดชีวิต เหมาะสำหรับใช้ในผู้ป่วยสูงอายุ (มากกว่า 70 ปี) ผู้ป่วยที่ต้องการมีบุตรและผู้ป่วยที่เป็นโรคเลือดออกในกระเพาะอาหารหรือเป็นโรคเลือด (กัมพล ประจวบเหมาะ 2528 : 524-525)

เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแล้ว ภาวะของโรคและการรักษายังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1) ผลกระทบทางด้านร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

เนื่องจากลิ้นหัวใจเทียมยังไม่มีสมรรถภาพเหมือนลิ้นหัวใจธรรมชาติ ดังนั้นภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยจึงต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไปตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยต้องประสบกับปัญหาและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดแมคคานิคอล ซึ่งพอกกล่าวสรุปเป็นประเด็นๆ ได้ดังนี้

1.1 ภาวะเลือดออกผิดปกติและภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Hemorrhage and Thromboembolism) จากปัญหาในเรื่องคุณสมบัติของลิ้นหัวใจเทียมที่ยังไม่สามารถพัฒนาให้เท่าเทียมกับลิ้นหัวใจธรรมชาติได้นั้น จึงทำให้เกิดปัญหาลิ่มเลือดในช่องหัวใจ และไปจับอยู่กับลิ้นหัวใจทำให้การทำงานของลิ้นเปิดหรือปิดได้ไม่ดี หรือถาลิ่มเลือดซึ่งจับตัวอยู่กับลิ้นหัวใจหลุดเข้าไปในระบบไหลเวียน ก็อาจทำให้เกิดการอุดตันตามส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ (Systemic embolism) (Frankl 1986 : 417 ; Gregerson & McGregor 1989 : 545) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไปตลอดชีวิต ยาที่นิยมใช้คือยาราวาฟารินโซเดียม (Warfarin Sodium) หรือ คูมาดิน (Cumadin) ซึ่งยาดังกล่าวจะออกฤทธิ์ยับยั้งการแข็งตัวของเลือดในร่างกาย โดยยับยั้งการสร้างแฟกเตอร์ II, VII, IX และ X ที่ตับ ตามปกติจะเริ่มออกฤทธิ์ประมาณ 24 ชั่วโมงหลังรับประทาน และหมดฤทธิ์หลังหยุดยา 1-2 วัน ข้อเสียของยาชนิดนี้คือ ถ้าผู้ป่วยได้รับยาในขนาดไม่เหมาะสม เช่น ถ้าผู้ป่วยได้รับขนาดของยามากเกินไป การแข็งตัวของเลือดก็จะช้ากว่าปกติ ทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น มีเลือดออกใต้ผิวหนัง เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาออก ประจำเดือนมามากและนานผิดปกติ อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน ปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเข้ม (Microscopic hematuria) หรือปัสสาวะเป็นเลือด (Gross hematuria) เป็นต้น และหากเกิดภาวะเลือดออกในอวัยวะที่มีความสำคัญ เช่น สมองก็อาจเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตหรือเป็นอัมพาตได้ (กัมพล ประจวบเหมาะ 2528 : 527 ; สัมพันธ์ พรวิลาวัย 2532 : 126 ; Frankl 1986 : 418 ; Tantum 1985 : 378 ; Sadler 1984 : 334) แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับขนาดของยา คูมาดิน น้อยเกินไป เลือดในช่องหัวใจจะเป็นลิ่มง่ายทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน

(Thromboembolism) ซึ่งนับว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการใส่ลิ้นหัวใจเทียมชนิดแมคคานิคอล

การมีลิ่มเลือดมาจับที่ลิ้นหัวใจ มีผลทำให้การทำงานของลิ้นหัวใจเทียมเสียไป และเมื่อฟังเสียงการทำงานของลิ้นหัวใจเทียม จะพบว่ามีเสียงเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความแรงและระยะเวลาของเสียงลิ้นหัวใจเปิด (Opening click, OC) โดยในรายที่มีการอุดตันของลิ่มเลือดที่ลิ้นหัวใจเทียมในตำแหน่งเอออร์ติค จะพบว่าระดับเสียงของลิ้นหัวใจเทียมขณะเปิดจะค่อยลง (low-pitched) หรือมีเสียงอู้อี้ (muffled) หรือไม่ได้ยินเสียงลิ้นหัวใจเทียมเปิดเลย ซึ่งเมื่อเกิดความผิดปกติเช่นนี้ ผู้ป่วยก็จะมีอาการแสดงของปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ ได้แก่ มีอาการหอบเหนื่อยเมื่อออกกำลังกาย ใจสั่น เจ็บหน้าอก เวียนศีรษะและเป็นลมหมดสติได้ ส่วนในรายที่มีการอุดตันของลิ่มเลือดที่ลิ้นหัวใจเทียมในตำแหน่งไมตรัล ผู้ป่วยจะมีอาการของน้ำท่วมปอด (Pulmonary congestion) หรืออาการแสดงของลิ่มเลือดหลุดเข้าไปในระบบไหลเวียน แล้วไปอุดตันตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือสมองและทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการชา อ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายร่วมกับอาการปวดศีรษะ ตามัวมัว เป็นต้น เมื่อฟังเสียงการทำงานของลิ้นหัวใจเทียมจะพบว่าเสียงค่อยลงหรือซาลง (Frankl 1985 : 420 ; Constant 1976 : 382-384 ; Waggoner 1982 : 212)

ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทุกราย จึงจำเป็นต้องมารับการตรวจหาค่าระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดอย่างสม่ำเสมอทุก 1 หรือ 2 เดือน หรือเป็นระยะๆ ตามความเหมาะสมตลอดชีวิต การตรวจหาค่าระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดนั้นทำได้โดยการตรวจหาค่า Prothrombin Time (PT ratio) และค่าที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจก็คือค่าระหว่าง 1.5-2 เท่าของค่าปกติ แต่ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้มีการปรับมาตรฐานในการวัดและการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วย โดยใช้ค่า international normalized ratios (INR) มาเป็นเกณฑ์ ซึ่งค่าที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือค่าที่อยู่ระหว่าง 2-4 ถ้าค่า INR ต่ำกว่า 2 หรือค่า PT ratio ต่ำกว่า 1.5 เท่าของค่าปกติ โอกาสที่เกิดลิ่มเลือดในช่องหัวใจและไปจับกับลิ้นหัวใจก็มีสูง ดังนั้นจึงต้องเพิ่มขนาดของยาคุมาดิน แต่ถ้า INR สูงกว่า 4 หรือค่า PT ratio สูงกว่า 2 เท่าของค่าปกติ เลือดจะแข็งตัวช้ากว่าปกติ ดังนั้นจึงต้องลดขนาดของยาคุมาดินลง (สัมพันธ์ นพวิลาวัณย์ 2532 : 126 ; Collen & Verstraete 1990 : 1782-1783) แต่จากข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาคุมาดินในโรงพยาบาลศิริราช พบว่าคนไทยมีปัญหาเรื่องเลือดออกง่ายมากกว่าชาวตะวันตกถ้าระดับ INR มากกว่า 3 ดังนั้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาลศิริราช แพทย์จึงควบคุมระดับ INR ให้อยู่ในช่วง 2-3 (Laksanabunsong, et al. 1988) ส่วนการดูแลรักษาผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่ได้รับยาแอสไพรินในโรงพยาบาลราชวิถีจะควบคุมค่า PT ratio ให้อยู่ในช่วง 1.5-2 เท่าของค่าปกติ (แผนกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี 2535)

1.2 ภาวะติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ (Prosthetic valve endocarditis)

ลิ้นหัวใจเทียมที่ใส่ให้กับผู้ป่วยถึงแม้ว่าจะทำด้วยวัสดุที่ไม่มีปฏิกิริยากับร่างกาย แต่ถ้ามีภาวะติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเทียมจะเป็นแหล่งที่รับเอาเชื้อโรคจากกระแสเลือดไว้อย่างง่ายดาย ดังจะเห็นได้จากอัตราการเกิดภาวะติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจนั้นสูงถึงร้อยละ 4-5 ที่เดียว (Frankl 1986 : 421 ; จรรยา มะโนทัย 2525 : 57) การติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจนั้นถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายมากโดยทั่วไป แบ่งได้ 2 ระยะคือ การติดเชื้อในระยะ 60 วันแรกหลังผ่าตัด (Early infective endocarditis) และการติดเชื้อภายหลังผ่าตัด 60 วัน (Late infective endocarditis) (Kluge 1982 : 146 ; Frankl 1986 : 421) เมื่อเกิดการติดเชื้อในระยะ 60 วันแรกหลังผ่าตัด อัตราการตายจะสูงถึงร้อยละ 60-90 ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากด้านเทคนิคในการผ่าตัดอาจไม่สะอาดพอ ส่วนการติดเชื้อภายหลังผ่าตัด 60 วันไปแล้วนั้น สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการรักษาไม่และการตรวจร่างกายโดยการสอดใส่เครื่องมือเข้าไปในร่างกาย (Frankl 1986 : 421) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เป็นโรคลิ้นหัวใจพิการที่มีสาเหตุมาจากโรคหัวใจรูมาติก เมื่อกลับไม่บ้านอาจทำให้เกิดโรคไข้รูมาติกได้อีก และหากเกิดการติดเชื้อซ้ำ ก็จะทำให้พยาธิสภาพของลิ้นหัวใจที่เป็นโรคอยู่แล้วกลับเป็นมากขึ้น และอาจเกิดโรคหัวใจรูมาติกของลิ้นหัวใจอื่นที่เหลือได้

อาการแสดงทางคลินิกของการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเทียมที่พบบ่อยคือ มีไข้ ซึ่งอาการไข้จะปรากฏถึงร้อยละ 95-100 ในจำนวนผู้ป่วยที่เป็นทั้งหมด ดังนั้นเมื่อมีไข้มากกว่า 101°F (38.4°C) จึงควรรายงานให้แพทย์ทราบ (Tantum 1985 : 378) และการติดเชื้อในระยะต่อมาอาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วยดังต่อไปนี้ อาการรู้สึกไม่สบายตัว น้ำหนักลด มีจุดเลือดออก ม้ามโต เมื่อฟังเสียงการทำงานของลิ้นหัวใจพบว่ามียเสียง murmur และอาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันตามส่วนต่างๆของร่างกายได้ (Kluge 1982 : 147-148)

1.3 ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure)

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม อาจมีประวัติของภาวะหัวใจล้มเหลวมาช้านาน แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจใหม่ แต่ก็ยังมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้อีก (Tantum 1985 : 378) จากการศึกษาของฟิงเคิลเมอร์และคณะ (Finkelmeier, et al. 1989 : 570) ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระยะติดตามผล พบว่าสาเหตุการตายของผู้ป่วยจากภาวะหัวใจล้มเหลวมีถึงร้อยละ 2 ซึ่งสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวนี้นี้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่คาดว่าอาจเกิดจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่เส้นเลือดโคโรนารี ทำให้มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ การทำงานลิ้นหัวใจเสียไปและภาวะโลหิตจาง เป็นต้น (Frankl 1986 : 422)

อาการแสดงทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ อาการบวม โดยจะเริ่มบวมบริเวณเท้า หน้าแข้ง แขน ใบหน้า ร่วมกับมีอาการน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าเกณฑ์ปกติ 5 ปอนด์ (2.3 กิโลกรัม) มีอาการหายใจลำบากเหมือนนอนราบ และมีอาการเหนื่อยหอบเป็นพักๆในเวลากลางคืน มีอาการหอบเหนื่อยเมื่อออกกำลังกายเพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดบ้าน การเดินทางหรือการประกอบอาชีพตามปกติ เป็นต้น

(Tantum 1985 : 378)

1.4 ภาวะโลหิตจาง (Hemolytic anemia) ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยอาจประสบกับการเกิดภาวะโลหิตจางได้ เนื่องจากการทำงานของลิ้นหัวใจเทียมในส่วนบอลหรือดิสก์เมื่อมีการเคลื่อนไหวจะไปกระทบกับเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงแตกได้ หรือทำให้เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นลง เมื่อเม็ดเลือดแดงถูกทำลายในระยะเวลาสั้นจะทำให้ร่างกายสูญเสียธาตุเหล็ก เกิดภาวะโลหิตจางตามมาในระยะหลังผ่าตัดเป็นเวลาหลายปีได้ (Underhill & McGregor 1989 : 901)

อาการแสดงทางคลินิกที่พบบ่อยนอกจากอาการซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายแล้ว ผู้ป่วยมักมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดจางๆ ภายหลังการทำการกิจกรรมที่ต้องออกแรง แต่เมื่อได้พักหรือเข้าวันรุ่งขึ้นก็จะถ่ายปัสสาวะเป็นปกติ

2) ผลกระทบทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

การรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มิใช่เพียงแต่นำมาซึ่งผลกระทบทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยอีกด้วย ทั้งนี้เนื่องจากคนทั่วไปถือว่าหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญอันหนึ่ง การเป็นโรคหัวใจจึงเสมือนชีวิตถูกคุกคามอย่างร้ายแรง ถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาแล้วก็ตาม โดยเฉพาะภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียในสิ่งที่มีความหมาย และมีความสำคัญต่อชีวิตของตนอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียเหล่านี้ จัดเป็นสิ่งที่เร้าที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดต่อผู้ป่วยอย่างมาก สิ่งเร้าที่สำคัญพอสรุปได้ดังนี้ (กรรณิการ์ สุวรรณโคตร 2529 : 122-126)

2.1 การสูญเสียความรู้สึกที่เป็นปกติ

ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจส่วนใหญ่ จะมีความรู้สึกว่าตนเป็นผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถมีสุขภาพปกติเช่นเมื่อก่อนหรือเมื่อเปรียบเทียบกับผู้มีสุขภาพดีอื่นๆ ในสังคม ทั้งนี้เนื่องจากการที่ต้องเผชิญกับอาการ การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทางร่างกายเป็นระยะๆ ภายหลังผ่าตัด และการที่ต้องปฏิบัติตามเยี่ยงผู้ป่วยไปตลอดชีวิต อาทิ ต้องระมัดระวังดูแลเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเป็นพิเศษ การรับประทานยาให้ตรงเวลาและสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารเฉพาะโรค การพักผ่อน ออกกำลังกาย และต้องปฏิบัติตามแนวทางการรักษา การที่ต้องมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การทำงานของลิ้นหัวใจที่สูญเสียหน้าที่ไป และเพื่อการบำบัด รักษา สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ไม่มั่นใจในตนเอง มีความละอายใจ รำคาญ หรือเบื่อหน่ายร่วมไปกับความรู้สึกไม่ปกติของตน

2.2 การสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะในร่างกายและการทำงานของสภาพจิตใจ

ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การทำงานของลิ้นหัวใจอาจยังทำงานได้ ไม่สมบูรณ์เต็มที่ หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีลิ่มเลือดไปอุดตันที่เส้นเลือดโคโรนารี

ทำให้มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งภาวะเหล่านี้ส่งผลต่อหน้าที่การทำงานของหัวใจ ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีอาการบวมร่วมกับน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ไม่สู้สบาย อ่อนเพลีย เห็นอย่างง่ายไม่สามารถทำงาน เล่นกีฬาหรือประกอบกิจกรรมอื่นๆได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเก็บตัว ถอยห่างจากสังคม และเมื่อเผชิญกับภาวะเครียดเหล่านี้อยู่เสมอจะทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกวิตกกังวล กลัวและซึมเศร้า โกรธฉุนเฉียวง่าย มีแนวโน้มคิดถึงตนเองในทางเลื่องลง ไม่กลับไปทำงาน หมดสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น (Blacher 1975 : 56 ; Stanton 1984 : 528 ; Heller, et al. 1975 : 908)

2.3 การสูญเสียความสามารถพึ่งตนเองได้อย่างอิสระ

ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงในการพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่นมากขึ้นเพียงใด ก็ขึ้นอยู่กับสภาพของโรคที่เผชิญอยู่ กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน หรือสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลในครอบครัวและสังคมได้มากขึ้น และมีผู้ป่วยบางส่วนมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง เนื่องจากมีความรู้สึกว่าตนสูญเสียความแข็งแรงของร่างกายและความสามารถในการพึ่งพาตนเองไป มีอาการของการพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป หรืออาจจะแสดงออกโดยการบ่นถึงความเจ็บป่วยทางกายมากกว่าสาเหตุของโรคที่เป็นอยู่ พร้อมทั้งต้องการให้ครอบครัวสนใจและเอาใจใส่ตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย เศร้าโศกและต้องการการประคับประคองด้านจิตใจมาก นอกจากนี้ความรู้สึกที่ว่าตนเองต้องพึ่งพาลิ้นหัวใจเทียมทำหน้าที่แทนอวัยวะจริงๆ จะมีผลต่อความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาดังนี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกโกรธเมื่อไม่ได้ตั้งใจและมีผลต่อความรู้สึกของมโนทัศน์ต่อตนเองในทางลบ ไม่พึงพอใจและไม่รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น

2.4 การสูญเสียความพึงพอใจในตนและอัตมโนทัศน์

ภาวะของโรคและการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อวัยวะส่วนต่างๆ และความสามารถในการทำงานของร่างกาย เช่น รอยแผลจากการผ่าตัดที่กลางทรวงอก เสียงจิ้งหะการทำงานของลิ้นหัวใจเทียม ร่างกายที่พอมแห่งทรุดโทรม หรือร่างกายที่มีอาการบวมที่เท้า ท้อง ใบหน้า เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพตนเองไม่สวยงาม ไร้คุณค่า ไม่พอใจตนเอง ไม่ภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งส่งผลต่ออัตมโนทัศน์โดยรวมของผู้ป่วยและทำให้มีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการสูญเสีย โดยมีอาการซึมเศร้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่สนใจตนเองหรือสิ่งแวดล้อมหนีห่างจากสังคมและมีความล้มเหลวทางเพศสัมพันธ์

2.5 การสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนในอนาคต

แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแล้ว แต่โอกาสที่การดำเนินของโรคเป็นไปในทางเลื่องก็ยังมียู่ แม้ผู้ป่วยจะมารับการติดตามดูแลรักษาอย่าง

สม่ำเสมอ ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด แต่ก็ไม่สามารถควบคุมความรุนแรงของโรค หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทั้งในทางที่ดีขึ้นและเลวลงสลับกันไปได้ สภาพการณ์เช่นนี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ระยะเวลาของการใช้ลิ้นหัวใจเทียม กลัวจะรักษาไม่หายต้องผ่าตัดซ้ำ และกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคเป็นต้น ซึ่งสภาวะการณ์ที่ไม่แน่นอนในอนาคตเหล่านี้ดำรงอยู่นานๆ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้และหมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคในที่สุด

2.6 การเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพในครอบครัวและการเข้าสังคม

ภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการเจ็บป่วยและการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจนั้น จะส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัวและสังคมเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอารมณ์โกรธ จุนเจ็ว หงุดหงิดง่าย ใจน้อย ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวสนใจและเอาใจใส่ตนเองมากขึ้น มีอาการแสดงถึงการพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป พฤติกรรมเหล่านี้เมื่อเกิดในระยะยาว จะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดหมดความอดทน อยากรู้อย่างหรือแยกจากไป นอกจากนี้ภายหลังผ่าตัดซึ่งอยู่ในช่วงปรับตัวระยะหนึ่งนั้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ยังไม่เป็นไปตามปกติ เช่น การกลับเข้าทำงาน ประกอบกับมีความรู้สึกว่าตนเองผิดปกติไปจากผู้อื่น กังวลต่อปฏิกิริยาของผู้อื่นต่อการผ่าตัดหัวใจของตนเมื่อออกจากบ้าน ทำให้ผู้ป่วยแยกตนเอง การเข้าสังคมน้อยลง สูญเสียสัมพันธภาพที่เป็นระบบสนับสนุนคำจูงใจที่ดี เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ผู้ป่วยจึงมีปฏิกิริยาด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤตสูงและคงอยู่นาน ทำให้ความสามารถในการปรับตัวเป็นไปได้ยากขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าเหว่ ขาดที่พึ่งหมดกำลังใจและซึมเศร้ารุนแรงได้

2.7 การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวและสังคม

ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจความสามารถในการทำงานต่าง ๆ อาจลดลงไม่เป็นไปตามปกติ หรือความรู้สึกด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยจะมีการรับรู้การสูญเสียความรู้สึกที่เป็นปกติ ความเข้มแข็งทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ความเข้าใจในความสามารถสมรรถภาพของร่างกายของตนผิดไป ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัวและสังคม กล่าวคือผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมในการพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว และอาจไม่ยอมกลับไปทำงานแม้ไม่มีอาการแสดงของโรคหัวใจแล้วก็ตาม นอกจากนี้การที่สมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนบทบาท จากการพึ่งพาผู้ป่วยขณะเป็นหัวหน้าครอบครัวมาเป็นผู้ที่ให้ผู้ป่วยพึ่งพานั้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผิด ละอายใจ รู้สึกตนไร้คุณค่าที่ไม่สามารถรับผิดชอบครอบครัวตามบทบาทเดิมได้ เกิดความเครียดและความขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งอาจทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวสูญเสียไปได้

2.8 การเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต

โรคลิ้นหัวใจพิการที่ดำเนินมาเป็นเวลานาน และนายาสภาพของโรคมี

ความรุนแรงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากข้อจำกัดทางร่างกาย ไม่สามารถทำอะไรได้เหมือนคนทั่วไป และต้องพึ่งพาบุคคลอื่นตลอดเวลา เมื่อได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตที่เคยจำกัด อาการของโรคหัวใจทุเลาลง สามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น และคาดหวังว่าสมรรถภาพของตนเองจะดีขึ้นเรื่อยๆ สามารถกลับไปทำงาน ดำเนินบทบาททางครอบครัวและสังคมได้ดังเดิม แต่ผู้ป่วยบางรายอาจต้องเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้ ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตไปอีกรูปแบบหนึ่ง นอกจากนี้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกราย จำเป็นต้องเรียนรู้และปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารเคี้ยวช้าๆ การงดสูบบุหรี่ งดดื่มเหล้า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การสังเกตอาการผิดปกติ และการช่วยเหลือตนเองในระยะแรก เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายาม ความพากเพียร ควบคุมฝึกฝนตนเองให้ได้

การประเมินภาวะสุขภาพในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

จากการสรุปความหมายของ "ภาวะสุขภาพ" ว่าหมายถึง ภาวะหรือสภาวะของร่างกายและจิตสังคมของผู้ป่วย ซึ่งภาวะสุขภาพทางร่างกายประกอบด้วย ความสามารถของร่างกายในการเคลื่อนไหวเพื่อประกอบกิจกรรมต่างๆ ตามบทบาทของแต่ละบุคคล เช่น ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่เป็นในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดบ้าน ฯ ความสามารถในการเดินทาง ได้แก่ การเดินในระยะทางไกล การเดินทางด้วยการขับรถยนต์หรือขึ้นรถประจำทาง ฯ และความสามารถในการประกอบอาชีพ เป็นต้น และรวมถึงอาการและอาการแสดงผิดปกติจากภาวะของโรคหรือภาวะแทรกซ้อน ทั้งด้านร่างกายหรือจิตใจของบุคคลนั้นด้วย ดังนั้นในการประเมินภาวะสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงแบ่งออกได้เป็น 2 ประเด็น คือ ภาวะสุขภาพทางร่างกายและภาวะสุขภาพทางจิตสังคม ซึ่งการประเมินภาวะสุขภาพไม่สามารถกระทำได้โดยการสังเกตโดยตรงเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องทดลองมาช่วยประเมินร่วมด้วย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ภาวะสุขภาพทางร่างกาย (Physical Health)

ตัวบ่งชี้ถึงความสมบูรณ์และความสามารถในการทำงานอย่างกลมกลืนของร่างกายที่นิยมใช้กันมากคือ สภาวะที่ร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ (functional status) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยึดหลักการแบ่งระดับเช่นเดียวกับ New York Heart Association Functional Classification มีดังนี้

ระดับที่ 1 : มีโรคหัวใจแต่ขณะทำกิจกรรมตามปกติ เช่น การทำงาน การออกกำลังกาย ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

ระดับที่ 2 : ขณะทำกิจกรรมตามปกติ เช่น การกวาดบ้าน ถูบ้าน การเดินในระยะทางไกลๆ ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ แต่จะมีอาการถ้าออกกำลังกายมากกว่าปกติ เช่น การวิ่ง การเดินขึ้นบันไดเร็วๆ เป็นต้น และจะกลับรู้สึกสบายดีเมื่อหยุดพักสักระยะหนึ่ง หลังจากนั้นก็สามารถทำกิจกรรมต่อไปได้

ระดับที่ 3 : ขณะทำกิจกรรมที่ออกแรงเพียงเล็กน้อย เช่น การกวาดบ้าน การเดินไปห้องน้ำ ผู้ป่วยก็จะมีอาการเหนื่อยหอบ และจะกลับรู้สึกสบายดีเมื่อได้หยุดพักหรืออยู่เฉยๆ

ระดับที่ 4 : ขณะพัก เช่น นอนหรือนั่งอยู่บนเตียงเฉยๆ ผู้ป่วยก็จะมีอาการเหนื่อยหอบ และการออกแรงเพียงเล็กน้อยก็จะทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบมาก

ซึ่งรายละเอียดของกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับการประเมินผู้ป่วยกลุ่มนี้แบ่งเป็น 6

ประเด็นคือ

- 1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแปรงฟัน การแต่งตัว เป็นต้น
- 2) การปฏิบัติกิจกรรมภายในบ้านหรือบริเวณรอบๆบ้าน ได้แก่ การกวาดบ้าน ถูบ้าน ซักผ้า รีดผ้า ล้างรถ แต่งสวน ประกอบอาหาร เป็นต้น
- 3) การขึ้นลงบันไดในระยะ 20 ขั้น ด้วยความเร็วปกติ โดยไม่หยุดพักกลางทาง
- 4) การเดินในระยะทางไกลมากกว่า 1 กิโลเมตร หรือการเดินด้วยความเร็วปกติมากกว่า 20 นาที โดยไม่หยุดพักกลางทาง
- 5) การเดินทางด้วยการขับรถยนต์ หรือโดยสารรถประจำทาง
- 6) การทำงานประกอบอาชีพ

นอกจากนี้ยังต้องประเมินถึงอาการ และอาการแสดงที่ผิดปกติที่บ่งบอกถึงอาการ ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

1. อาการของภาวะหัวใจวาย (Heart failure) ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย อาการบวมตามส่วนต่างๆของร่างกายร่วมกับภาวะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าเกณฑ์ปกติ 5 ปอนด์ หรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าวันละ 0.5-1 กิโลกรัม และอาการเจ็บหน้าอก เป็นต้น

2. อาการภาวะเลือดออกผิดปกติ (bleeding disorder) จากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ระดับคือ

2.1 เลือดออกผิดปกติชนิดไม่ร้ายแรง (Minor bleeding) ได้แก่ มีจ้ำเขียวตามตัว มีเลือดกำเดาออก เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเข้ม

2.2 เลือดออกผิดปกติชนิดร้ายแรง (Major bleeding) ได้แก่ ปัสสาวะเป็นเลือด อุจจาระเป็นเลือด ประจำเดือนมาผิดปกติ เลือดออกในข้อ เลือดออกในสมอง เป็นต้น

ซึ่งอาการที่ปรากฏบ่อยและนำมาใช้ในการประเมินได้แก่ อาการเลือดออกตามไรฟัน จ้ำเลือดตามตัว อาการถ่ายปัสสาวะ อุจจาระเป็นเลือด อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัวร่วมกับ อาการชาอ่อนแรงของแขนขา เป็นต้น

3. อาการจากภาวะติดเชื้อในร่างกาย (Infection) ได้แก่ อาการไข้ ไอ เจ็บคอ อาการช้ำ อ่อนเพลีย อาการแพ้ผื่น เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีการผิดปกติทางด้านร่างกาย ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยอุปกรณ์ทางการแพทย์ การตรวจทางห้องทดลอง และการตรวจร่างกายเข้ามามีส่วนช่วยประเมินเช่น อุณหภูมิของร่างกาย การฟังเสียงการทำงานของหัวใจและลิ้นหัวใจเทียม การวัดความดันโลหิตและการหาระยะเวลา ในการแข็งตัวของเลือด (Prothrombin Time or INR) เป็นต้น

2) ภาวะสุขภาพจิต (Mental Health)

ภาวะเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับภาวะของโรคและการรักษา ซึ่งปัญหาภาวะสุขภาพร่างกายย่อมส่งผลต่อสภาพจิตใจผู้ป่วยด้วย กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไม่สามารถปรับตัวฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายให้เป็นปกติได้ มักเกิดปัญหาทางจิตใจในด้านการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ซึ่งอาการแสดงที่พบบ่อยคือ อารมณ์ซึมเศร้า (depression) หดหู่ใจเมื่อนึกถึงโรคที่เป็นอยู่ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม มีอารมณ์หงุดหงิด โกรธ ฉุนเฉียวง่าย เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยสามารถปรับตัวมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนได้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น ดังนั้นในการประเมินภาวะสุขภาพจิตจึงควรประเมินในอาการแสดงเหล่านี้

จะเห็นได้ว่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยต้องประสบกับปัญหาและภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมมากมาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยตาย พิการ เป็นอัมพาต ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบอาชีพ การงาน ออกกำลังกาย ดำรงบทบาทในครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ และอาจต้องเข้ารับการรักษาสภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลไปหลายราย ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถป้องกัน ควบคุมมิให้เกิดขึ้นมาได้ หรือเมื่อเกิดปัญหาขึ้นมาแล้วก็สามารถทำให้บรรเทาได้ ถ้าผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจภายหลังการผ่าตัดอย่างถูกต้อง รวมทั้งมีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ ให้ความร่วมมือในการรักษา และมีการเรียนรู้ที่จะปรับกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ให้สอดคล้องกับแผนแผนการดำเนินชีวิตเสียใหม่ให้เหมาะสม ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความร่วมมือในการรักษานั้นจัดเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเอง

มโนทัศน์ของการดูแลตนเอง (Concept of Self-care)

ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้เป็นที่สนใจของบุคลากรในทีมสุขภาพ และมี

ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นไว้หลายทัศนะ แต่ความรู้เหล่านี้ยังไม่สามารถเชื่อมโยงด้วยการใช้ถ้อยคำที่ธรรมดาได้ และขอบเขตของแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองนั้น ก็ยังไม่สามารถกำหนดได้แน่นอน อย่างไรก็ตามแนวคิดเกี่ยวกับลักษณะการดูแลตนเองจะครอบคลุมในสิ่งต่อไปนี้ (Gant: 1990 : 2)

1. เป็นสถานการณ์และปรากฏการณ์ทางสังคม
2. ครอบคลุมถึงความสามารถในการปฏิบัติตนและการตัดสินใจ
3. ขึ้นอยู่กับความรู้ ทักษะ ค่านิยม แรงจูงใจ การเชื่ออำนาจในตนและความสามารถของตนเอง (Locus of Control and efficacy)
4. จุบรวมขึ้นอยู่กับทิศทางการดูแลสุขภาพ ภายใต้การควบคุมของแต่ละบุคคล เช่น นโยบายทางสังคมหรือพระราชบัญญัติ

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางด้านการพยาบาลมีผู้ให้ความหมายที่สำคัญพอสรุปได้ดังนี้

ฮิลและสมิท (Hill & Smith 1985 : 9) มีแนวความคิดว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ประชาชนได้ริเริ่มอย่างมีจุดมุ่งหมาย และจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ หรือการป้องกัน การกำจัดหรือการรักษาโรค ซึ่งมนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้ หรือพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองที่กำลังเริ่มเกิดขึ้น ไม่ภายในภยันตรายของแต่ละบุคคล ซึ่งองค์ประกอบของการดูแลตนเองนั้นประกอบด้วย การดูแลตนเองทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยทางด้านจิตใจได้กล่าวถึงสัมพันธภาพ สุขภาพจิต การผ่อนคลาย การปฏิบัติทางจิตและวิญญาณ การนอนหลับและรับประทานอาหาร สิ่งแวดล้อม การมีเพศสัมพันธ์ และภาวะสุขภาพทางกายได้กล่าวถึงการส่งเสริมแบบแผนการดำเนินชีวิตและการจัดการความเครียด เป็นต้น

ส่วนนอร์ริส (Norris 1979 : 486) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและครอบครัวมีการริเริ่ม มีความรับผิดชอบและทำหน้าที่ในการพัฒนาขีดความสามารถทางภาวะสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. การดูแลตนเองในลักษณะของการสังเกตอาการ หรือปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกายตลอดจนจิตใจของตน เพื่อประเมินหรือวินิจฉัยภาวะสุขภาพของตนอย่างต่อเนื่องทั้งในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย ซึ่งต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อลงความเห็นและนำไปสู่การตัดสินใจในการเลือกหรือละเว้นการปฏิบัติ

2. การดูแลตนเองเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตให้เป็นไปตามปกติ ได้แก่ กิจกรรมประจำวันที่เกิดจากการเรียนรู้และยอมรับที่จะปฏิบัติจนเป็นนิสัย เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน การรับประทานอาหาร เป็นต้น

3. การดูแลตนเองตามการรักษาให้เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งการดูแลตนเองในลักษณะนี้ต้องการข้อมูล คำแนะนำ เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา หรือการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับความสามารถ สอดคล้องกับค่านิยมและความเชื่อของตน

4. การดูแลตนเองในการป้องกันโรคหรือความไม่สมดุลทางสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยที่ปรึกษาในการให้ความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อมวลชน

5. การดูแลตนเองตามความต้องการที่เฉพาะเจาะจงด้านสุขภาพ โดยบุคคลนั้นต้องได้รับรู้ถึงแหล่งบริการในชุมชนที่ควรไปรับบริการเมื่อเกิดความต้องการ และการเปิดโอกาสให้บุคคลหรือองค์กรในชุมชนเข้ามามีบทบาท ในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้บทบาทนี้เป็นไปอย่างกว้างขวางและตรงตามความต้องการยิ่งขึ้น

6. การดูแลตนเอง ในแง่ของการตรวจสอบและติดตามแผนการรักษา เพื่อเรียนรู้ขั้นตอนในการรักษาที่ตนจะได้รับและสามารถตรวจสอบได้ว่าถูกต้องตามนั้นหรือไม่

7. การดูแลตนเอง โดยการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ตลอดจนปัญหาทางสุขภาพและข้อเสนอแนะในการแก้ไขหรือข้อคิดเห็นต่าง ๆ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคคล้ายคลึงกัน (Norris 1976 : 486-489)

จะเห็นได้ว่าแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้น มีความคล้ายคลึงกันในประเด็นที่ว่า การดูแลตนเองเป็นความรับผิดชอบของบุคคลต่อตนเอง สนใจสุขภาพตนเอง สามารถช่วยเหลือตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับโดโรธี อี โอเร็ม (Dorothea E. Orem) นักทฤษฎีการพยาบาลที่สร้างทฤษฎีการดูแลตนเองและนำมาใช้ในการพยาบาล โดยมีแนวคิดว่าการดูแลตนเองเป็นภารกิจกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Orem 1980 : 35)

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ได้กล่าวถึงแนวคิดหลักไว้ 6 ประการ คือ (Orem 1985 : 31-32)

1. การดูแลตนเอง (Self-care) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยจิตใจของบุคคลที่มีภูมิจิต ภูมิปัญญา ทำให้มีผลต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมชีวิต การทำงานและความเป็นอยู่ที่ดี

2. ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self care demand) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ทำให้เกิดผล ดำรงไว้ซึ่งชีวิต ส่งเสริมภาวะสุขภาพ การพัฒนาการและเกิดความผาสุก (Orem 1985 : 88)

3. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) เป็นความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง โดยเป็นความสามารถที่ค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถในการตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง และรวมถึงเป็นความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้น

4. ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) คือผู้ป่วยไม่สามารถจะทำกิจกรรมการดูแลตนเองให้ตอบสนองความต้องการที่มีอยู่ในขณะนั้นได้

5. ความสามารถในการพยาบาล (Nursing agency) เป็นความสามารถของพยาบาลในการทำกิจกรรมการพยาบาลเพื่อค้นหาความต้องการ ออกแบบวางแผน และให้การดูแลผู้ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง

6. ระบบการพยาบาล (Nursing system) เป็นระบบการช่วยเหลือที่ต่อเนื่อง โดยพยาบาลจะต้องเป็นผู้ประสานเชื่อมโยงวิถีทางแห่งความช่วยเหลือต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น หรือเพื่อควบคุมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล

และทฤษฎีทางการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็มนั้นมีความสัมพันธ์กันอยู่ 3 ทฤษฎีคือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing system) ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) และทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) (Orem 1985 : 33-39 ; Orem & Taylor 1986 : 43-44)

ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System)

แนวคิดหลักของทฤษฎีนี้ว่า ระบบการพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลใช้ความสามารถของตนในการออกแบบวางแผนและจัดให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มได้ กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยให้อุปการะมีความสามารถในการดูแลตนเอง หรือบรรลุถึงความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด

ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit)

แนวคิดหลักของทฤษฎีนี้ว่า บุคคลทั่วไปสามารถได้รับประโยชน์จากการบริการพยาบาล เมื่อบุคคลนั้นมีข้อจำกัดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถที่จะดูแลตนเองได้ หรือให้การดูแลผู้อื่นอย่างต่อเนื่องได้ ทำให้การดูแลนั้นไม่มีประสิทธิภาพสมบูรณ์หรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ ที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้นบุคคลนั้นจึงต้องการพยาบาล

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care)

ในทฤษฎีนี้ได้กล่าวว่า บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโต จะปรับหน้าที่และนัดหมายของตนเอง ตลอดจนป้องกัน ควบคุม กำจัดโรคและการบาดเจ็บต่างๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่และ

พัฒนาการของตนเอง (Orem & Taylor 1986 : 44) เป็นพฤติกรรมที่ต้องเรียนรู้ภายในกลุ่มสังคมของตนเอง โดยการเรียนรู้สัมพันธและสื่อสารซึ่งกันและกันเพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นให้กับคนนั้นๆ

การดูแลตนเองนั้นเป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย (deliberate action) มีแบบแผนและขั้นตอน จุดประสงค์ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นก็คือ ความต้องการการดูแลตนเอง (self-care requisites) (Orem 1991 : 125-134) ซึ่งความต้องการในการดูแลตนเองนั้นเป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ โดยโอเร็มได้แบ่งไว้ 3 ประเภทดังนี้คือ

1. ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่พบได้ทุกช่วงชีวิตของบุคคล เป็นกระบวนการของชีวิตในการที่จะส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของโครงสร้าง หน้าที่การทำงานของร่างกาย (Orem 1980 : 37) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้ (Orem 1985 : 92 ; Orem 1991 : 125-130 ; เนืงศรี ระเบียบ 2525 : 229 ; จินตนา ชูนิพันธ์ 2529 : 131 ; สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 12-14) 1) การได้รับอากาศ อาหารและน้ำอย่างเพียงพอ 2) การดูแลเรื่องการขับถ่ายและการระบายของเสีย 3) การรักษาสสมดุลระหว่างการประกอบกิจกรรมและการพักผ่อน 4) การรักษาสสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 5) การป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิตการทำงานและสวัสดิภาพ 6) การส่งเสริมความต้องการเป็นปกติ

2. ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเพื่อสนับสนุนและคงไว้ซึ่งกระบวนการพัฒนาการในแต่ละช่วงชีวิตมนุษย์ให้ดำเนินไปอย่างเหมาะสม มี 2 แบบคือ (Orem 1991 : 130-132) 1) การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่จะสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการตั้งแต่วัยในครรภ์มารดาจนกระทั่งเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ และ 2) เตรียมพร้อมในการดูแลเพื่อป้องกันผลกระทบจากสถานการณ์ที่จะส่งผลเสียต่อพัฒนาการของมนุษย์ หรือบรรเทา หรือเอาชนะผลกระทบจากสถานการณ์ที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม ความล้มเหลวในการพัฒนาภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล การขาดญาติมิตร เพื่อน ผู้ร่วมงาน การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมต่างๆ และความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและภาวะใกล้ตาย

3. ความต้องการการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเพื่อบรรเทาและขจัดอาการที่เกิดเนื่องจากความพิการแต่กำเนิด จากโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติโดยการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ให้กลับสู่การมีสุขภาพดีโดยเร็ว ประกอบด้วยกิจกรรมได้แก่ (Orem 1991 : 133-134) 1) แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพ 2) รับรู้ สนใจต่อผลกระทบจากพยาธิสภาพรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการ 3) การปฏิบัติตามการวินิจฉัย การรักษาทางการแพทย์และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันพยาธิสภาพ ความรุนแรง



ของโรคที่เกิดขึ้น ความคุมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ เพื่อแก้ไขและปรับตัวต่อความพิการ ความผิดปกติที่เกิดขึ้น 4) ตระหนักและเอาใจใส่ในการปรับและควบคุมความไม่สุขสบายหรือผลข้างเคียงจากการรักษาและการดำเนินของโรค 5) ปรับเปลี่ยนอัตรมาโนทัศน์และภาพลักษณ์ให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพและความจำเป็นในการรักษา 6) เรียนรู้ในการดำเนินชีวิตที่อยู่ในภาวะของโรคและผลจากการวินิจฉัย การรักษาของแพทย์ในรูปแบบที่ส่งเสริมพัฒนาการส่วนบุคคล

ดังนั้นในภาวะเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาของแพทย์ทำให้บุคคลนั้นมีความต้องการในการดูแลเพิ่มขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่เฉพาะในขณะนั้น พยาบาลจะต้องเข้าไปมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลนั้น มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่ม และปฏิบัติเพื่อประโยชน์ในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน (Orem 1985 : 84) ซึ่งความสามารถของแต่ละบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เรียกว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care agency)

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถอันสัมพันธ์กับข้อของบุคคลที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (Orem 1991 : 146) โดยโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองนั้นประกอบด้วยแนวคิดอยู่ 3 ส่วนคือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)
2. พลังความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Power components enabling for self-care operations)
3. ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)

ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operation)

เป็นความสามารถที่จำเป็นโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองนั้นจะอยู่ในระดับใด ก็ขึ้นอยู่กับพัฒนาการของ

แต่ละบุคคล รวมทั้งพัฒนาการการเป็นผู้ชี้นำตนเอง ควบคุมตนเอง พัฒนาการทางร่างกาย ความนึกคิดและจิตสังคม อาจเป็นความสามารถที่ได้รับการพัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนา (Orem 1985 : 123) และการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองนั้นมีรูปแบบเป็นการกระทำอย่างจงใจ ซึ่งมีระยะของการปฏิบัติดังนี้ (Orem 1991 : 149 ; Orem 1979 : 189-193)

1. การคาดการณ์ (Estimative operation) เป็นความสามารถในการตรวจสอบ สถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย ความต้องการและแนวทางที่จะสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. การปรับเปลี่ยน (Transitional operation) เป็นความสามารถในการ พิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ สมควรจะทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการ ดูแลตนเองที่จำเป็น

3. การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)

เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย จากการสำรวจของแบคส์โคเดอร์ในปี 1979 สามารถแบ่งกลุ่มของความสามารถ และคุณสมบัติ ขั้นพื้นฐานได้ดังนี้ (Orem 1991 : 152-153)

1. ความสามารถพื้นฐานของการกระทำ (Selected Basic Capabilities) เป็นความสามารถพื้นฐานสำหรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมในรูปแบบอื่นๆ แบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ

1.1 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) การเรียนรู้ (Learning) การออกกำลังกายหรือการทำงาน การควบคุมท่าทางและการเคลื่อนไหวของร่างกาย

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

2. ความสามารถที่จะรู้และความสามารถที่จะกระทำ (Knowing and Doing capabilities) เป็นความสามารถที่เป็นผลจากองค์ประกอบด้านความสามารถในการใช้เหตุผล (Rational agency) ความสามารถที่จะรู้ในการกระทำ (Operational knowing) ทักษะ ในการเรียนรู้ได้แก่ การอ่าน การนับ การเขียน การพูด การรับรู้ การทำงานและและการใช้ เหตุผล และความสม่ำเสมอในการที่จะรู้และจะกระทำ (Self-consistency in knowing and doing)

3. คุณลักษณะที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมาย (Dispositions Affecting Goals Sought) เป็นการแสดงถึงภาวะที่มีผลต่อความตั้งใจในการมองตนเองและการยอมรับ

ตนเองเป็นผู้ที่ต้องดูแลตนเอง ประกอบด้วยความเข้าใจในตนเอง (Self-understanding) การตระหนักในตนเอง (Self-awareness) ภาพลักษณ์ (Self-image) การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-value) การยอมรับในตนเอง (Self-acceptance) ความสนใจในตนเอง (Self-concern) การยอมรับสภาพการทำงานของร่างกายและความตั้งใจที่จะสนองความต้องการของตนเอง

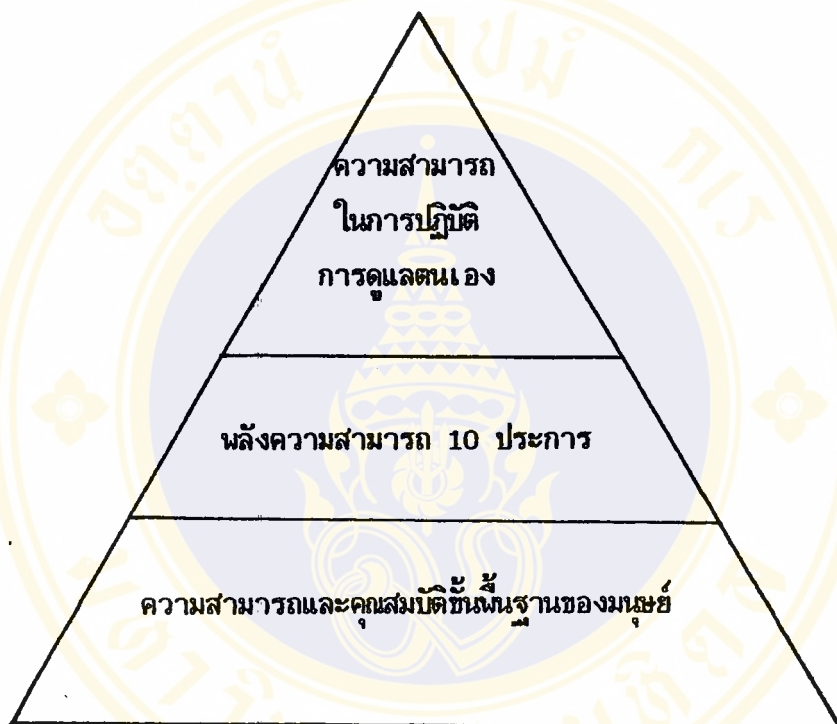
4. ความสามารถและคุณสมบัติในการกระทำ (Significant Orientative Capabilities and Dispositions) ประกอบด้วยความสนใจและความตั้งใจในการดูแลตนเอง ความสนใจในสุขภาพของตนเองหรือความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง

พลังความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Power components : enabling for self-care operations)

เป็นพลังพื้นฐานของมนุษย์ที่สำคัญในการปฏิบัติการการดูแลตนเอง โดยพลังความสามารถนี้ เป็นตัวกลางที่เชื่อมระหว่างความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองกับความสามารถ และคุณสมบัติพื้นฐานในการกระทำ พลังความสามารถประกอบด้วยพลังพื้นฐาน 10 ประการได้แก่ (Orem 1991 : 154-155)

1. ความสนใจและเอาใจใส่ตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายนอกในภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง
2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ สำหรับริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
3. ความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายที่จำเป็นในการริเริ่ม เพื่อปฏิบัติการดูแลตนเองให้สมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง
4. ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง
5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง
6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
7. มีความสามารถในการแสวงหาและจดจำความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และนำความรู้ไปใช้
8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา มีความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อนำมาปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง
9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลตนเอง เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำรงชีวิต

จะเห็นได้ว่าความสามารถในการดูแลตนเองนั้นเป็นเมโนมิติที่กว้างและมีหลายมิติ แกสท์ เดนยีส และแคมเบล (Gast, Denyes & Cambell 1989 : 27) ได้วิเคราะห์ถึงองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้น และพบว่าความสามารถในแต่ละชั้น จะเป็นพื้นฐานของความสามารถในชั้นต่อไป จึงได้เสนอรูปแบบโครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง ดังภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง (Gast, Denyes & Cambell 1989 : 27)

นอกจากนี้ในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองนั้นเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่ง และพื้นฐานในการแสดงความสามารถของการดูแลตนเองนั้นต้องอาศัยการเรียนรู้ การใช้ความรู้ร่วมกับแรงจูงใจและทักษะต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลเนื่องมาจากปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) ในด้านเพศ อายุ ระยะเวลาการ สังคมชนบทชนเมือง ประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต (Orem 1985 : 220) และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองนั้น ไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผลกัน (Causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่าการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวข้างต้น (สมจิต ทุมเจริญกุล 2534 : 40) เพราะเป็นปัจจัยที่ส่งผลถึงความแตกต่างในการตัดสินใจพฤติกรรม และแสดงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสิ่งที่เร้าทั้งภายนอกและภายในที่เข้ามากระทบในแต่ละสถานการณ์ หรืออาจกล่าวได้ว่าความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นเสมือนระบบเปิดที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายใน การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่างย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตามมา (Joseph 1980 : 136-137)

ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยพื้นฐานที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้คือ

1. เพศและอายุ ถือเป็นข้อบ่งชี้ความแตกต่างของความสามารถทางร่างกายในการริเริ่มหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง และยังเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่ของร่างกายและสรีรวิทยา (Orem 1985 : 42) โดยเพศจะเป็นตัวกำหนดบทบาทของมนุษย์ในสังคม เพศชายได้รับการยกย่องเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้สืบสกุลจึงได้รับการสนับสนุนให้การศึกษาในชั้นสูง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจึงมีความพยายามแสวงหาความรู้ที่จะนำมาปฏิบัติให้ชีวิตตนปลอดภัย ส่วนเพศหญิงจะมีลักษณะเป็นผู้ตาม การปฏิบัติสิ่งใดขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของผู้ใดในครอบครัว และไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนในด้านการศึกษามากนัก เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นคาดว่าจะไม่เป็นอะไรมาก จึงไม่ค่อยสนใจหรือชวนหาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเท่าที่ควร บางรายปล่อยให้การดำเนินของโรครุนแรงจนบางครั้งไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าเพศชายจะมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง แต่จากงานวิจัยต่างๆ ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าเพศมีอิทธิพลต่อความสามารถและการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง

ส่วนอายุจะพบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่างๆในชีวิต ซึ่งจะส่งผลถึงความแตกต่างในการแสดงออกเกี่ยวกับความอดทน การมองปัญหา ความเข้าใจ การใช้เหตุผลและการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือเมื่อบุคคลมีอายุ วุฒิภาวะสูงขึ้นย่อมสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเองและมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุ วุฒิภาวะต่ำกว่า แต่ผลจากการวิจัยก็พบทั้งสนับสนุนและขัดแย้งแนวความคิดนี้ เช่น การศึกษาของนวลทิมขันธ์ ลิ้มปณวัสน์ (2531 : 78-79) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอจำนวน 100 ราย พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 36 ปี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีที่สุด และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 51 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้อยที่สุด และการศึกษาของเรมวอล ภัณฑุ์วัฒน์ (2524 : จ) ที่ศึกษาการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 200 ราย พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น

2. สถานภาพสมรส เป็นสถานภาพทางสังคมของผู้ป่วยโดยแบ่งตามการสมรส ซึ่งโอเร็ม (Orem 1985 : 91-120, 221) ได้กล่าวไว้ในประเด็นของระบบครอบครัว อยู่ในหัวข้อแหล่งประโยชน์ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมดังนี้คือ บุคคลที่อยู่ในระบบครอบครัวจะได้รับข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหาและได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่รักของบุคคลที่ใกล้ชิด มีคนที่เรารู้สึกไว้วางใจได้ในยามทุกข์ นอกจากนี้ยังได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและบริการต่างๆ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น งานวิจัยต่างๆพบว่าแรงสนับสนุนจากคู่สมรสจะช่วยให้บุคคลปรับตัวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี เช่น การศึกษาของสุภาภรณ์ ด้วงแพง (2531 : ค) ที่ศึกษาการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัว ตามแนวความคิดของโอเร็มเชื่อว่าการศึกษเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง (Orem 1985 : 175) โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษาตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า (Muhlenkamp & Sayles 1986 : 336) และจากการศึกษาของรูธ (Ruth 1973 : 135-136) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาดำรงกับปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติตนเนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ดังนั้นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย นอกจากนี้การศึกษายังเป็นพื้นฐานสำคัญของการมีรายได้อีกด้วย เพราะบุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมจะมีโอกาสในการประกอบอาชีพที่ดี ซึ่งจะทำให้มีรายได้สูงขึ้น และฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม

นั้นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ที่ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า จะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเอง ซึ่งต่างจากผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะมีความรู้ที่น้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ตลอดจนแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender 1982 : 161-162) งานวิจัยที่สนับสนุนแนวคิดนี้ได้แก่ ผลการศึกษาของเรมวอล นัมท์ศุภวัฒน์ (2524 : 161-162) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาของรัตน มาศเกษม (2527 : ง) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราในทัศนคติและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยลมบ้าหมู และผลการศึกษาของัทรา จุลวรรณ (2529 : ก) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราในทัศนคติและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งมีความสอดคล้องกันคือ ระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการศึกษาของสมใจ ยัมวิไล (2531 : ก-ง) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่าระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ระยะเวลาในการรักษาโรคจัดเป็นประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งจะมีผลต่อแนวความคิดและการแสดงออกต่อความเจ็บป่วย และการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยผู้ที่มีระยะเวลาภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมานาน จะมีการเรียนรู้ถึงความสำคัญ ประสิทธิภาพของการรักษา จากการมีประสบการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนมาก่อนผู้ป่วยที่มีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดน้อยกว่า งานวิจัยที่สนับสนุนได้แก่ ผลการศึกษาของนวลทณัฐ ลิมปนวิสัย (2531 : ค) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิตสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ และผลการศึกษาของเรมวอล นัมท์ศุภวัฒน์ (2524 : ง, จ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมีความสอดคล้องกันคือ ระยะเวลาของการรักษามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกันผลการศึกษาของสมใจ ยัมวิไล (2531 : ค, ง) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด ที่พบว่าระยะเวลาการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นภาระประเมินที่บ่งบอกถึงข้อจำกัดของร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ บอกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งถ้าความเจ็บป่วยรุนแรง หรือมีผลเสียต่อบทบาททางสังคมและครอบครัวของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกริยาต่อความเจ็บป่วยมาก เกิดความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ระดับสมรรถภาพของหัวใจไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากยังคงมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่หรือเกิดความพิการของร่างกาย ซึ่งภาวะนี้ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างจำกัด ทำให้ความสามารถใน

การเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองบกพร่องไป แต่ก็มีส่วนน้อยที่พบว่าภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ระดับสมรรถภาพของหัวใจกลับอยู่ในระดับดีขึ้นกว่าเดิม ซึ่งก็ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรม มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่กลับเป็นปกติอีกครั้งและช่วยให้สามารถปรับตัวและให้ความร่วมมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตามแนวทางการรักษาได้อย่างถูกต้อง

พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

โรคลิ้นหัวใจพิการถือเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งมีระยะเวลาของความเจ็บป่วยที่ยาวนานโรคหนึ่ง ภาวะของโรคและการรักษาจึงมีผลกระทบต่อกระบวนการชีวิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและกลับไปพักฟื้นที่บ้านแล้ว ผู้ป่วยเหล่านี้ก็จะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยจะมาพบแพทย์และพยาบาลเป็นครั้งคราว จะเห็นผู้ป่วยจึงเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงในการดูแลและจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนในแต่ละวัน ทั้งในเรื่องของการรักษาโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องมีความเข้าใจถึงภาวะของโรค และความสำคัญของการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตลอดทั้งมีการปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับภาวะของโรคได้อย่างเหมาะสม (สมจิต ทนุเจริญกุล 2531 : 123) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแนวคิดในการดูแลตนเองของโอเร็ม และยังเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่จะต้องให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Tantum 1985 : 375) ผู้วิจัยจึงสรุปแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พร้อมทั้งแนวทางในการให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับพยาบาล ซึ่งประยุกต์ตามแนวคิดของโอเร็ม ได้ดังนี้

พฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites)

พฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยทั่วไปในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการตามกระบวนการของชีวิต ดำรงรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพอันดี ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้ร่างกายได้รับอากาศบริสุทธิ์เพียงพอ

ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอาจยังมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หรืออาการเวียนศีรษะ หน้ามืดเมื่อปฏิบัติกิจกรรมเกินระดับสมรรถภาพของหัวใจ ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะที่ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ดังนั้นผู้ป่วยหลังผ่าตัด

เปลี่ยนลิ้นหัวใจจึงควรได้รับอากาศบริสุทธิ์ที่เพียงพอ ที่พักอาศัยควรดูแลให้ถูกสุขลักษณะมีอากาศถ่ายเทและมีกิจกรรมในระดับที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตน

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้ร่างกายได้รับน้ำอย่างเพียงพอและเหมาะสม

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจบางรายยังมีภาวะน้ำเกินในร่างกาย จึงมีความจำเป็นต้องรับประทานยาขับปัสสาวะอยู่ ทำให้มีการขับถ่ายปัสสาวะมากกว่าปกติ และเพื่อช่วยให้กระบวนการภายในร่างกายเป็นไปโดยสมบูรณ์ จึงมีความจำเป็นต้องได้รับน้ำให้เพียงพอ ซึ่งในภาวะปกติของร่างกาย ผู้ป่วยควรได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้ร่างกายได้รับอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม

ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการที่มีการดำเนินของโรคเป็นระยะเวลานาน มักประสบกับภาวะขาดสารอาหารที่เป็นประโยชน์แก่ร่างกาย และเมื่อเข้ารับการรักษาดูแลด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความจำเป็นทางด้านโภชนาการจึงมีมากขึ้น ประกอบกับภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยบางรายจะมีการเปลี่ยนแปลงความอยากอาหาร มีอาการเบื่ออาหาร บางรายมีคลื่นไส้คล้ายจะอาเจียนร่วมด้วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย มีคุณค่าสูงจนปราศจากอาการดังกล่าว จึงเปลี่ยนมารับประทานอาหารธรรมดา ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูงได้แก่ อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไข่ นม เพื่อช่วยในการซ่อมแซมและเสริมสร้างร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรง แต่ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลและไขมันสูง เช่น อาหารจำพวกเครื่องในสัตว์ แกงกะทิ และอาหารทะเลต่างๆ เป็นต้น เพื่อควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เป็นการป้องกันมิให้หัวใจทำงานหนักเกินไปและป้องกันการเกิดไขมันอุดตันในเส้นเลือดด้วย

ผู้ป่วยควรมีการประเมินภาวะโภชนาการของตนเองว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่ โดยการชั่งน้ำหนักตัวเป็นประจำทุกวัน หรืออย่างน้อยอาทิตย์ละครั้งและทำการบันทึกไว้เป็นหลักฐาน ผู้ป่วยควรตรวจสอบน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 0.5 กิโลกรัมต่อวัน เพราะน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นผิดปกตินี้เป็นดัชนีบ่งบอกว่าอาจเกิดภาวะบวมของร่างกายขึ้นแล้ว ดังนั้นเพื่อความถูกต้องในการประเมินผู้ป่วยจึงควรตรวจสอบอาการบวมตามส่วนต่างๆ ของร่างกายร่วมด้วย

ภาวะบวมของร่างกายนี้ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากภาวะหัวใจล้มเหลว และประกอบกับผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ทำให้ระดับเกลือโซเดียมในร่างกายมากขึ้น และมีการเก็บกักน้ำไว้ในร่างกายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงเกิดอาการบวมขึ้นมา ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องลดหรือจำกัดอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือโซเดียมสูง เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า กะปิ เต้าหู้ยี้ ผลไม้และผักดองเค็มต่างๆ เป็นต้น ไม่ควรรับประทานอาหารที่ผ่านกระบวนการปรุงแต่งด้วยผงชูรส โซดาไปคาร์บอนเนต และไม่ควรเติมเกลือที่ใช้ปรุงอาหาร ผงชูรส ซีอิ๊ว ซอส ลงในอาหารที่รับประทาน นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายที่มีความจำเป็นต้องรับประทานยาขับปัสสาวะอยู่จะทำให้ร่างกายสูญเสียเกลือแร่โดยเฉพาะ โพแทสเซียม แมกนีเซียม และวิตามินต่างๆ ไปกับปัสสาวะด้วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์และผักผลไม้ต่าง ๆ เช่น กลัวย ส้ม ซึ่งมีสารเกลือแร่และวิตามินต่างๆ ที่จำเป็นและสามารถไปทดแทนในส่วนที่สูญเสียไปได้

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้ร่างกายมีการขับถ่ายและระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ

ภายหลังการผ่าตัดหัวใจมักพบว่าผู้ป่วยต้องประสบกับภาวะที่ระบบทางเดินอาหารถูกรบกวน โดยเฉพาะในอาทิตย์แรกหลังออกจากโรงพยาบาล และอาการที่ผู้ป่วยประสบมากที่สุดคือ อาการท้องผูก (King & Perrinello 1988 : 710) ผู้ป่วยควรแก้ไขโดยการเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายและมีกากเพียงพอ เช่น ผัก และผลไม้ต่าง ๆ และควรดื่มน้ำให้พอเพื่อช่วยให้การระบายเป็นไปตามปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรฝึกให้มีการขับถ่ายเป็นเวลาเป็นประจำทุกวัน หากยังประสบกับอาการท้องผูกอีก มีความจำเป็นต้องอาศัยยาระบายก็ควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์

5. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อรักษาความสัมพันธ์ระหว่างการพักผ่อน และการออกกำลังกาย

ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมักเกิดอาการอ่อนเพลีย และเหนื่อยง่าย ซึ่งจะสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรคหัวใจ ลักษณะความรุนแรงและความบ่อยของอาการทางโรคหัวใจก่อนผ่าตัด อาการเหล่านี้จะปรากฏอยู่นาน 6-8 สัปดาห์ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว (Lovvorn 1982 : 1073 ; King & Perrinello 1988 : 709) ดังนั้นผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจจึงจำเป็นต้องพักผ่อนให้เพียงพอโดยเฉพาะอย่างยิ่งการนอนหลับ

การนอนหลับที่ดีเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวัน เพราะการนอนหลับที่เพียงพอจะช่วยให้รู้สึกสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการใช้ความคิด การตัดสินใจแก้ปัญหา ความจำ ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ และจะให้คุณค่าสูงโดยไปเพิ่มสุขภาพอนามัยของร่างกายและจิตใจให้สมบูรณ์ขึ้น (Hill & Smith 1985 : 245) ส่วนใหญ่บุคคลทั่วไปจะนอนหลับได้ดีและมีคุณภาพในช่วงกลางคืน ดังนั้นผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจซึ่งมีอายุเฉลี่ยในช่วง 15-40 ปี จึงควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ ควรหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งกระตุ้นจากภายนอกเช่น แสงและเสียงที่รบกวนการนอนหลับ กล่าวคือผู้ป่วยควรนอนในห้องที่สงบ เงียบ มืด และมีการถ่ายเทของอากาศที่ดี นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมต่างๆ หรือสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล หวาดกลัว ซึ่งจะรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย แต่ภายหลังการผ่าตัดหัวใจมักพบว่าผู้ป่วยต้องประสบกับปัญหาด้านการนอนหลับถูกรบกวน ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากการปวดแผลผ่าตัด และการที่ต้องลุกไปห้องน้ำบ่อยๆในตอนกลางคืน ซึ่งภาวะเหล่านี้จะลดลงภายหลังออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 8 อาทิตย์ (King & Perrinello 1988 : 709) ส่วนอาการปวดแผลผ่าตัดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ระดับความทนต่อความเจ็บปวดของแต่ละบุคคล การใช้ยาแก้ปวด และการผ่าตัดบริเวณนี้ในครั้งก่อนๆ ตามปกติกระดูกสันหลังจะติดต้องใช้เวลา 2-3 เดือน และอาการไม่สุขสบาย อาการปวดแผลผ่าตัดอาจคงอยู่นานถึง 3-4 เดือนภายหลังผ่าตัด ลักษณะของความไม่สุขสบายนั้นได้แก่ ความรู้สึกเหมือนมีการล้าชาระเฟื่องหรืออาการปวดตื้อๆ อาการเหล่านี้สามารถรักษาให้หาย

ได้ด้วยการรับประทานยาแก้ปวดอย่างอ่อน และถ้าแผลผ่าตัดติดโดยสมบูรณ์แล้ว ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกชาๆ หรือชาบริเวณนี้ได้ ซึ่งสาเหตุมาจากการที่เนื้อเยื่อได้รับความกระทบกระเทือนจากการผ่าตัด พยาบาลควรพูดคุยให้คำแนะนำอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการเหล่านี้จะหายไปใน 2-3 เดือน

ในการปรับสภาพร่างกายให้เข้าสู่ภาวะปกติของผู้ป่วยต้องเริ่มมีกิจกรรมการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ โดยจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและส่งเสริมการทำงานของอวัยวะเกือบทุกระบบในร่างกายให้แข็งแรง เช่น ผลต่อระบบไหลเวียนระบบการหายใจ ระบบการเคลื่อนไหว ระบบย่อยอาหาร และระบบขับถ่าย รวมทั้งผลทางด้านจิตใจด้วย (Hill & Smith 1985 : 244-245) แต่ระดับกิจกรรมที่จะกระทำนั้นต้องพิจารณาถึงระยะเวลาและความรุนแรงของโรคก่อนการรักษา วิธีการดำเนินชีวิตก่อนหน้าและระยะเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัดด้วย (Tantum 1985 : 376)

การเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่จำเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ แต่ภายหลังผ่าตัดหัวใจไม่ควรออกกำลังกายจนเหนื่อยมากเกินไป เมื่อมีอาการเหนื่อยก็ควรหยุดพักและควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายภายหลังรับประทานอาหารทันที ในระยะแรกผู้ป่วยควรออกกำลังกายแต่เพียงเล็กน้อยโดยการเดินช้าๆ ประมาณ 100-200 เมตรในแต่ละวัน แล้วค่อยๆ เพิ่มระยะทางขึ้นจนใน 1 เดือน สามารถเดินได้ประมาณ 3-4 กิโลเมตร โดยไม่มีอาการเหนื่อยนอกจากนี้ผู้ป่วยควรดื่มน้ำและหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ออกแรงมากอย่างทันทีทันใด ซึ่งอาจเป็นเหตุให้เกิดอาการเหนื่อยอ่อน ปวดเมื่อยเกินควรและทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น กิจกรรมเหล่านี้ได้แก่ การวิ่งแข่งขึ้น การกระโดด ปีนป่าย การนั่งท่านเดียว นานกว่า 2 ชั่วโมง การยกและพลิกของหนักเกิน 15-20 ปอนด์อย่างทันทีทันใด และเพื่อให้แผลผ่าตัดที่หน้าอกมีการฟื้นตัวเร็ว ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการตัดหญ้า เล่นกอล์ฟ ขับรถ ชีจกรยาน ว่ายน้ำ หรืออาสาทำกิจกรรมที่ต้องอาศัยการเคลื่อนไหวที่หนักหรือออกแรงที่ไหล โดยเฉพาะการยกแขนเหนือไหล่ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวสามารถทำได้ภายหลังออกจากโรงพยาบาล 6-8 สัปดาห์ไปแล้ว (Tantum 1985 : 376)

6. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้มีความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการที่ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

จากการศึกษาของเจกิน (Jenkins 1983 : 2112) ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจ จำนวน 89 คนพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 48 มีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 19 มีการเข้าร่วมกิจกรรมลดลงและร้อยละ 28 บอกว่าครอบครัวให้ความช่วยเหลือและปกป้องผู้ป่วยมากเกินไป ซึ่งการที่ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมลดลงนั้นอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มคิดถึงตนเองในทางเลื่อมลง เห็นสังคมหรือมีความวิตกกังวลว่าจะเกิดอาการเหนื่อยหรือเจ็บป่วยหน้าอกขณะที่ออกไปมีกิจกรรมนอกบ้าน ดังนั้นจึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าของการเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวอย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และการมีส่วนร่วมในสังคมจะทำให้เกิดความรู้สึก

มีคุณค่า ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินบทบาทในครอบครัวและสังคมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การเป็นที่ยอมรับในสังคมจะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และเป็นแรงจูงใจที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีอีกด้วย

7. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต การทำงาน และ สวัสดิภาพจากสิ่งแวดล้อม

เบญจันทร ส. โมโนพงษ์ ได้อ้างถึงพาราเซลุสแห่งประเทศกรีก (1493-1541) ที่ได้กล่าวว่า "สารทั้งหลายรอบตัวเรามีโอกาสที่จะเป็นพิษหรือทำให้เกิดพิษได้เสมอทั้ง โดยทางตรงหรือทางอ้อม ขึ้นอยู่กับชนิด ขนาด ระยะเวลาที่ร่างกายเราจะรับเข้าไปเท่านั้น ซึ่ง ส่วนประกอบของสารเหล่านั้นจะมีส่วนสัมพันธ์กับบุคคล ในขณะที่ทำงานที่บ้าน ในโรงพยาบาล หรือขณะเดินทาง" ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเมื่อกลับไปบ้าน ก็มีโอกาสสัมผัสสิ่งแวดล้อม ที่เป็นพิษเหล่านั้นเช่นกัน พยาบาลจึงควรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยง ป้องกันภาวะ เสี่ยงเหล่านั้นทั้งที่เกิดจากธรรมชาติและเกิดจากมนุษย์สร้างขึ้นได้แก่

7.1 การสูบบุหรี่ ผู้ป่วยควรงดสูบบุหรี่เพราะในบุหรี่มีสารอันตรายได้แก่ นิโคติน ซึ่งสารนี้จะซึมผ่านเข้าไปในกระแสเลือด ทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อหัวใจและหลอดเลือด โดยทำให้ผนัง ของหลอดเลือดหดตัว หลอดเลือดแดงแคบลงเลือดแดงไหลไม่สะดวก หัวใจต้องเต้นเร็วขึ้นและ บีบตัวแรงขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นตามลำดับ ซึ่งการที่หัวใจต้องเต้นเร็วและแรงขึ้นนี้ อาจทำ ให้เกิดการเต้นผิดปกติของหัวใจได้ นอกจากนี้สารนิโคตินยังส่งผลให้ถุงลมในปอดเสียความยืดหยุ่น เกิดโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งภาวะนี้จะทำให้ความดันในปอดสูงขึ้น ผู้ป่วยต้องออกแรงมากในการ หายใจ เกิดอาการหายใจลำบาก ทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้น และสุดท้ายจะนำไปสู่การเกิด โรคหัวใจที่มีสาเหตุจากปอดตามมา

7.2 การดื่มสุรา ชา กาแฟ ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสม แอลกอฮอล์ เพราะเชื่อกันว่าแอลกอฮอล์ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ เนื่องจากทำให้มีการขับ อิเล็กโตรไลต์และเอ็นไซม์ต่างๆ เช่น โปตัสเซียม ฟอสฟอรัสและซีรั่ม กลูตามิค ออกซาโลอะซีติก ทรานซามีนเนส (Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase, SGOT) ออกมาใน กระแสเลือดเพิ่มขึ้น ส่วนชาจะทำให้เกิดอาการท้องผูก และมีสารคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบ เช่นเดียวกับกาแฟ ซึ่งสารคาเฟอีนจะส่งผลให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น

7.3 มลภาวะ ปัจจุบันปัญหามลภาวะเป็นพิษเป็นปัญหาของคนทั่วโลก โดยเฉพาะ ปัญหาคาร์บอนมอนอกไซด์ คาร์บอนไดออกไซด์ โรงงานอุตสาหกรรมฯ ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิด อาการระคายเคืองต่อเยื่อทางเดินหายใจ และคาร์บอนมอนอกไซด์เมื่อเข้าสู่กระแสเลือดจะ เป็นตัวขัดขวางการนำออกซิเจนไปใช้ โดยจะเข้าไปแทนที่ออกซิเจนในการจับตัวกับฮีโมโกลบิน ซึ่งเป็นผลให้ร่างกายขาดออกซิเจนได้ เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับมลภาวะที่เป็นพิษเป็นเวลานานจะทำให้ สุขภาพเสื่อมโทรม ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปในบริเวณที่มีมลภาวะเป็นพิษ เช่น บริเวณ ท้องถนนที่มีการจราจรแออัด บริเวณโรงงานอุตสาหกรรมฯ และไม่ควรเข้าไปในสถานที่อากาศ

ถ่ายเทไม่สะดวก ได้แก่ โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า สถานเริงรมย์ต่าง ๆ เช่น บาร์ ไนต์คลับ ผับ เป็นต้น

7.4 การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลหรืออยู่ในสถานที่ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น หวัด วัณโรค เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยที่ไส้ลิ้นหัวใจเทียมเป็นกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงสุด

7.5 การหลีกเลี่ยงภาวะแวดล้อมที่ร้อนจัดและเย็นจัด เนื่องจากภาวะแวดล้อมมีผลต่อการทำงานของหัวใจ ซึ่งได้แก่ อุณหภูมิและความชื้น ผู้ป่วยโรคหัวใจหากอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ร้อนจัดและมีความชื้นสูง อาจเกิดภาวะหัวใจวายขึ้นมาได้ และในภาวะที่อุณหภูมิต่ำกว่าร่างกาย เช่น ในระดับ 25°C กล้ามเนื้อหัวใจยังบีบตัวแรง อาจเกิดการเต้นผิดจังหวะของหัวใจได้บ่อยๆ

8. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการส่งเสริมความต้องการเป็นปกติ เป็นการพัฒนาและดำรงไว้ซึ่งอัตตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตน โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีศักยภาพสูงสุดเพื่อทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป มุ่งให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองอย่างเต็มที่และถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจกับการดำเนินชีวิตในสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป มีการพึ่งพาตนเองอย่างเหมาะสม ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและมีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต และส่งเสริมความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เป็นต้น กล่าวคือผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มักประสบอาการปวดแผลผ่าตัดทำให้ไม่กล้าเคลื่อนไหว ออกกำลังกายเกี่ยวกับแขนขาหนัก ประกอบกับกลัวเกิดอาการเหนื่อยหอบหรืออาการเจ็บหน้าอก จึงต้องมีการปรับตัวต่อการดูแลตนเองเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การประกอบอาหารฯ และควรมีการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยด้วย

นอกจากนี้ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจมักประสบกับปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ และการขาดความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพการทำงานของร่างกาย ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อภาวะจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยกลัวการปฏิสนธิจากคู่สมรส โดยเฉพาะในสภาพสังคมที่ยึดถือความสวยงามเป็นหลัก อีกทั้งเรื่องเพศสัมพันธ์ถือเป็นเรื่องที่ไม่ค่อยถูกเปิดเผยในสังคมทั่วไป และการแสดงออกทางเพศจะมีได้ก็ต่อเมื่อมีการสมรสแล้วเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าสอบถามถึงการใช้ชีวิตตนเมื่อมีเพศสัมพันธ์ จึงขาดการได้รับคำแนะนำไป แต่การมีเพศสัมพันธ์ก็จำเป็นในการดำรงชีวิตของมนุษย์ การอดกลั้นหรือการมีข้อจำกัดทางสุขภาพ ความกลัวการมีเพศสัมพันธ์ก็จะทำให้สุขภาพร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรมลงได้ ดังนั้นผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจึงควรได้รับคำแนะนำ คำชี้แจงให้เข้าใจว่าผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้โดยไม่เกิดอันตราย เพื่อลดความเครียดจากความกลัวและความไม่เข้าใจที่ผู้ป่วยกับคู่สมรสมีอยู่ ซึ่งการให้คำแนะนำผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์นั้น ต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อม สุขภาพ ระดับการออกกำลังกาย ระดับความอ่อนล้า อารมณ์ และที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยต้องเคยมีกิจกรรมการออกกำลังกาย เพื่อให้การมีเพศสัมพันธ์ปลอดภัยโดยทำกิจกรรมที่ทำให้หัวใจเต้นช้าๆ ก่อน ซึ่งกิจกรรมที่ใช้ในโปรแกรมการออกกำลังกายได้แก่ การให้ผู้ป่วย

ก้าวขึ้นลงบันได 2 ขึ้นหรือขึ้นลงบันได 1 ขึ้น 2 เที้ยว หรือกำหนดระยะเวลา (Master two-step test) หรือการเดินเร็วๆ และจับเวลาซึ่งทำให้การเต้นของชีพจรมีอัตราน้อยกว่า 120 ครั้งต่อนาที (Colliur 1979 : 124-126 อ้างในสิริอร ลิขิต 2526 : 36) นอกจากนี้หลังการมีเพศสัมพันธ์ควรแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการที่อาจเป็นอันตรายได้แก่ อาการหัวใจเต้นเร็ว ใจสั่นอยู่นานเป็นเวลา 15 นาทีหรือมากกว่า 15 นาที อาการหายใจขัด หอบ หรืออัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้ง/นาทีเป็นเวลา 15 นาที หรือมากกว่า 15 นาทีหลังมีเพศสัมพันธ์ มีอาการเจ็บหน้าอกในระหว่างหรือหลังการมีเพศสัมพันธ์ นอนไม่หลับหลังมีเพศสัมพันธ์ อ่อนเพลียหรือ ล้ามากหลังมีเพศสัมพันธ์ 1-2 วัน เป็นต้น

พฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการ

พฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อสนับสนุนและคงไว้ซึ่งพัฒนาการในแต่ละช่วงชีวิตให้ดำเนินไปอย่างเหมาะสม เป็นการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาหรือเอาชนะผลที่เกิดจากความเจ็บป่วย ซึ่งการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีผลกระทบต่อพัฒนาการของผู้ป่วยดังนี้คือ ภาวะของโรคลิ้นหัวใจพิการที่มียาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นเวลานานและรุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยประสบกับข้อจำกัดด้านร่างกาย ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่สามารถดำเนินบทบาททางครอบครัวหรือหน้าที่การทำงานได้ ต่อมาเมื่อได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อาการของโรคหัวใจจะทุเลาลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถกลับไปดำเนินบทบาทของตนได้ตามปกติ แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่ได้กลับไปทำงาน ซึ่งสาเหตุประการหนึ่งเป็นผลมาจากความรู้สึกด้านอารมณ์และจิตใจ (Blachy, et al 1968 : 524) ประกอบกับไม่ได้รับคำแนะนำอย่างเพียงพอ เกี่ยวกับกิจกรรมที่สามารถทำได้และกิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง (Frank, et al. 1972 : 738) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจในความสามารถทางร่างกายของตนเอง ไม่เชื่อมั่นในตนเอง เกิดความรู้สึกวิตกกังวล เครียด กลัว เกิดการถดถอยทางอารมณ์ (Emotional regression) ดังนั้น พยาบาลจึงควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างถูกต้องถึงผลของการรักษาโรค ความสามารถทางร่างกาย ในการทำกิจกรรมและกิจกรรมใดที่ควรหลีกเลี่ยง พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ถึงสถานการณ์ตามความเป็นจริง จะทำให้ผู้ป่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลจากสิ่งที่ตนไม่ทราบหรือคิดเอาเองโดยไม่ถูกต้อง นอกจากนั้นพยาบาลและญาติควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น และระบายความรู้สึกคับข้องใจออกมา ควรพูดคุยกับผู้ป่วย ทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่ายังมีคนสนใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ายังมีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม ซึ่งจะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกกับชีวิตรอบในบทบาทหน้าที่ของตนเองในสังคมและครอบครัว ส่วนในระยะที่ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดและความวิตกกังวล พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยให้มีกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด (Hill & Smith 1985 : 9) ได้แก่ การมีอารมณ์ขัน และ การเล่น

การผ่อนคลาย การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การปฏิบัติทางจิตวิญญาณ เป็นต้น นอกจากนี้ควรหางานอดิเรกให้ผู้ป่วย เช่น การปลูกต้นไม้ การดูโทรทัศน์ ฟังเพลง เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจดังกล่าว จะส่งเสริมแบบแผนชีวิตด้านการจัดการความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านอื่น ๆ ด้วย

พฤติกรรม的自我ดูแลตามการเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพ

ความจำเป็นในการมีพฤติกรรม的自我ดูแลตามการเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพ จะสูงมากขึ้นเนื่องจากความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาทางการแพทย์ ซึ่งรายละเอียดในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีดังนี้

1. การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต้องมารับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และเพื่อทราบความก้าวหน้าของผลการรักษาพยาบาลภายหลังผ่าตัด นอกจากนี้เพื่อประเมินอาการแสดงผิดปกติของภาวะต่าง ๆ เช่น ภาวะหัวใจวาย ภาวะติดเชื้อในร่างกาย ภาวะเลือดออกผิดปกติจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ไม่เหมาะสม เป็นต้น เมื่อพบภาวะผิดปกติดังกล่าวจะได้ให้การรักษา คำแนะนำในการปฏิบัติตนตามความเหมาะสมเป็นกรณีไป

ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจส่วนใหญ่ จะอยู่ห่างไกลจากแหล่งบริการทางการแพทย์ต้องเสียค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทางมาก ระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ มีอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน ประกอบกับการรักษาในระยะต่อมาระดับสมรรถภาพของร่างกายดีขึ้นจนบางรายไม่มีอาการแสดงของภาวะโรคและภาวะแทรกซ้อนปรากฏ ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนขาดความใส่ใจในการแสวงหาความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง และที่สำคัญคือ ขาดการมาตรวจตามนัด ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้คำแนะนำ ชี้แจงให้ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์และความสำคัญของการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และควรให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการไปพบแพทย์ด้วยเหตุผลอันสมควร เช่น เพื่อจัดการกับอาการผิดปกติต่างๆ ทางร่างกาย เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อขอคำแนะนำจากแพทย์ในการปฏิบัติตนเพื่อมาจัดให้เข้ากับรูปแบบการดำเนินชีวิต และผู้ป่วยควรเรียนรู้ที่จะไม่แสวงหาการดูแลรักษาที่ไม่จำเป็น เพราะเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นอย่างมาก (William & Grass 1987 : 78)

2. การปฏิบัติตนตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

การปฏิบัติตนตามแนวทางการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีกิจกรรมพอสรุปได้ดังนี้

2.1 การรับประทานยาตามที่แพทย์กำหนด ผู้ป่วยควรทราบเกี่ยวกับชื่อ ขนาด คุณสมบัติ อาการข้างเคียงที่จะเกิดและวิธีการใช้ยาที่ได้รับ พร้อมทั้งรู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่

อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจชนิดแมคคานิคอล ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะที่เลือดในช่องหัวใจมีการแข็งตัว และไปจับอยู่ที่ลิ้นหัวใจ ทำให้การทำงานของลิ้นหัวใจเปิดหรือปิดได้ไม่ดี หรือลิ่มเลือดที่จับอยู่กับลิ้นหัวใจดังกล่าว อาจหลุดออกไปในระบบไหลเวียนทำให้เกิด Systemic embolism ได้ จึงจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่มีฤทธิ์ทำให้การแข็งตัวของเลือดช้าลงไปตลอดชีวิต ยาที่นิยมใช้กันคือ Warfarin Sodium ชื่อการค้าคือ Cumadin (คูมาดิน) โดยผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่งและช่วงเวลาเดียวกันในแต่ละวันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรักษาระดับยาในร่างกายให้คงที่และหากผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่น้อยเกินไป เลือดในช่องหัวใจก็จะแข็งตัวง่ายทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันได้ แต่ถ้าได้รับขนาดของยามากเกินไป ผู้ป่วยก็จะมีอาการแข็งตัวของเลือดช้ากว่าปกติทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติ หรือเมื่อออกแล้วไม่มีการแข็งตัวของเลือดหรือแข็งตัวช้า บริเวณที่เกิดบ่อยคือตามผิวหนัง ไร้น้ำ ทางเดินอาหาร โดยมีอาการถ่ายอุจจาระปนเลือด หรือทางเดินปัสสาวะทำให้มีปัสสาวะปนเลือดได้ (Frankl 1986 : 418 ; Tantum 1985 : 378 ; Sadler 1984 : 334) และถ้าเป็นอวัยวะที่สำคัญ เช่น สมองก็อาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตหรือเป็นอัมพาตได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการตรวจหาระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะๆ ตลอดชีวิต โดยแพทย์จะปรับขนาดของยาให้เหมาะสมกับค่าระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยแต่ละคน

นอกจากนี้ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการซื้อยามารับประทานเอง เพราะการรับประทานยาบางชนิดที่แพทย์ไม่ได้สั่งนั้น อาจไปเสริมฤทธิ์หรือขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาคูมาดินที่ได้รับอยู่ หรืออาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาได้ โดยเฉพาะยาที่มีส่วนผสมของแอสไพริน เพนซิลิน คลอแรมเฟนิคอล ฯ จะเสริมฤทธิ์คูมาดิน โดยไปขัดขวางการรวมตัวของเกร็ดเลือดและการแข็งตัวของเลือดทำให้เลือดออกง่าย ส่วนยาจำพวกแอนทาซิด บาร์บิทูเรท ยาคุมกำเนิด ฯ จะไปต้านฤทธิ์คูมาดินโดยทำให้เลือดแข็งตัวเร็ว และผู้ป่วยที่รับประทานยาคูมาดินไม่ควรทำงานออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาที่ต้องมีการกระทบกระแทกกัน และต้องคอยดูแลตนเองระวังไม่ให้เกิดโรคกระเพาะหรือรับประทานยาที่ทำให้เกิดโรคกระเพาะ (สัมพันธ์ พรวิลาวัณย์ 2533 : 126-127) แต่เมื่อเกิดอาการเลือดออกผิดปกติดังที่กล่าวไว้ข้างต้น ผู้ป่วยต้องหยุดรับประทานยาแล้วรีบมาพบแพทย์ทันที ถ้าผู้ป่วยอยู่ไกลมากเช่นต่างจังหวัด ควรแนะนำให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือโรงพยาบาลประจำอำเภอก่อน และถ้าผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุหรือมีบาดแผลเลือดออกไม่หยุด ผู้ป่วยควรห้ามเลือดโดยการใช้น้ำสะอาดกดลงตรงปากแผลให้นานตลอดเวลา ห้ามเคลื่อนไหวส่วนนั้น เมื่อเลือดไหลน้อยลงแล้วให้รีบไปพบแพทย์ทันที ผู้ป่วยต้องเก็บเอกสารที่บอกรายละเอียดเกี่ยวกับชนิดของโรค การผ่าตัดที่ได้รับและยาที่รับประทานอยู่ซึ่งทางโรงพยาบาลมอบให้พกติดตัวเวลาออกนอกบ้านเป็นประจำ เพราะหากเกิดอุบัติเหตุหรือต้องไปพบแพทย์ตามคลินิก แพทย์ที่ทำการรักษาจะได้ทราบข้อมูลต่างๆ เมื่ออ่านเอกสารดังกล่าว ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยาดิจิตาลิส (Digitalis) ก่อนรับประทานยาทุกครั้งผู้ป่วยควรจับชีพจรบริเวณข้อมือก่อน ถ้าชีพจรเต้นช้ากว่า 60 ครั้งต่อนาที ควรงดรับประทานยาไว้ก่อนแล้วให้มาพบแพทย์

2.2 การป้องกันการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเทียม (prosthetic valve endocarditis) ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจหากมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย ลิ้นหัวใจเทียมก็อาจเป็นที่เกาะของเชื้อโรคทำให้เกิดภาวะติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจได้ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ ฯ ผู้ป่วยไม่ควรปล่อยให้หายเอง ควรรีบไปพบและรับการรักษากับแพทย์ทุกครั้ง ในรายที่ต้องทำการรักษาพันธุชนิด เช่น การชุดหินปูน อุดฟัน ถอนฟันหรือทำการผ่าตัดให้ช่องปากเช่นการตัดต่อมทอนซิล หรือต้องทำการตรวจหรือสอด้ใส่เครื่องมือในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบสืบพันธุ์ ระบบทางเดินปัสสาวะหรือการผ่าตัดทุกชนิด ผู้ป่วยควรให้รายละเอียดหรือยื่นเอกสารที่บอกรายละเอียดว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และรับประทานยาคุมادينอย์ให้แพทย์ทราบทุกครั้ง เพื่อแพทย์จะได้วางแผนการป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกไม่หยุด และที่สำคัญป้องกันการติดเชื้อก่อนทำการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เป็นโรคลิ้นหัวใจที่มีการซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคหัวใจรูมาติก (Rheumatic Heart Disease) ภายหลังการรักษาด้วยการผ่าตัดและกลับไปพักที่บ้านแล้ว ก็เท่ากับกลับเข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่อาจจะทำให้เกิดโรคหัวใจรูมาติกเฉียบพลันได้อีก ดังนั้นจึงควรป้องกันการเกิดโรคหัวใจรูมาติกของลิ้นหัวใจอื่นที่เหลือ โดยการให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาปฏิชีวนะจำพวก Penicillin ตามที่แพทย์สั่ง ซึ่งโดยทั่วไปจะต้องรับประทานยาไปจนอายุ 35-40 ปีจึงจะหยุดยาได้ (สัมพันธ์ พรวิลาวัณย์ 2533 : 123)

2.3 การมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ มีระดับกิจกรรมและการออกกำลังกายที่เหมาะสม และมีการรับประทานอาหารที่ถูกต้องกับภาวะของโรค

3. รับรู้ สันใจ ดูแลผลของพยาธิสภาพและการป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา

ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยอาจปรากฏอาการของภาวะโรคหัวใจขึ้นมาอีกได้ ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงและความเรื้อรังของโรคก่อนผ่าตัด และนอกจากนี้ผู้ป่วยอาจปรากฏอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ลิ้นหัวใจเทียมได้เช่นกัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องรับรู้ สันใจ เอาใจใส่สังเกตอาการผิดปกติต่างๆ และเมื่อเกิดอาการขึ้น ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองในระยะแรกเริ่มรวมทั้งรีบไปพบแพทย์ และรายงานอาการดังกล่าวให้ทราบ เพื่อแพทย์จะได้ให้การรักษาและคำแนะนำที่เหมาะสมต่อไป อาการผิดปกติที่ผู้ป่วยต้องคอยตระหนักและเอาใจใส่สังเกตได้แก่

3.1 อาการหายใจไม่อิ่ม (Shortness of Breath) ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีอาการหายใจไม่อิ่มได้ซึ่งถือว่าเป็นอาการปกติ แต่ถ้าอาการหายใจไม่อิ่มเพิ่มมากขึ้นควรรีบไปพบแพทย์ เพราะอาการเช่นนี้อาจเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะหัวใจวายเลือดคั่งในระยะแรกเริ่ม และระยะปานกลางได้

3.2 อาการบวมที่มือและเท้า (Increase in Edema of hands and feet) อาการบวมมักเกิดร่วมกับการมีน้ำหนักรูปร่างขึ้น ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าเกณฑ์ปกติ 5 ปอนด์ หรือครึ่งกิโลกรัมต่อวันและมีอาการบวมที่เท้า แขน ขา ร่วมด้วยแล้ว ผู้ป่วยควรรีบไปพบแพทย์ทันที

3.3 อาการแสดงของการติดเชื้อ (Sign of Infection) ผู้ป่วยควรรับรู้และเอาใจใส่ต่ออาการแสดงของการติดเชื้อที่เชื้อหุ้มหัวใจและลิ้นหัวใจ อาการที่พบบ่อยคือ อาการไข้ มากกว่า 101°F (38.4°C) ผู้ป่วยควรรายงานให้แพทย์ทราบถึงแม้ว่าจะผ่านการผ่าตัดมานานหลายปีแล้วก็ตาม เพื่อแพทย์จะได้ทำการตรวจว่ามีอาการติดเชื้อที่ระบบใด ผู้ป่วยอาจได้รับการตรวจเพาะเชื้อจากปัสสาวะ เสมหะ และเลือด เพื่อพิสูจน์สาเหตุของการเกิดไข้และเพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาทางยาแต่แรกเริ่มอย่างถูกต้อง

3.4 อาการเลือดออกง่ายผิดปกติ ผู้ป่วยควรสังเกตอาการเลือดออกง่ายผิดปกติ ได้แก่ อาการเลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาออก อาการเลือดออกใต้ผิวหนัง อาการประจำเดือนออกมากและนานกว่าปกติ อาการปัสสาวะออกจากระยะมีเลือดปน ฯ ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นผลข้างเคียงจากการรักษาโดยการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เมื่อผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้ควรหยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที

3.5 อาการลิ้นเลือดอุดตันที่สมอง ได้แก่ อาการปวดศีรษะตื้อๆร่วมกับอาการชาหรืออ่อนแรงตามซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย ฯ เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการเหล่านี้ควรรีบมาพบแพทย์ และรายงานอาการดังกล่าวให้แพทย์ทราบเพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

3.6 ภาวะโลหิตจาง ถือเป็นภาวะผิดปกติภายหลังผ่าตัด เป็นผลระยะยาวจากการใช้เครื่องปลด-หัวใจเทียมในขณะผ่าตัด และจากการทำงานของลิ้นหัวใจเทียม กล่าวคือ ผลจากการเคลื่อนไหวของลิ้นหัวใจเทียมในส่วนของบอลหรือดิสก์ ได้ทำลายเม็ดเลือดแดง โดยทำให้เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นลง เมื่อเม็ดเลือดแดงถูกทำลายในระยะเวลาอันเป็นเหตุให้ร่างกายสูญเสียเหล็กไปทางปัสสาวะ ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในระยะหลังผ่าตัดเป็นเวลาหลายปีได้ (Underhill & McGregor 1989 : 901) ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องสังเกตอาการซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ถ้ามีอาการดังกล่าว เมื่อมาพบแพทย์ควร รายงานอาการดังกล่าวให้แพทย์ทราบทันที

4. ปรับทัศนคติและภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจผู้ป่วยมักเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง เช่น ความรู้สึกสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย รู้สึกว่าการทำงานของระบบประสาทเลวลง รู้สึกว่าตนต้องพึ่งพา ลิ้นหัวใจเทียมทำหน้าที่แทนอวัยวะจริง ความสามารถในการจำลอง ประกอบกับมีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์จากการมีรอยแผลผ่าตัดที่หน้าอก และได้ยินเสียงจังหวะการทำงานของลิ้นหัวใจเทียมดังตลอดเวลา สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตน "ไม่ปกติ" นอกจากนี้การปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด เช่น การรับประทานยาไปตลอดชีวิตทำให้

เพิ่มความรู้สึกว่าตนยังเจ็บป่วยอยู่ ความรู้สึกเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์โดยรวมของผู้ป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ต่อการสูญเสียนี้ ผู้ป่วยจะแสดงออกโดยมีพฤติกรรม ไม่ยอมรับความจริง ซึมเศร้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ความมีคุณค่าในตนเองต่ำ รู้สึกมีปมด้อยๆ ประกอบกับท่าทีของ บุคคลรอบข้างที่แสดงว่าผู้ป่วย ไม่เหมือนกับผู้อื่น เช่น บางคนอาจแสดงอาการกลัวต่อแผลผ่าตัดและ เสี่ยงการทำงานของลิ้นหัวใจ บางคนอาจแสดงความสงสารหรือบางคนอาจแสดงอาการยอมรับได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นเช่นไรในสายตาของบุคคลรอบข้าง เกิดความไม่แน่ใจในการ วางตัวในสังคม ทำให้เกิดปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการปรับตัวให้เข้ากับสังคม

แนวทางการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปรับอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ใน การยอมรับภาวะสุขภาพของตนนั้น พยาบาลจะต้องร่วมมือกับครอบครัวและบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วย ในการวางแผนให้การดูแล ประคับประคองให้ผู้ป่วยผ่านระยะของการเศร้า โศกและปฏิเสธ ไปก่อน โดยให้ความสนใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ ระบายความรู้สึก โดยพยาบาลต้องไม่แสดงอาการโต้แย้งหรือสนับสนุน นอกจากนั้นพยาบาลควรให้ คำแนะนำกับผู้ป่วย ให้มีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองตามความเป็นจริง ให้มีความเชื่อมั่นและมอง เห็นคุณค่าของตน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการ ดูแลตนเอง เป็นต้น ซึ่งการเข้ามามีส่วนร่วมนี้จะมีผลต่อการปรับสภาพจิตใจของผู้ป่วย และควร สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถทำงานง่าย ๆ ได้สำเร็จ ซึ่งความสำเร็จในเบื้องต้นเหล่านี้จะช่วย ให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง และการยอมรับความมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

5. เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ภายหลังการผ่าตัด เปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจส่วนใหญ่ความสามารถทางร่างกายโดยรวมดีขึ้น แต่ ผู้ป่วยก็ต้องใช้เวลาในการปรับตัวและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายระยะหนึ่ง ในช่วงที่ร่างกายยังไม่ ฟื้นตัวกลับคืนสู่สภาพปกตินั้น ผู้ป่วยต้องเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมี การปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง สอดคล้องกับภาวะของโรคและการรักษา สมรรถภาพ ของร่างกาย และแบบแผนการดำเนินชีวิตตัวอย่างเหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการของ ตนเองให้ดีที่สุด ซึ่งในระดับนี้จะต้องอาศัยความสามารถในการผสมผสานความต้องการการดูแลตนเอง ในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรค หรือ บรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ ภาวะแทรกซ้อนและการรักษาต่อพัฒนาการของผู้ป่วย

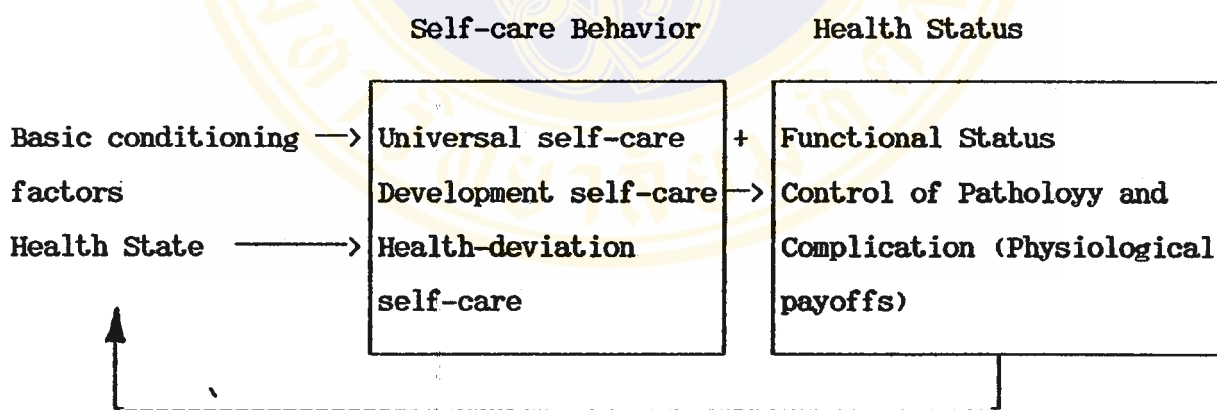
ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ

ตามแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของโอเร็มั้น โอเร็มได้อธิบายว่า "สุขภาพ" เป็นภาวะ ความเป็นอยู่ของมนุษย์ที่มีความสมบูรณ์หรือแข็งแรงทั้ง โครงสร้างและการทำงานของร่างกาย และ พัฒนาการการทำงานของร่างกายที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันนี้จะมี ความเจริญและพัฒนาให้สูงขึ้น ไป

เรื้อร่า" (Orem 1985 : 175-177) นอกจากนี้โอเร็มยังได้กำหนดว่า สุขภาพนี้หมายถึง ภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บหรือความผิดปกติอื่นๆ และมีถูกจัดรวมไว้ในปัจจัยพื้นฐานเช่นเดียวกับอายุ เพศ ระดับพัฒนาการและสภาพความเป็นอยู่ ฯ ซึ่งมีอิทธิพลหรือสามารถปรับเปลี่ยนเป็นความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลตนเองได้ สำหรับความหมายของภาวะสุขภาพในด้านนี้ยังไม่ชัดเจน แต่อาจพิจารณาโดยนัยหรือได้จากข้อมูลเกี่ยวกับเกณฑ์ที่บ่งบอกถึงโครงสร้างและการทำงานของมนุษย์ในเวลาที่แน่นอน (Denyes 1988 : 15 ; Frey & Denyes 1989 : 69)

แต่จากแนวความคิดของโอเร็มที่กล่าวไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก และกิจกรรมเหล่านั้นต้องเป็นกิจกรรมที่สนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้านคือ ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และตามการเบี่ยงเบนทางภาวะสุขภาพ ซึ่งการบรรลุถึงความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการนั้น จะเป็นการนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในระยะเบื้องต้น (Health Promotion and Primary Prevention) ส่วนการบรรลุวัตถุประสงค์ของความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางภาวะสุขภาพนั้น จะเป็นการนำไปสู่การป้องกันโรคในระยะที่ 2,3 ตามมา (Secondary and Tertiary Prevention) (Orem 1985 : 189-194 ; Frey & Denyes 1989 : 68) ซึ่งการป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสภาพร่างกายและการทำงานของสิ่งมีชีวิตเมื่อเกิดโรคหรือเมื่อขาดความสามารถนั้น จัดเป็นองค์ประกอบของการส่งเสริมสุขภาพและการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ และโอเร็มได้พิสูจน์ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่บรรลุผลทางการพยาบาล (Denyes 1988 : 13) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้บุคคลนั้น 1) สามารถรอดชีวิตหรือมีการตายอย่างสงบเมื่อถึงเวลา 2) สามารถคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล 3) ได้รับการสนับสนุนในเรื่องพัฒนาการตามความสามารถของบุคคล 4) สามารถช่วยส่งเสริมให้มีการปรับหรือควบคุมผลจากการบาดเจ็บและจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น 5) มีการส่งเสริมการรักษา การควบคุมพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น และ 6) มีการส่งเสริมสวัสดิภาพ ซึ่งที่กล่าวมานี้เป็นวัตถุประสงค์สูงสุดในการดูแลตนเองทั้งหมด (Orem 1985 : 89) ดังนั้นความหมายของสุขภาพซึ่งหมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันหรือมีความสุขสมบูรณ์ ซึ่งสังเกตได้จากความสมบูรณ์ แข็งแรงของโครงสร้าง การทำงานและพัฒนาการของร่างกายนั้น จึงเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการดูแลตนเองหรือจุดประสงค์ของการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการดูแลตนเองตามความต้องการโดยทั่วไป (Frey & Denyes 1989 : 69) ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับการมอง "สุขภาพ" ในลักษณะ "ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาททางสังคม" (Role performance model ; Role functioning) ซึ่งผลลัพธ์ของมุมมองสุขภาพในลักษณะนี้คือ การแสดงให้เห็นถึงความสามารถที่จะปฏิบัติตามบทบาททางสังคมของตนได้ตามปกติตนเอง (Orem 1980 ; Smith

1982 cited in Meleis 1991 : 109 ; Woods 1989 : 7) ส่วนความหมายในประเด็น การควบคุมและการจัดการกับพยาธิสภาพ ซึ่งเป็นผลจากการดำรงไว้ซึ่งการดูแลตนเองตามการ เบี่ยงเบนทางภาวะสุขภาพนั้น มีความสอดคล้องกับการมองสุขภาพในลักษณะ "อาการทางคลินิก" (Clinical models) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วรรณกรรมส่วนใหญ่จะสะท้อนให้เห็น การมองสุขภาพจากอาการทางคลินิก ซึ่งเน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย ความ ต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางภาวะสุขภาพ การป้องกันโรคและการวินิจฉัยโรคใน ระยะเริ่มแรก และจุดประสงค์นี้เพื่อกำหนดแนวทางในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่ออาการหรือความ เจ็บป่วยซึ่งผลที่ได้รับก็สัมพันธ์กับอัตราการตาย อัตราการเกิดโรค การใช้บริการทางสุขภาพ และค่าใช้จ่าย (Wood 1989 : 5 ; Bergner 1985 : 699-701 ; Kaplan 1985 : 577-579) และในการประเมินความสำเร็จของการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อเกิด การเบี่ยงเบนทางภาวะสุขภาพนั้น จะต้องประเมินถึงผลลัพธ์ซึ่งเป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพด้วย โดยผลลัพธ์ส่วนหนึ่งนั้นสามารถทราบได้จากปริมาณของผลทางสรีรวิทยา (Quantifiable Physiological payoffs) เช่น ชีวจร ความดันโลหิต และค่าระยะเวลาในการแข็งตัวของ เลือดอยู่ในระดับปกติ (Carolyn & Joyce 1987 : 286 ; Bergner 1985 : 670) จากแนวความคิดที่กล่าวมาทั้งหมดสามารถสรุปให้ชัดเจนได้ดังภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 แนวคิดความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ ดัดแปลงจาก
แนวคิดของ Frey และ Denyes (Frey & Denyes 1989 : 70)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพนั้นพบค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ หรือแบบแผนการดำเนินชีวิตและการส่งเสริมสุขภาพกับภาวะสุขภาพ จากการศึกษาของวิเกล และคณะ (Goldsmith Cwikel, et al. 1988 : 151-173) ศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่จำนวน 854 ครอบครัว ที่อาศัยอยู่ในชนบทแถบ Washtenaw ของเมืองมิชิแกน โดยศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านจิตสังคมกับสุขภาพและความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะสุขภาพ ในการประเมินภาวะสุขภาพทางร่างกายนั้นประเมินจากการประเมินสุขภาพโดยรวม (Self-rated global health) และจากการตอบแบบสอบถาม The Chronic Disability Index ส่วนภาวะสุขภาพจิตประเมินจากอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบสอบถามของ The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale และพฤติกรรมสุขภาพประเมินจากแบบสอบถาม The Health Practice Index ของเบลลอคและเบรสโลว์ ผลการศึกษพบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคมักมีความเกี่ยวข้องกับความแตกต่างของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcomes) โดยพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับสภาพการเจ็บป่วยหรือรัง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคมักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาพการเจ็บป่วยหรือรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบลลอคและเบรสโลว์ (Belloc & Breslow 1972 : 409-421 cited in Johnson-Sayler 1991 : 1166) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่จำนวน 6,928 ราย โดยพบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ การรับประทานอาหารตามปกติ ไม่รับประทานอาหารนอกบ้านวันละ 7-8 ชั่วโมง การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ฯ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของเฟรย์และเดนนิส (Frey & Denyes 1989 : 67-75) ที่ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษา โดยมุ่งทดสอบความสัมพันธ์ของการดูแลตนเองโดยทั่วไปต่อสุขภาพ และการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพกับการควบคุมพยาธิสภาพ ในผู้ป่วยวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจำนวน 37 ราย โดยการดูแลตนเองโดยทั่วไปและการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพประเมินได้จากแบบสอบถาม The Denyes Self-care Practice Instrument (DSCPI) และแบบสอบถาม The Diabetic Self-care Practice Instrument (DISCPI) ของเดนนิสตามลำดับ ส่วนสุขภาพประเมินได้จากแบบสอบถาม The Self-Perception Profile for Children (SPPC) และแบบสอบถาม The Denyes Health Status Instrument (DHSI) ส่วนการควบคุมพยาธิสภาพประเมินจากค่า glycosylated hemoglobin (Ghb) ผลการศึกษพบว่า การดูแลตนเองโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพ ($r = .72, P < .001$) และการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมพยาธิสภาพ ($r = -.46, P < .009$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติถึงแม้จะใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพต่างกันก็ตาม

มิติทัศน์ของการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

การรับรู้ (Perception) ถือเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคลที่สำคัญ เพราะถ้าปราศจากซึ่งการรับรู้แล้วบุคคลจะไม่สามารถมี "ความจำ" หรือ "การเรียนรู้" ได้เลย คำว่า "รับรู้" (perceive) นั้นเป็นรากศัพท์มาจากภาษาลาติน มีความหมายเช่นเดียวกับคำว่า "รับไว้" (to take) และตามความหมายในพจนานุกรม เวบสเตอร์ (The Webster's new world dictionary) หมายถึง "ความเข้าใจ การจดจำ การสำนึกได้ การสังเกต และการทราบ รู้ได้โดยผ่านอารมณ์มองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การรับรส หรือการได้กลิ่น" ส่วนคำนามของ "การรับรู้" นั้น ได้นิยามว่าหมายถึง "ความเข้าใจ ความรู้" ซึ่งเกิดจากการรับรู้ หรือตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตน ตามแนวความคิด ความประทับใจต่าง ๆ และมี การจัดเป็นระบบระเบียบแบบแผนขึ้นมา" จากคำนิยามดังกล่าวสรุปได้ว่า "การรับรู้" หมายถึง กระบวนการที่จิตใจได้มีการรวบรวมข้อมูลและแปลความหมายของข้อมูลนั้นออกมา นั่นคือการทำ ความเข้าใจกับข้อมูลที่ได้รับนั่นเอง "หรืออาจกล่าวได้ว่า" เป็นกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง สิ่งแวดล้อมที่มากกระทบกับความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคล" (Bunting cited in Guralnik 1976 : 1054) นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับ แนวคิดของการรับรู้ในทัศนะต่าง ๆ กันดังนี้

แชปลิน (Chaplin cited in Bunting 1988 : 169) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า "เป็นกระบวนการภายในของบุคคลที่สามารถตระหนักได้ เป็นการรับความรู้สึก และให้ความหมายโดยประมวลเข้ากับเหตุการณ์ในอดีตซึ่งต้องอาศัยการวินิจฉัย เป็นความสามารถของมนุษย์ในการวินิจฉัยเคราะห์สิ่งต่างๆ ที่เข้ามากระทบ และเป็นการรับรู้แจ้งโดยสัญชาตญาณหรือ ความเชื่อในสิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นทันทีทันใดมาประเมินร่วมกัน"

แกร์ริสันและมากูน (Garrison & Magoon 1972 : 607) ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการที่สมองตีความหรือแปลข้อความที่ได้จากสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นสิ่งเร้า โดยผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของร่างกาย ทำให้เราทราบว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นอะไร มีความหมายและลักษณะอย่างไร ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์ของเราเป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความ

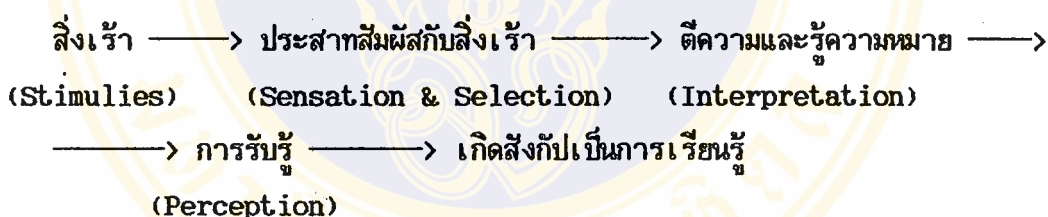
คิง ได้ศึกษาและรวบรวมแนวคิดต่างๆ เกี่ยวกับการรับรู้และให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจมนุษย์ เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมาย และแรงผลักดันการรับรู้ของแต่ละบุคคลเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่างๆ ของบุคคลนั้น โดยกระบวนการรับรู้จะทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากภายนอกทางประสาทสัมผัสและความจำ (King 1984 : 24 อ้างในกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2528 :

377) ซึ่งสรุปกระบวนการรับรู้เป็นขั้นตอนได้ดังนี้ (Bunting 1988 : 170)

1. การรับรู้ความรู้สึกหรืออาการสัมผัส (Sensation) เป็นการศึกษาประสาทของสิ่งมีชีวิตนั้นตระหนักหรือบันทึกจดจำสิ่งเร้าภายนอกหรือบุคคลนั้น ๆ

2. การเลือก (Selection) เป็นการเลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้าบางส่วนจากบรรดาสื่อเร้ามากมาย กล่าวคือมนุษย์ไม่สามารถที่จะรับรู้ทุกสิ่งอย่างที่เกิดขึ้นรอบๆตัวได้ทั้งหมดในเวลาเดียวกัน เราต้องเลือกรับรู้ไปที่ละอย่าง โดยขั้นการรับรู้จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการเอาใจใส่ของผู้รับรู้ด้วย เพราะหากผู้รับรู้เลือกใส่ใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่งก็จะเกิดการรับรู้ในสิ่งนั้น หากไม่ใส่ใจก็ไม่มี การรับรู้เกิดขึ้น จากนั้นผู้รับรู้จะเข้าไปมีส่วนในการโยงสิ่งที่รับรู้ใหม่เข้ากับประสบการณ์ในอดีต ซึ่งขั้นตอนนี้อาจหมายถึงการเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยประสบมาแล้วนั่นเอง (assimilation)

3. การแปลความ (Interpretation or making sense of and Understanding experience) เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการรับรู้ เป็นการที่บุคคลทำความเข้าใจ แปลความหมายของสิ่งเร้าเหล่านั้น โดยอาศัยประสบการณ์ในอดีตและถ้าเหตุการณ์นั้นเป็นประสบการณ์หรือความรู้ใหม่ ๆ ผู้รับก็จะบันทึกสะสมไว้และจะมีผลต่อการรับรู้ การเรียนรู้ในอนาคต ดังแสดงให้เห็นในแผนภาพดังนี้



แผนภาพที่ 4 กระบวนการรับรู้ของ สกิด วงศ์สวรรค์ (2525 : 105)

นอกจากนี้ก็ยังได้สรุปคุณลักษณะสำคัญของการรับรู้ไว้ดังนี้คือ (King 1984 : 23-24 อ้างในกอบกุล, พันธุ์เจริญวรกุล 2528 : 378 ; สังวาลย์ แก้วประเสริฐ 2533 : 17)

1. การรับรู้เป็นเอกภาพ (Universal) คือกล่าวว่ามนุษย์ทุกคนสามารถรับรู้ต่อบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เกิดจนตาย โดยจัดเรียงลำดับจากรูปธรรมและให้ความหมายต่อสิ่งเร้าหลังจากนั้นก็จะเก็บเข้าไปในความทรงจำของแต่ละบุคคล เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าเดิมอีกครั้ง มนุษย์ก็จะดึงประสบการณ์ในอดีตมาช่วยพิจารณาและให้ความหมายต่อสิ่งเร้าเช่นเดียวกับที่ผ่านมาซึ่งก็คือการรับรู้ของบุคคลนั่นเอง

2. การรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกเฉพาะสำหรับตนเอง (Elective and Subjective) ถึงแม้ว่าจะเป็นการศึกษาในเหตุการณ์เดียวกัน แต่เราไม่สามารถจะสรุปได้ว่าแต่ละบุคคลจะรับรู้ในเหตุการณ์นั้นเหมือนกัน เนื่องจากบุคคลย่อมมีภูมิหลังและประสบการณ์ที่ต่างกันไป

3. การรับรู้เป็นสิ่งที่แสดงออกในภาวะปัจจุบัน (Action Oriented in the Present) เนื่องจากข้อมูลมีอยู่ในสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ทำให้บุคคลต้องมีการรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและทำให้เกิดการเรียนรู้ควบคู่กันไปด้วยเสมอ

4. การรับรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายแน่นอน (Transaction) เราสามารถสังเกตถึงการรับรู้ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีการแสดงออกระหว่างบุคคลหลายๆคนหรือภายในกลุ่ม จึงจะทำให้มองเห็นได้ชัดว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ในสถานการณ์นั้นอย่างไร

จากแนวความคิดเหล่านี้เพื่อสรุปความหมายและคุณลักษณะของการรับรู้ของบุคคลได้ว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นกระบวนการด้านความคิด ความเข้าใจที่มนุษย์ได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัว โดยบุคคลนั้นมีความใส่ใจในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม เป็นพื้นฐานในการที่จะนำข้อมูลต่าง ๆ ของสิ่งเร้านั้น เข้าสู่กระบวนการรับรู้ผ่านทางระบบประสาทรับสัมผัสของร่างกายทั้ง 5 ได้แก่ การเห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรส การได้กลิ่น และเมื่อข้อมูลถูกป้อนเข้าสู่ระบบความคิดแล้ว บุคคลนั้นจะเลือกจัดประเภทของข้อมูลและมีการแปลความหมายของข้อมูลเกิดขึ้น ซึ่งต้องอาศัยคุณสมบัติภายในตัวของบุคคลเช่น ประสบการณ์ในอดีตเป็นตัวกลางในการแปลความหมายนั้น ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจที่เกิดจากกระบวนการรับรู้จะฝังแน่นอยู่ในจิตใจและจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ การแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ในระยะต่อมาและผลจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ก็จะเป็นข้อมูลป้อนกลับไปมีผลต่อการรับรู้ครั้งใหม่ ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากระบวนการรับรู้เป็นกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่บุคคลใส่ใจอย่างไม่หยุดนิ่ง และสัมพันธ์กับความต่อเนื่องของกาลเวลาและเหตุการณ์ต่างๆในสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล (Space-time Continuum) (McGhie 1986 : 215-216 อ้างในภุชดา ตงศิริ 2531 : 25)

การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมีความถูกต้องหรือแตกต่างกันอย่างไรนั้น ก็ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการคือ (กรรณิการ์ สุวรรณโคตร 2527 : 467 ; มาลี สันติเกษตริน 2525 : 179-180 ; สถิต วงศ์สวรรค์ 2525 : 79) ลักษณะของสิ่งเร้าและลักษณะของผู้รับรู้ โดยสิ่งเร้าจะเป็นปัจจัยภายนอกที่ทำให้ความสนใจที่จะรับรู้ หรือทำให้การรับรู้คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง ซึ่งลักษณะของสิ่งเร้าที่ทำให้ก่อเกิดการรับรู้ได้นั้น ต้องเป็นสิ่งเร้าที่มีความเข้มและขนาดที่มากกว่า มีการเคลื่อนไหว มีการเร้าซ้ำบ่อย ๆ และสิ่งเร้านั้นมีความแตกต่างจากสิ่งอื่น ส่วนปัจจัยด้านลักษณะของผู้รับรู้แบ่งได้เป็น 2 ด้านคือ ด้านสรีรวิทยา (Physiological factors) และด้านจิตใจ (Psychological factors) ซึ่งด้านสรีรวิทยา ได้แก่ ระบบประสาทรับความรู้สึกทั้ง 5 และสมองหรือสติปัญญาของแต่ละบุคคลนั่นเอง ถ้าอวัยวะเหล่านี้ผิดปกติไปก็ย่อมทำให้การรับสัมผัส (sensation) ผิดไปด้วย ส่วนปัจจัยด้านจิตใจมีหลายประการได้แก่ ความรู้เดิมหรือประสบการณ์ในอดีต ความปรารถนา (Need) หรือแรงขับ ภาวะอารมณ์ เจตคติ อิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรม ความตั้งใจที่จะรับรู้ แรงจูงใจ การเห็นคุณค่า ความสนใจ ความพร้อมที่จะรับรู้ การคาดหวัง เป็นต้น

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ

จากคำนิยาม "ภาวะสุขภาพ" ว่าเป็นภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำงานทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ปราศจากอาการของโรคและความพิการใดๆ ซึ่งภาวะนี้จะดำรงอยู่บนเกณฑ์และมีปฏิสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย กล่าวคือภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นจะประกอบด้วยภาวะที่มีสุขภาพดีและภาวะที่เจ็บป่วยสลับกันไป หรือต่อเนื่องกันไปเป็นประสบการณ์ตลอดชีวิตมนุษย์ทุกคนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Brunner & Suddarth 1988 : 6) ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นกระบวนการของการเจริญเติบโตและการพัฒนาการอย่างหนึ่งของชีวิต สุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลอย่างเต็มที่ คำนิยาม "สุขภาพ" ของแต่ละบุคคลจึงมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการให้ความหมายและคำจำกัดความของสุขภาพจึงมีมากมาย ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของแต่ละบุคคลได้แก่ (Kozier & Erb 1988 : 75-76)

1) ระดับพัฒนาการ (Development Status) การรับรู้ ความคิดเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการของบุคคลอย่างมาก เพราะความสามารถในการรวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับอายุโดยตรง

2) อิทธิพลทางสังคมและวัฒนธรรม (Social and Cultural influence) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและวัฒนธรรมจะมีอิทธิพลต่อความรู้สึก ความเข้าใจ ความนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพ โดยแต่ละวัฒนธรรมจะมีแนวคิดของสุขภาพแตกต่างกันไป

3) ประสบการณ์ในอดีต (Previous experiences) ประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยจะส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยบุคคลบางคนจะพิจารณาความเจ็บปวดหรือการทำงานของร่างกายที่ผิดปกติได้ เพราะบุคคลนั้นมีประสบการณ์ครั้งหนึ่งหรือหลายครั้งในอดีตมาก่อน นอกจากนี้ความรู้สึกที่ได้รับจากประสบการณ์จะช่วยในการให้ความหมายสุขภาพของบุคคลได้

4) ความคาดหวังในตนเอง (Expectation of self) บุคคลบางคนมักคาดหวังว่าระดับการทำงานของร่างกายและจิตใจจะอยู่ในระดับสูงตลอดเวลาเมื่อมีสุขภาพดี และอาจรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับการทำงานของร่างกายเนื่องจากความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ความคาดหวังในระดับการทำงานของร่างกายมีมากมาย และการให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพก็จะพลิกแพลงตามความคาดหวังที่หลากหลายนั้น

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกเกี่ยวกับตัวบุคคล กล่าวคือแต่ละบุคคลจะรับรู้เกี่ยวกับตัวพวกเขาอย่างไรก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในบุคคลนั้น ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาพลักษณ์ความจำเป็นบทบาทและความสามารถ เป็นต้น

ตามปกติเมื่อบุคคลถูกคุกคามหรือรับรู้ว่าถูกคุกคาม หรือเมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้นก็จะเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ความเครียด และบุคคลนั้นก็จะประเมินถึงภาวะสุขภาพของตนบ่อยครั้ง เพื่อ

ให้คำจำกัดความของสุขภาพใหม่และมีปฏิริยาโต้ตอบหรือกระทำต่อสภาวะปัญหาทางสุขภาพแตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลประการหนึ่ง โดยการรับรู้จะเป็นตัวกลั่นกรองหรือเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นๆต่อตนเอง และบุคคลจะมองภาวะเจ็บป่วยว่ารุนแรงมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา ภาวะการเจริญเติบโตและพัฒนาการอิทธิพลทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อ ทศนคติ การได้รับข้อมูลข่าวสารสำคัญจากแพทย์พยาบาล ความคาดหวังในตนเอง ดังกล่าวไว้ข้างต้น ปัจจัยต่างๆเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ สามารถประเมินตัดสินภาวะสุขภาพของตนให้ตรงกับสภาพความเป็นจริง ได้นอกจากนี้ การที่บุคคลรับรู้สุขภาพดีนั้น ก็ไม่ได้หมายความว่าไม่มีโรคหรืออาการของภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับเขา ดังนั้นแม้ในขณะที่บุคคลมีความเจ็บป่วย เขาก็อาจประเมินภาวะสุขภาพของตนอยู่ ในเกณฑ์ได้หากเขารับรู้เช่นนั้น พยาบาลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำความเข้าใจถึงการให้คำนิยามคำว่าสุขภาพและความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นกับอิทธิพลของความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย และการทำความเข้าใจถึงการรับรู้ต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยนั้น จะทำให้พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพ หรือดำรงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดังที่ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ได้ (Kozier & Erb 1988 : 76)

การประเมินการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ

ทั้งนี้เนื่องจากความหมายของการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตน ดังนั้นรายละเอียดในการประเมินถึงการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พอสรุปประเด็นสำคัญๆ ได้ดังนี้คือ ในอดีตการวัดการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพสามารถประเมินได้ด้วยคำถามเพียงประโยคเดียว ซึ่งเป็นการถามถึงการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และส่วนใหญ่จะมีคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ดีมาก, ดี, พอใจ หรือแย่มาก เป็นต้น แต่จากการขยายขอบเขตของโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก The National Center for Health Services Research ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) ขึ้นมา ดำเนินการโดยบุคคลและคณะ ประกอบด้วยข้อคำถามถึงการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล/ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวนทั้งหมด 26 ข้อ ซึ่งพอสรุปรายละเอียดได้ดังนี้ (Brook, et al. 1979 : 9,27)

1) การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต (Prior Health)

เป็นการประเมินความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความเชื่อ ทศนคติ by ประสิทธิภาพเกี่ยวกับความ

เจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา เช่น บุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยรุนแรงจะต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดมาแล้วครั้งหนึ่ง หรือความเจ็บป่วยในอดีตที่ยาวนานซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี เกิดการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีตทางลบ เมื่อประมวลเข้ากับประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบัน อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด วิตกกังวลมาก จนส่งผลต่อการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบันรุนแรงหรือบิดเบือนไปจากความจริงได้ แต่ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีตทางบวก มีประสบการณ์เจ็บป่วย ที่ดีเคยสมหวังในอดีต เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์เจ็บป่วยในปัจจุบัน ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความเครียด ในระดับที่เหมาะสม มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหาในปัจจุบันได้ดี

2) การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current Health)

บุคคลจะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในแต่ละวันหรืออาจบ่อยครั้งกว่านั้น ก็ขึ้นอยู่กับความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีหรือเจ็บป่วย ซึ่งการประเมินของแต่ละบุคคลเป็นความคิดในการให้ความหมายของคำว่า "สุขภาพ" นั้นเอง (Orem 1985 : 173) การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบันของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของตนจากแพทย์ พยาบาลหรือบุคคลอื่น ๆ อาการทางร่างกายที่ปรากฏเป็นต้น ซึ่งการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมได้ ถ้าภาวะเจ็บป่วยของบุคคลนั้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมเพียงเล็กน้อย เช่น ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการแสดงที่เกิดขึ้น หรือมีอาการแสดงของความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแต่บุคคลนั้นก็ประเมินสุขภาพของเขาวางอยู่ในเกณฑ์ดีหากบุคคลมีการรับรู้เช่นนั้น แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับและการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบัน อาจขัดกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอดีตได้ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตนเอง

3) การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต (Health outlook)

เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นย่อมจะส่งผลเสียต่อโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการได้ในอนาคต บุคคลสามารถรับรู้ถึงภาวะสุขภาพ ในอนาคตจากการคาดเดาได้ด้วยตนเอง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบันและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากผู้อื่น จะส่งผลถึงความคาดหวังหรือความหมدหวังของบุคคลนั้นได้ กล่าวคือถ้าบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุน การช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างจะทำให้มีความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอนาคตอย่างมีความหวัง มีกำลังใจและเกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อจะดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นขาดการสนับสนุนทางสังคมมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เลวร้ายทั้งในอดีตและปัจจุบัน ก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความ รู้สึกหมดหวัง มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตทางลบ

4) การรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Resistance/ Susceptability to illness)

เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่า ร่างกายสามารถต้านทาน หรือเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเกิดโรคซ้ำได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละ

บุคคล และสามารถปรับเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การรักษา กล่าวคือถ้าผู้ป่วยไม่เชื่อการวินิจฉัยและแนวทางการรักษาของแพทย์ หรือขาดความมั่นใจในแพทย์ หรือมีความเชื่อ ทศนคติเกี่ยวกับสุขภาพไม่ถูกต้อง จะทำให้ทรรณะที่เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยผิดไป นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความคาดคะเนของบุคคลนั้นว่าตนอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย หรือมีโอกาสที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำได้หรือไม่ด้วย ถ้าบุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยมาก่อน การคาดคะเนจะมีความถูกต้องสูง ซึ่งการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่ถูกต้องจะทำให้บุคคลนั้นมีความสนใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองดีตามมา

5) ความวิตกกังวล/ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Health worry/concern)

การที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ว่าอาจทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะต่างๆในร่างกาย หรือทำให้กระทบกระเทือนต่อฐานะและบทบาททางสังคมของตนเอง จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความกลัววิตกกังวลได้ อาการวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มากเกินไปนั้นส่งผลให้มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้ อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดกลไกทางจิตโดยการปรับอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดให้ดีขึ้น และมีการประเมินภาวะสุขภาพใหม่ว่าอาจไม่มีความผิดปกติใด ๆ เพียงเบนความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพไปแสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่นแทน ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมีการปรับเปลี่ยนการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพเสียใหม่ รู้จักมองและประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง สร้างความรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมชีวิตของตนได้ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี เกิดกำลังใจและให้ความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งการให้ความสนใจถึงระดับถึงถึงความสำคัญ เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดีนั้น จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

6) ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Sickness-orientation)

เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล ว่าจะต้องประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกันไปเป็นประสบการณ์ตลอดช่วงชีวิตมนุษย์ และการที่บุคคลยอมรับว่าตนเองมีความเจ็บป่วย และเรียนรู้ทำความเข้าใจถึงขั้นตอน การดำเนินโรค แนวโน้มการเกิดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้บุคคลนั้นมีการเตรียมพร้อม ในการปรับตัวและแก้ไขปัญหามีการแสวงหาความช่วยเหลือ การรักษายาบาลที่ถูกต้อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง

แนวความคิดของ "การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ" ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบันและอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล/ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนั้น โอริเอมได้กล่าวหาตงไว้ในความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ด้าน "ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน" ซึ่งมีองค์ประกอบอยู่ 4 ส่วนด้วยกันคือ ความสามารถพื้นฐานของการกระทำ

(Selected Basic Capabilities) ความสามารถที่จะรู้และความสามารถที่จะกระทำ (Knowing and Doing Capabilities) คุณลักษณะที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมาย (Dispositions Affecting Goals Sought) และความสามารถและคุณสมบัติในการกระทำ (Significant Orientative Capabilities and Dispositions) โดยมีรายละเอียดดังนี้คือ แนวคิดของการรับรู้ได้ถูกจัดไว้ในส่วนของความสามารถพื้นฐานของการกระทำซึ่งจัดเป็นหลักของพลังความสามารถของมนุษย์ เป็นองค์ประกอบที่ให้อำนาจกับความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ความสามารถพื้นฐานของการกระทำซึ่งได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ ความสนใจ ความจำนั้นยังเป็นพื้นฐานของความสามารถในการใช้เหตุผล ความสามารถที่จะรู้ในการกระทำ ทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ การอ่าน การนับ การเขียน ฯ อีกด้วย ซึ่งความสามารถเหล่านี้เป็นส่วนประกอบของความสามารถที่จะรู้และความสามารถที่จะกระทำ

เมื่อบุคคลมี "ความสามารถที่จะรู้และความสามารถที่จะกระทำ" ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ ที่จะนำไปสู่ความเข้าใจในตนเอง การตระหนักในตนเอง การนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับในตนเอง ความเอาใจใส่ในตนเอง การยอมรับการทำงานของร่างกาย และเมื่อประมวลความสามารถเหล่านี้เข้าด้วยกัน ก็จะทำให้เกิดความตั้งใจเพื่อให้ประสพผลตามความต้องการของตนเอง ซึ่งจัดเป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ในการแสวงหาการดูแลตนเอง (Orem 1979 : 212-213 Orem 1991 : 152-153) หากบุคคลขาดคุณสมบัติในด้านนี้แล้วย่อมจะขาดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างจริงจังและมีเป้าหมายโดยทั่วไป (Significant Orientative Capabilities and Disposition) ซึ่งประกอบด้วย ความสนใจและความตั้งใจในการดูแลตนเอง ความสนใจในสุขภาพของตนเอง ความเข้าใจในสุขภาพของตนเอง หรือความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง และจะทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถพัฒนาความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเอง ได้ในที่สุด (Orem & Taylor 1986 : 48)

นอกจากนี้การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพยังเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่จะมีแก่น้าว กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบเอาใจใส่ในการปฏิบัติกาดูแลตนเอง เพื่อที่จะให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นอีกด้วย (Pender 1987 : 64) กล่าวคือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในทางลบ ก่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าภาวะสุขภาพของตนเองถูกคุกคาม เกิดความเครียด วิตกกังวล และถ้าระดับความวิตกกังวลมีมากเกินไป ก็จะส่งผลถึงความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การประเมิณตัดสินเหตุการณ์หรือตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควรกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นก็อาจผิดพลาดไป ส่วนผู้ป่วยที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในทางบวก ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจหรือเกิดความรู้สึกเครียดในระดับที่เหมาะสม ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทศณคติ เกิดแรงกระตุ้น แรงจูงใจในการพัฒนาและปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองที่ดี ทำให้มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายทั้งทางร่างกายและจิตใจภายหลังการผ่าตัดสามารถควบคุมรุนแรงของโรค ป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของ

โรคเส้นหัวใจพิการ ได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังส่งผลเกี่ยวข้องกับความถี่และการเพิ่มความจริงจังของพฤติกรรมการดูแลตนเองอีกด้วย (Pender 1987 : 64) ดังจะขอกล่าวรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต จากประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีตก่อให้เกิดการรับรู้ที่แตกต่างกัน ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในทางบวก จะทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้หรือมองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ เพื่อลดความรุนแรงของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยการมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง แต่ในทางตรงกันข้ามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในทางลบ จะทำให้ผู้ป่วยขาดความถี่และความจริงจังในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เช่น การศึกษาของซิดนีย์และแชฟเพิร์ด (Sidney and Shephard cited in Pender 1987 : 14) ที่ได้ศึกษาการฝึกฝนสมรรถภาพร่างกายในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุเป็นเวลา 14 อาทิตย์ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม The Cornell Medical Index Health Questionair พบว่าผู้ป่วยทุกรายที่รายงานอาการและความไม่สุขสบายต่าง ๆ ในอดีตมากมาย จะมีส่วนร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกายในด้านความถี่และความจริงจังน้อยกว่าผู้ป่วยที่รายงานอาการไม่สุขสบายในแบบสอบถามน้อยๆ จะเห็นได้ว่าแม้ปัจจุบันจะไม่พบการเจ็บป่วยแล้วก็ตาม แต่ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ในอดีต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจเกี่ยวกับอาการไม่สุขสบาย ซึ่งอาจกลับมาแสดงให้เห็นอีก และการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวหลีกเลี่ยงและลดความสามารถของบุคคลที่จะเข้าร่วมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

2. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน เป็นแนวทางที่บุคคลให้ความหมายกับสถานการณ์ทางสุขภาพในแต่ละวัน หรืออาจบ่งบอกว่าสัมพันธ์อยู่กับการให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล ซึ่งจะเสริมแรงเสริมให้เกิดพฤติกรรมขึ้น กล่าวคือ ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในทางบวก เช่น "ความรู้สึกสบายดี" จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและก่อให้เกิดแรงจูงใจที่ทำให้มีความพร้อมและหันมาปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป เช่น การศึกษาของดิชแมนและคณะ (Dishman, et al. cited in Pender 1987 : 64) ที่ให้ผู้ป่วยเข้าไปมีส่วนร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกายพบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพดี มักมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการเพิ่มความถี่ไปได้ของพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของคริสเตียนเซน (Christiansen cited in Pender 1987: 64) ได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่จำนวน 378 ราย พบว่าบุคคลที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองในขณะนั้นดี จะมีความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนไม่ดี จากการศึกษาของฮอร์แกน (Horgan 1987:32) ในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 79 คน พบว่าการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของศิริวิทย์ วัฒนสินธุ์ (2534 : ก-ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นต่อสุขภาพกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจชนิดแมคคานิคอลจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($r = -0.1715, P < .05$)

3. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต ผลสืบเนื่องของการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีตและปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยคาดเดาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอนาคตได้ตามความรู้สึกของตนเอง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีตและปัจจุบันที่เป็นไปในทางบวก จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง มีกำลังใจ มีความเชื่อมั่น เกิดความรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมเหตุการณ์ สามารถลดความรุนแรงของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้เมื่อมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ซึ่งความรู้สึกคาดเดาในทางบวกและความรู้สึกที่ตนสามารถควบคุมเหตุการณ์ได้นั้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีอย่างต่อเนื่องในอนาคต แนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดของเคปแลนและเคอเลสส์ (Kaplan and Cowles cited in Pender 1987 : 64) ที่กล่าวว่า การที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตลอดไปนั้น จะต้องให้แต่ละบุคคลได้รับประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตมีความผาสุกอย่างรวดเร็ว และสังเกตได้ชัดในปัจจุบัน ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้จะมีส่วนส่งเสริมการเห็นคุณค่าของสุขภาพที่ดี และส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตที่มีความยากลำบากให้ต่อเนื่องและกว้างออกไป

4. การรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยต่างๆ สูง หรือมีโอกาสรiskต่อการเกิดโรคซ้ำและการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น จะทำให้เกิดการกระตุ้นทางอารมณ์ คิดถึงความยากลำบากที่จะต้องประสบเมื่อเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพนั้น โดยเฉพาะถ้าบุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีตเป็นระยะเวลานาน ความรุนแรงของความเจ็บป่วยและความยุ่งยากของการรักษา ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน ชีวิต ครอบครัวและสัมพันธภาพทางสังคมมาก จะทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยเอาใจใส่ต่อสุขภาพ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันโรคมมากขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาและแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่ถูกต้อง (จินตนา ชูนิพันธ์ 2532 : 54 ; Chang 1981 : 55 ; Becker and Maiman 1975 : 10-24) ซึ่งความร่วมมือในการรักษาจัดเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเบี่ยงเบนทางภาวะสุขภาพนั่นเอง (Pender 1982 : 150) การศึกษาที่สอดคล้องกับแนวคิดนี้ได้แก่ การศึกษาของเนลสันและคณะ (Nelson, et al. 1978 : 893-96 อ้างใน จริยวัตร คมพยัคฆ์ 2532 : 63) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความรุนแรง จะให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่คิดว่าความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความรุนแรง การศึกษาของนิธยา ภาสสุนท์ (2529 : ค) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของสมใจ ยัมวิไล (2531 : 96-97) ในผู้ป่วยโรคหอบหืด จำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

5. ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ

การที่บุคคลรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย และอุปสรรคต่าง ๆ ที่อาจ

เกิดขึ้นในอนาคตนั้น ถือเป็นการคาดการณ์ไปล่วงหน้าในแง่ลบ ไม่ว่าจะเป็นความลำบากในการไปใช้บริการทางการแพทย์ การที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ความยุ่งยากซับซ้อนของแผนการรักษาและระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษา ความไม่สุขสบายและความไม่สะดวกในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา การรับประทานยาและผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ซึ่งการรับรู้เหล่านี้อาจเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความเจ็บป่วยมากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ความขัดแย้งในจิตใจและเกิดการหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย (Murdaugh and Hinshaw 1986 : 626) และการให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งถือเป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Connelly 1987 : 626)

นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังส่งผลต่อการรับรู้ การเรียนรู้อีกด้วย กล่าวคือถ้าบุคคลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพในระดับที่เหมาะสม จะทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ รับรู้ เหตุการณ์ต่างๆทั้งภายนอกและภายใน ตระหนักถึงอันตรายและติดตามผลของความเจ็บป่วยและสามารถประเมินปัญหาของตนเองตามความเป็นจริงได้ ทำให้สามารถตัดสินใจ จัดระบบเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติในการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ซึ่งความสามารถเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมชีวิตของตนได้ เกิดกำลังใจ เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลนั้นให้ความสนใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพ และมีความตั้งใจสูงในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Pender and Pender cited in Pender 1987 : 64)

6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพในทางบวกที่ว่า "ภาวะสุขภาพจะต้องประกอบด้วย ภาวะสุขภาพที่ดีและภาวะที่เจ็บป่วยสลับต่อเนื่องกันไปตลอดช่วงชีวิตมนุษย์" เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นจะ ไม่ทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดวิตกกังวลมากเกินไป สามารถยอมรับสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ และสามารถรับรู้เหตุการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพได้ถูกต้องตามความเป็นจริงเกิดความเข้าใจในภาวะของโรค และเข้าใจว่าการป้องกันมิให้ภาวะของโรครุนแรงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้นั้น ต้องปฏิบัติตนตามแผนการรักษาที่วางไว้ อาจกล่าวได้ว่าเป็นการรับรู้ ความเข้าใจถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาตนเอง ซึ่งความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา จะทำให้บุคคลนั้นมีการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย และให้ความร่วมมือในการรักษา แสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล เช่น การสอบถามถึงปัญหา ข้อสงสัยเกี่ยวกับภาวะโรค การรับประทานยา และการปฏิบัติตน เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถตัดสินใจเลือก หรือปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเองได้ การศึกษาที่สอดคล้องกับแนวคิดนี้ได้แก่ การศึกษาของเบคเคอร์ และคณะ (Becker, et al. 1978 : 273 อ้างในสมใจ ยัมวิไล 2531 : 54) ที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของมารดา

ผู้บุตรเป็นโรคหอบหืด และการศึกษาของนิตยา ภาสพันธุ์ (2530 : 82) ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยตรงนั้นมีน้อยมาก ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง งานวิจัยที่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของสองตัวแปรนี้โดยตรงได้แก่ งานวิจัยของเดนิส (Denyes 1980 1716-B) โดยเดนิสได้สร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองจากแนวทางทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และทฤษฎีพัฒนาการของมนุษย์ของอีริกสัน, เพียเจต์, โดล์เบอร์กและแทนเนอร์ โครงสร้างของเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองนี้ประกอบด้วยพลังความสามารถและความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานในการกระทำ (Power components and Foundational capabilities and dispositions) (Gast, et al 1989 : 31) ซึ่งมีอยู่ 6 องค์ประกอบหลักได้แก่ ความเชื่อในตนเอง (ego strength) ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ (health decision-making capability) ความเห็นคุณค่าของสุขภาพ (Valuing in health) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (health knowledge) ระดับพลังงานของร่างกาย (Physical energy levels) ความรู้สึกและความสนใจในสุขภาพ (feeling and attention to health) และเดนิสให้ชื่อเครื่องมือนี้ว่า The Denyes Self care Agency Instrument (DSCAI) ต่อมาเดนิสได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และการดูแลตนเองในกลุ่มวัยรุ่นจำนวน 369 คน และในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองใช้แบบสอบถาม The Denyes Self-Care Agency Instrument ส่วนการประเมินการดูแลตนเองใช้แบบสอบถาม The Denyes Self-Care Practice Instrument (DSCPI) ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง และการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .38$, $P = .001$) (Denyes 1988 : 13-21) เช่นเดียวกับการศึกษาของแมกนานิ (Magnani 1990 : 171-184) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับระดับการทำการกิจกรรม ในกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำนวน 115 คน และพบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการทำการกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .210$, $P < .01$) และการศึกษาของสิริอร พัวศิริ (2533 : ก-ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำนวน 100 รายพบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .208$, $P < .05$) และการศึกษาของวิมลรัตน์ กุวราวุฒินาฬ (2532 : ก-ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยนอกที่สูญเสียขา จำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความ

สัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แม้ว่าจะใช้เครื่องมือในการประเมินแตกต่างกันก็ตาม

ความสัมพันธ์ของการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ

การรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจให้แก่ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการนั้น ก็เพื่อช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยง่าย เพิ่มกำลังความอดทนของร่างกายและเพื่อให้ผู้ป่วยมีอายุยืนขึ้น หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั่นเอง (Jenkins, et al. 1983 : 2107) แต่ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลกระทบจากการรักษาทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งต้องอาศัยการฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพให้กลับมาเหมือนปกติอีกครั้ง รวมทั้งดำรงไว้ซึ่งสุขภาพในส่วนที่ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเกิดโรคซ้ำ ซึ่งกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและการป้องกันโรคนั้นจัดเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลตนเอง

ตามแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็มั้นได้กล่าวไว้ว่า การดูแลตนเองเป็น การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก และกิจกรรมเหล่านี้ต้องเป็นกิจกรรมที่สนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้าน คือความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และตามการเบี่ยงเบนทางภาวะสุขภาพ ซึ่งผลจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดภาวะสุขภาพดี กล่าวคือ บุคคลนั้นจะสามารถคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของร่างกาย มีการปรับหรือควบคุมผลกระทบจากการรักษาและพยาธิสภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ ปราศจากภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการ และการแสดงออกของการดูแลตนเองนั้นจะออกมาในรูปของพฤติกรรม ซึ่งความสามารถของแต่ละบุคคลในการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองนั้น จะมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เรียกว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพด้วยประการหนึ่ง โดยปัจจัยด้านการรับรู้ โอเร็มจัดไว้ในส่วนของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นความสามารถพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย และเป็นรากฐานชั้นล่างสุดของความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพลังความสามารถที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำการดูแลตนเอง และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองตามลำดับ โดยมีกลไกที่เป็นหลักสำคัญดังนี้คือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพจะส่งผลต่อความสามารถในการใช้เหตุผลที่เหมาะสม และส่งผลต่อทักษะในการเรียนรู้ ทำให้สามารถคาดการณ์เหตุการณ์เกี่ยวกับสุขภาพได้ถูกต้องตามความเป็นจริงหรือเป็นไปในทางบวก ซึ่งจะส่งผลต่อการเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยความรับผิดชอบและต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดูแลตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจภายหลังเกิด (Acquired Valvular Heart disease) และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ (Mechanical Prosthetic Valve) ที่ตำแหน่งของลิ้นไมตรัลหรือลิ้นเอออร์ติค หรือลิ้นไตรคัสปิด ลิ้นใดลิ้นหนึ่ง หรือสองลิ้นร่วมกัน และมาติดตามการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลโรงทรวงอก และโรงพยาบาลราชวิถี โดยไม่จำกัดเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และระดับสมรรถภาพของหัวใจ

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากประชากรดังกล่าว จำนวน 100 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้คือ

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมาแล้วในระหว่าง 3 เดือน - 1 ปี
3. ไม่มีความผิดปกติทางสมองและจิตใจ
4. ไม่มีประวัติเป็นโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว
2. แบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพสำหรับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
4. แบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
5. เครื่องมือทางการแพทย์

ลักษณะและคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด ฯ และระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัด ฯ

2. แบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ เป็นแบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป (General Health Perception) ของบรูคและคณะ (Brook, et al 1979) ซึ่งดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย สิริอร พัวศิริ(2533) ประกอบด้วยข้อความที่ให้ผู้ตอบประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตามความคิดเห็นของผู้ตอบ ว่าตรงกับข้อความในแบบวัดมากน้อยเพียงใด ทั้งในด้านบวกและด้านลบ มีจำนวนทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็นคำถามที่ประเมินเกี่ยวกับ

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 9, 16, 23

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 3, 7, 10, 14, 18, 22, 25, 26

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 4, 8, 15, 19

การรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 2, 6, 12, 24

ความวิตกกังวล/ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 5, 11, 17, 20

ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 13, 21

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) 5 ช่วง ดังนี้

หมายเลข 5 หมายถึง จริงทั้งหมด คือ ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก
ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทุกประการ

หมายเลข 4 หมายถึง จริงเป็นส่วนใหญ่ คือ ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก
ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเป็นส่วนใหญ่

หมายเลข 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ คือ ผู้ตอบเห็นว่าตนเองมีความรู้สึก
ไม่แน่ใจกับข้อความเกี่ยวกับสุขภาพนั้น

หมายเลข 2 หมายถึง ไม่จริงเป็นส่วนใหญ่ คือ ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับ
ความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเพียงเล็กน้อย

หมายเลข 1 หมายถึง ไม่จริงทั้งหมด คือ ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก
ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเลย

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ข้อ 1, 3, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19,
20, 21, 23, 26

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ข้อ 2, 4, 5, 7, 9, 10, 15, 22, 24, 25

การกำหนดให้คะแนนดังนี้

	ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
ถ้าเลือกหมายเลข (5)	คะแนนเป็น 5	คะแนนเป็น 1
ถ้าเลือกหมายเลข (4)	คะแนนเป็น 4	คะแนนเป็น 2
ถ้าเลือกหมายเลข (3)	คะแนนเป็น 3	คะแนนเป็น 3
ถ้าเลือกหมายเลข (2)	คะแนนเป็น 2	คะแนนเป็น 4
ถ้าเลือกหมายเลข (1)	คะแนนเป็น 1	คะแนนเป็น 5

คะแนนการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ จะมีช่วงคะแนนสูงสุด 130 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 26 คะแนน

คะแนนต่ำ แสดงว่า ผู้ตอบมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ไปในทางที่ไม่ดี

คะแนนสูง แสดงว่า ผู้ตอบมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตน ไปในทางที่ดี

การหาความเที่ยงตรง (Validity) และการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

แบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพนั้น บรรคและคณะ ได้ทำการตรวจสอบหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาและนำไปทดสอบกับบุคคลทั่วไปทั้งชายและหญิง ในโครงการ Rand's Health Insurance Study (HIS) ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.50-0.90 สำหรับแบบวัดการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพฉบับภาษาไทยนั้น สิริอร พัวศิริได้นำไปตรวจสอบหาความเที่ยงตรงกับผู้ทรงคุณวุฒิ และหลังจากนำไปปรับปรุงแล้ว นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ 100 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม = .71

ในการศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพื่อความเหมาะสมจำเป็นต้องให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบถึงความเที่ยงตรงของเนื้อหาในแบบสอบถาม โดยให้อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ 1 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบ หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 15 ราย แล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ซึ่งมีสูตรคำนวณ ดังนี้ (ยุพิน จันทรืศคะ 2529 : 122)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_1^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น

n = จำนวนข้อทั้งหมดของแบบสอบถาม

S_1^2 = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามแต่ละข้อ

S_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามทั้งฉบับ

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ .55 และเมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .75

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลำไส้ใหญ่ ซึ่งแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยยึดแนวความคิดของโอเร็ม (Orem 1985) ร่วมกับการศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อความที่อธิบายถึงลักษณะพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ในเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน หรือพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการและพฤติกรรม การดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงแนวทางภาวะสุขภาพ จำนวน 34 ข้อ ดังนี้คือ

พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป	มี 18 ข้อ ได้แก่ข้อ 1-18
พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ	มี 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 19-20
พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงแนวทางภาวะสุขภาพ	มี 14 ข้อ ได้แก่ข้อ 21-34

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอหรือทุกวัน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นบางครั้งหรือบางวัน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นเลยสักครั้ง หรือท่านไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นเลยสักครั้งเมื่อมีเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้น
ไม่มีกิจกรรม	หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นเลยสักครั้งเนื่องจากไม่มีเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้น

ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามต้องเลือกคำตอบเดียว การกำหนดให้คะแนนมีดังนี้

ข้อความมีความหมายทางบวก			ข้อความที่มีความหมายทางลบ		
ตอบปฏิบัติทุกครั้ง	ได้	3 คะแนน	ได้	1	คะแนน
ตอบปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ได้	2 คะแนน	ได้	2	คะแนน
ตอบไม่เคยปฏิบัติเลย	ได้	1 คะแนน	ได้	3	คะแนน

การคิดคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง คิดเพียง 28 ข้อ โดยยกเว้นในข้อ 9, 28, 30, 31, 32, 33 ซึ่งคำตอบข้อต่างๆ เหล่านี้จะนำมาประกอบการศึกษาเท่านั้นจึงไม่ได้คิดคะแนน ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลตนเองจะมีช่วงคะแนนสูงสุด 84 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 28 คะแนน

คะแนนต่ำ แสดงว่าผู้ตอบมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่ดี

คะแนนสูง แสดงว่าผู้ตอบมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี

การหาความเที่ยงตรง (Validity) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก	2	ท่าน
พยาบาลสาขาศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก	2	ท่าน
อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก	2	ท่าน

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เมื่อผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 15 ราย ในคลินิกผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี แล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เช่นเดียวกับการหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72 และเมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วย 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

4. แบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการศึกษาจากตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของผู้วิจัย แบบประเมินภาวะสุขภาพประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

4.1 แบบประเมินข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถทางด้านร่างกายในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็นในชีวิตประจำวันภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นการสอบถามถึงระดับความสามารถทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยคำถามถึงความสามารถในการทำกิจกรรมที่จำเป็นในชีวิตประจำวันในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาในเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย การมีกิจกรรมภายในบ้านและนอกบ้าน การทำงานประกอบอาชีพ ฯ มีจำนวน

ทั้งหมด 6 ข้อ

ลักษณะของแบบประเมินภาวะสุขภาพ ในส่วนที่ 1 เป็นมาตราประเมินค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับดังนี้คือ

ถ้าเลือกหมายเลข 4 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่มีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย และไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

ถ้าเลือกหมายเลข 3 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ แต่มีข้อจำกัดในการออกกำลังกายบ้าง เนื่องจากมีอาการเหนื่อยหอบ และผู้ป่วยจะกลับรู้สึกสบายดี เมื่อหยุดพักสักระยะเวลาหนึ่งหลังจากนั้นสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่อได้

ถ้าเลือกหมายเลข 2 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ แต่มีข้อจำกัดในการออกกำลังกายมาก การออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย ก็จะทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ และผู้ป่วยจะรู้สึกสบายดีเมื่อหยุดพักหรืออยู่เฉยๆ

ถ้าเลือกหมายเลข 1 หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เลย การออกกำลังกายเพียงเล็กน้อยก็จะเกิดอาการเหนื่อยหอบมาก มักจะต้องนอนอยู่บนเตียงเฉย ๆ

การกำหนดให้คะแนนดังนี้

ถ้าเลือกหมายเลข 4	ให้คะแนนเป็น	4	คะแนน
ถ้าเลือกหมายเลข 3	ให้คะแนนเป็น	3	คะแนน
ถ้าเลือกหมายเลข 2	ให้คะแนนเป็น	2	คะแนน
ถ้าเลือกหมายเลข 1	ให้คะแนนเป็น	1	คะแนน

คะแนนภาวะสุขภาพในส่วนที่ 1 มีช่วงคะแนนสูงสุด 24 คะแนนคะแนนต่ำสุด 6 คะแนนคะแนนต่ำ แสดงว่า ผู้ตอบมีระดับความสามารถทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็นในชีวิตประจำวันอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี

คะแนนสูง แสดงว่า ผู้ตอบมีระดับความสามารถทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็นในชีวิตประจำวันอยู่ในเกณฑ์ดี

4.2 แบบประเมินข้อมูลเกี่ยวกับอาการปกติที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา เป็นการสอบถามถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา สำหรับผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน ลักษณะของแบบประเมินประกอบด้วยข้อความที่ถามถึงอาการที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นผลของการรักษาหรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้งทางร่างกายและจิตใจในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาในเรื่องอาการผิดปกติซึ่งเกิดจากมีภาวะหัวใจวาย ภาวะเลือดออกผิดปกติ ภาวะติดเชื้อในร่างกาย และการตรวจสอบสภาพจิตใจผู้ป่วย มีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ

4.3 แบบประเมินการตรวจร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นแบบบันทึกข้อมูลจากการตรวจร่างกายผู้ป่วยและจากแบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ (รวมทั้งใบรายงานผลการตรวจทางห้องทดลอง) ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ทำการตรวจร่างกายและบันทึกข้อมูลเอง ลักษณะของแบบประเมินประกอบด้วยข้อความที่ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับสัญญาณชีพ (Vital signs) เสี่ยงการทำงานของลิ้นหัวใจ ลักษณะผิวหนัง อาการบวม อาการช้ำ อาการไข้ และค่าระยะเวลาการแข็งตัวของเลือด (Prothrombin Time, PT or International normalized ratio, INR) ๙ มีจำนวนทั้งหมด 11 ข้อ

ลักษณะของแบบประเมินภาวะสุขภาพในส่วนที่ 2,3 เป็นมาตราประเมินค่า (Rating scale) มี 3 ระดับดังนี้

ถ้าเลือกหมายเลข 3 หมายถึง มีอาการและอาการแสดงที่ปกติ

ถ้าเลือกหมายเลข 2 หมายถึง มีอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความผิดปกติเพียงเล็กน้อย ไม่รุนแรง

ถ้าเลือกหมายเลข 1 หมายถึง มีอาการและอาการแสดงที่ถึงความผิดปกติ ระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง

การกำหนดให้คะแนนมีดังนี้

ถ้าเลือกหมายเลข 3 ให้คะแนนเป็น 3 คะแนน

ถ้าเลือกหมายเลข 2 ให้คะแนนเป็น 2 คะแนน

ถ้าเลือกหมายเลข 1 ให้คะแนนเป็น 1 คะแนน

คะแนนภาวะสุขภาพในส่วนที่ 2 จะมีช่วงคะแนนสูงสุด 36 คะแนนและคะแนนต่ำสุด 12 คะแนน และคะแนนภาวะสุขภาพในส่วนที่ 3 จะมีช่วงคะแนนสูงสุด 33 คะแนนและคะแนนต่ำสุด 11 คะแนน

คะแนนต่ำ แสดงว่า ผู้ตอบมีอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจในระดับรุนแรง

คะแนนสูง แสดงว่า ผู้ตอบมีอาการและอาการแสดงทั้งทางร่างกายและจิตใจในระดับปกติ

การคิดคะแนนของภาวะสุขภาพต้องแปลงคะแนนรวมจากข้อมูลทั้ง 3 ส่วนคือ ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความสามารถทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรม ๙ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา และข้อมูลจากการตรวจร่างกายในแต่ละส่วนมาเป็นคะแนนมาตรฐานที่ และคะแนนของภาวะสุขภาพโดยรวมได้จากการรวมคะแนน

T-score ของแต่ละส่วนโดย

คะแนน T-score ต่ำ หมายถึง มีภาวะสุขภาพไม่ดี

คะแนน T-score สูง หมายถึง มีภาวะสุขภาพดี

การหาความเที่ยงตรง (Validity) ของแบบประเมินสุขภาพ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ไปตรวจสอบหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก 2 ท่าน

แพทย์สาขาศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก 2 ท่าน

อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลศัลยกรรมหัวใจทรวงอก 2 ท่าน

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินภาวะสุขภาพ

1) แบบประเมินภาวะสุขภาพใน 2 ส่วนแรก เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินภาวะสุขภาพทั้ง 2 ส่วนแล้ว ก็นำแบบประเมินไปใช้กับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวน 15 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งมีสูตรคำนวณเช่นเดียวกับการหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .67 และเมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วย จำนวน 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .69

2) แบบประเมินภาวะสุขภาพในส่วนที่ 3 เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยนำไปทดลองตรวจร่างกายกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 15 ราย เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของการตรวจร่างกายของผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยในผู้ป่วยคนเดียวกัน นำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยวิธีของ วิลเลียม เอ สกอตต์ (William A. Scott) โดยใช้สูตรในการคำนวณดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2524 : 149)

$$r = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$$

เมื่อ r = ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด

P_o = ค่าความแตกต่างระหว่าง 1.00 กับผลรวมของสัดส่วนของความแตกต่างระหว่างผู้สังเกต 2 คน (รวมทุกข้อ หรือทุกลักษณะที่สังเกต)

P_e = ผลบวกของกำลังสองของค่าสัดส่วนของคะแนนจากลักษณะที่สังเกต ได้สูงกับค่าที่ส่งรองลงมา โดยจะเลือกเอาผลรวมจากการสังเกตคนใดคนหนึ่งก็ได้

ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9

4. เครื่องมือทางการแพทย์ ได้แก่

4.1 ปรอตวัดอุณหภูมิของร่างกาย จำนวน 1 อัน สามารถอ่านค่าจากระดับ 94-108 องศาฟาเรนไฮต์ (°F) และ 35-42 องศาเซลเซียส (°C)

4.2 เครื่องชั่งน้ำหนักสามารถอ่านค่าได้ตั้งแต่ 0-130 กิโลกรัม

เครื่องชั่งน้ำหนักถือเป็นเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบแล้วว่ามีความเที่ยงตรงในตัวเอง โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักของแต่ละโรงพยาบาล

4.3 เครื่องมือวัดความดันโลหิตชนิดอ่านค่าจากปรอท จำนวน 1 เครื่อง สามารถอ่านค่าจากระดับปรอทตั้งแต่ 1-300 มิลลิเมตรปรอท

เครื่องมือวัดความดันโลหิต นำไปทดสอบหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ณ หน่วยซ่อมสร้างเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

4.4 หูฟัง 1 อัน ใช้เป็นเครื่องฟังเสียงโลหิตมากระบอกหลอดโลหิตแดงที่บริเวณนั้บแทน ขณะวัดความดันโลหิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลาดังนี้

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	ทุกวันอังคาร	เวลา 8.00 - 12.00 น.
โรงพยาบาลโรคทรวงอก	ทุกวันพุธ	เวลา 8.00 - 12.00 น.
โรงพยาบาลศิริราช	ทุกวันพุธ	เวลา 13.00 - 15.00 น.
โรงพยาบาลราชวิถี	ทุกวันศุกร์	เวลา 8.00 - 12.00 น.

ภายหลังจากได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ เพื่อแจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอรายชื่อและศิษยารายงานประวัติของผู้ป่วยที่จะเข้ารับการตรวจรักษา ในช่วงเวลาที่จะศึกษา จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามลักษณะที่กำหนดไว้ และทำการบันทึกรายชื่อ

2. ขอความร่วมมือจากผู้ป่วย และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการตอบแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเข้าใจ

3. เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทีละคนตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว และแบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

โดยสัมพันธ์ถึงระดับความสามารถของร่างกายในการทำกิจกรรม ฯ และอาการผิดปกติต่างๆทางร่างกายและจิตใจในระยะ 1 เดือนก่อน แล้วจึงทำการตรวจร่างกายกลุ่มตัวอย่างที่ละคนตามแบบประเมินการตรวจร่างกายจนครบ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

4. หลังจากนั้นขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ตามลำดับ โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียด เมื่อเข้าใจเป็นอย่างดีแล้วจึงให้ตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยจะอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อเปิดโอกาสให้ซักถามข้อความที่ไม่เข้าใจจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา การตอบแบบสอบถามไม่จำกัดเวลา กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาตอบประมาณ 20-40 นาที

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อความในแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับในกลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ และบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถาม ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านและเขียนได้ประมาณ 30 คน

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลของแบบสอบถาม ถ้าพบข้อใดไม่มีคำตอบผู้วิจัยจะซักถามเพื่อให้ได้คำตอบครบถ้วน รวบรวมกลุ่มตัวอย่างเข้าพบแพทย์ หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง มาลงบันทึกในแบบประเมินการตรวจร่างกายสำหรับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจให้ครบถ้วน

6. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และแบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้ง 3 ฉบับ มาคิดคะแนนแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS^{*} (Statistical Package for the Social Science) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 ซึ่งดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. นำคะแนนจากแบบประเมินภาวะสุขภาพทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ แบบประเมินความสามารถทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน แบบประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาและแบบประเมินการตรวจร่างกาย มาแปลงให้เป็นคะแนนมาตรฐานที่ (Normalized T-score) และนำคะแนนมาตรฐานที่ในแต่ละส่วนมารวมกันเป็นคะแนนรวมของภาวะสุขภาพ

2. แยกแยะความถี่และคิดอัตราร้อยละของข้อมูลส่วนตัว

3. หาค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

4. ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

5. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างตัวแปรต่างๆ ดังนี้คือ ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดฯ ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัด ฯ และการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าที (t-test)

6. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation Coefficient) ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่เปลี่ยนไปโดยการทดสอบค่า F (F Change) ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่เพิ่มขึ้น โดยการทดสอบค่าเอฟส่วนรวม (Overall F-test) ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การถดถอย (b) ของปัจจัยแต่ละประการโดยการทดสอบค่าที (t-test)

เนื่องจากการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ กำหนดไว้ว่าตัวแปรที่นำมาคำนวณจะต้องเป็นตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาค (Interval scale) ขึ้นไป ดังนั้นในการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่วัดได้ระดับนามบัญญัติ (Nominal scale) เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ดังนี้ (สุชาติ ประเสริฐรัฐสินธุ์ และลัดดาวัลย์ รอดมณี 2528 : 7)

เพศ	กำหนดให้	เพศชาย	=	0
		เพศหญิง	=	1
สถานภาพสมรส	กำหนดให้	สถานภาพสมรสคู่	=	0
		สถานภาพสมรสโสด, หม้าย, หย่า, แยกกันอยู่	=	1
ระดับการศึกษา	กำหนดให้	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	=	1
		มัธยมศึกษา	=	2
		อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	=	3
		อุดมศึกษา หรือสูงกว่า	=	4
		ระดับ 4 (class 4)	=	1
ระดับสมรรถภาพของหัวใจ	กำหนดให้	ระดับ 3 (class 3)	=	2
		ระดับ 2 (class 2)	=	3
		ระดับ 1 (class 1)	=	4

การใช้โปรแกรม SPSS^{*} วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับตัวทำนายทั้งหมดกับตัวเกณฑ์ในสมการถดถอย โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยในขั้นแรกจะหาตัวแปรอิสระหนึ่งตัวที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้มากที่สุดมาวิเคราะห์สร้างสมการถดถอยสมการแรกก่อน ในขั้นที่สองจะหาตัวแปรที่เมื่อนำมารวมกับตัวแปรแรกแล้ว สามารถอธิบายการแปรปรวนของตัวแปรตามได้มากกว่าตัวอื่นๆ ที่จะนำมารวมกับตัวที่หนึ่งในขั้นต่อมาหาตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ที่ยังคงเหลืออยู่มาเข้าสมการต่อไป ตามลำดับของความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตาม จนกระทั่งพบว่าขั้นใดก็ตามการทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายที่ถูกนำเข้าไปนั้น ไม่มีนัยสำคัญ กลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุดได้แก่ กลุ่มของตัวทำนายที่อยู่ในขั้นก่อนที่จะพบว่าสัมประสิทธิ์ถดถอยไม่มีนัยสำคัญ

7. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคะแนนภาวะสุขภาพ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าที (t-test)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นนี้มีจำนวน 100 ราย เป็นผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จากโรงพยาบาลศิริราช 27 ราย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 17 ราย โรงพยาบาลโรคทรวงอก เหนือบุรี 23 ราย และโรงพยาบาล ราชวิถี 33 ราย ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	44	44
	หญิง	56	56
อายุ	18-25 ปี	13	13
	26-40 ปี	49	49
	41-60 ปี	35	35
	มากกว่า 60 ปี	3	3
สถานภาพสมรส			
คู่		68	68
โสด, หม้าย, หย่า, แยกกันอยู่		32	32

จากตารางที่ 1. พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56 และมีอายุในช่วง 26-40 ปี ร้อยละ 49 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 68

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด ฯ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ ภายหลังการผ่าตัด ฯ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	77	77
มัธยมศึกษา	10	10
อาชีวศึกษา / อนุปริญญา	7	7
อุดมศึกษา หรือสูงกว่า	6	6
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	58	58
2,001-5,000 บาท	19	19
5,001-8,000 บาท	11	11
มากกว่า 8,000 บาทขึ้นไป	12	12
ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด ฯ		
3 - 6 เดือน	33	33
7 - 9 เดือน	36	36
10-12 เดือน	31	31
ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัด ฯ		
ระดับ 1 (Class I)	53	53
ระดับ 2 (ClassII)	47	47

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า ร้อยละ 77 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 58 และระยะเวลา ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม อยู่ระหว่าง 7 - 9 เดือนเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 36 นอกจากนี้ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับ 1 (class I) ถึงร้อยละ 53

2. คะแนนของการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

แบบวัด	ช่วงคะแนน		X	S.D.
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง		
การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ	26-130	63-108	85.44	9.66
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	28-84	52-82	66.5	6.53
ภาวะสุขภาพ		81.18* -186.27* 150*		19.28*
- ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมฯ	6-24	14-24	21.22	2.70
- อาการผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ	12-36	20-36	31.32	2.92
- การตรวจร่างกาย	11-33	22-33	28.73	2.05

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพเท่ากับ 85.44 คะแนนและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.66 ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 66.5 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.53 สำหรับคะแนนภาวะสุขภาพมี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 150* และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 19.28 ส่วนภาวะสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ฯ พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.22 คะแนนและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.70 ภาวะสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวกับอาการผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจฯ พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.32 คะแนนและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.92 สำหรับภาวะสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวกับการตรวจร่างกายนั้นมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.73 คะแนนและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.05

* เป็นคะแนนมาตรฐานที่ได้จากการแปลงคะแนนจากแบบประเมินภาวะสุขภาพทั้งฉบับ เนื่องจากการประเมินภาวะสุขภาพประกอบด้วย การประเมิน 3 ส่วน แต่ละส่วนมีเกณฑ์คะแนนในการประเมินแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงแปลงคะแนนในแต่ละส่วนให้เป็นคะแนนมาตรฐานที่ก่อน แล้วจึงนำคะแนนมาตรฐานที่จากแต่ละส่วนมารวมกันเป็นคะแนนของแบบประเมินภาวะสุขภาพ

3. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย และตัวทำนายกับตัวเกณฑ์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และทดสอบความมีนัยสำคัญ โดยการทดสอบค่าที (t-test)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย และตัวทำนายกับตัวเกณฑ์

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. เพศ	1.0000							
2. อายุ	-.0748	1.0000						
3. ระดับการศึกษา	-.0822	.1323	1.0000					
4. สถานภาพสมรส	-.0466	.3253 ^{***}	-.0885	1.0000				
5. รายได้ครอบครัว	-.0404	.3464 ^{***}	.5449 ^{***}	-.0738	1.0000			
6. ระยะเวลา	-.0977	.0443	.0702	-.0096	.0774	1.0000		
7. ระดับสมรรถภาพ	-.1485	-.1343	-.0060	.0876	-.0343	.1769	1.0000	
8. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ	.0594	.1219	.0609	-.0425	.1467	-.0730	.1660	1.0000
9. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	.0837	-.0256	.1659	-.1121	.1317	.0558	-.0077	.2035 [*]

*** P < .001 * P < .05

จากตารางที่ 4 พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวเกณฑ์เป็นดังนี้

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($P < .05$)

สำหรับตัวทำนายกับตัวทำนายพบว่ามีความสัมพันธ์กันดังนี้

อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสถานภาพสมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($P < .001$)

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($P < .001$)

4. การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนาย ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดฯ ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังผ่าตัด ฯ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ขั้นที่	ตัวทำนาย	R	R ²	R ² change	F change	b	Beta	t
1.	การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ	.20346	.04140	.04140	4.23199*	.137563	.203460	2.06*
Constant = 54.746576 R ² adj = .03161 Overall F = 4.23199*								

* P < .05

จากตารางที่ 5 พบว่าเมื่อเริ่มมีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้ดีที่สุด คือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรผันได้ร้อยละ 4.14 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนได้หยุดลง เนื่องจากเมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นตอนต่อไป ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น เมื่อสร้างแบบจำลองในรูปสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จึงได้สมการทำนายในรูปคะแนนดังนี้

$$\hat{Y} \text{ (SCB)} = 54.7466 + .1375 \text{ (HPER)}$$

และสมการถดถอยพหุคูณที่ดีที่สุด ในรูปของคะแนนมาตรฐานจะได้สมการดังนี้

$$Y_Z \text{ (SCB)} = 54.7466 + .2034 Z \text{ (HPER)}$$

5. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
พฤติกรรมการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพ	.1389

จากตารางที่ 6 พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่าง
ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่จำแนกตามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

(n = 100 คน)

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ	เห็นด้วย ทั้งหมด 5	เห็นด้วย เป็นส่วนใหญ่ 4	ไม่แน่ใจ 3	ไม่เห็นด้วย เป็นส่วนใหญ่ 2	ไม่เห็นด้วย ทั้งหมด 1
1. แพทย์ที่ดูแลฉันบอกว่าสุขภาพของฉันขณะนี้ ดีมาก	37	46	11	4	2
2. ฉันเจ็บป่วยง่ายกว่าคนอื่น	21	32	14	17	16
3. ฉันรู้สึกดีขึ้นกว่าเดิม	52	38	6	2	2
4. ในอนาคตฉันอาจจะเจ็บป่วยมาก	18	15	45	12	10
5. ฉันไม่เคยวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของฉันเลย	16	28	17	24	15
6. คนส่วนใหญ่เจ็บป่วยง่ายกว่าฉัน	12	22	34	20	12
7. ฉันรู้สึกไม่ค่อยสบาย	20	28	14	22	16
8. ในอนาคตฉันหวังว่าสุขภาพของฉันจะดีขึ้น กว่าคนที่ฉันรู้จัก	27	24	40	4	5
9. ครั้งหนึ่งฉันเคยป่วยหนักมากถึงขั้นคิดว่า จะตาย	71	11	4	7	7
10. สุขภาพของฉันไม่แข็งแรงเหมือนเดิม	22	25	11	18	24
11. ฉันกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากกว่า ที่คนอื่นๆ กังวลในสุขภาพของเขา	36	25	14	13	12
12. ร่างกายของฉันดูเหมือนจะต้านทานโรคได้ดี	15	33	26	15	11
13. ฉันคิดว่าความเจ็บป่วยเป็นครั้งคราวเป็น ส่วนหนึ่งของชีวิตฉัน	44	34	12	6	4
14. สุขภาพของฉันดีเท่ากับคนอื่นที่ฉันรู้จัก	19	27	24	19	11
15. ฉันคิดว่าในอนาคตสุขภาพของฉันคงจะ เลวลงกว่านี้	9	8	41	19	23
16. ฉันไม่เคยเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน	19	24	6	22	29
17. บุคคลอื่นให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ของเขามากกว่าที่ฉันสนใจกับสุขภาพของฉัน	19	21	13	23	24

ตารางที่ 7 (ต่อ)

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ	เห็นด้วย ทั้งหมด 5	เห็นด้วย เป็นส่วนใหญ่ 4	ไม่แน่ใจ 3	ไม่เห็นด้วย เป็นส่วนใหญ่ 2	ไม่เห็นด้วย ทั้งหมด 1
18. ฉันมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงมาก	19	34	12	26	9
19. ฉันคาดหวังว่าจะมีสุขภาพที่สมบูรณ์	36	26	26	9	3
20. ในชีวิตของฉัน สิ่งที่ต้องให้ความสนใจคือสุขภาพ	67	21	7	5	-
21. ฉันยอมรับว่าบางครั้งฉันจะต้องเจ็บป่วย	52	28	11	5	4
22. ฉันเริ่มรู้สึกไม่สบายเมื่อไม่นานมานี้	29	21	14	17	19
23. ฉันไม่เคยป่วยหนักมาก่อน	30	16	4	18	32
24. อะไรก็ตามที่เกิดขึ้นรอบตัวฉัน ฉันจะให้ความสนใจ	49	25	12	8	6
25. แพทย์บอกฉันว่าขณะนี้สุขภาพของฉันไม่ดีเลย	8	9	22	22	39
26. ปัจจุบันฉันรู้สึกสบายดีเท่ากับที่เคยมีมาก่อน	40	27	14	11	8

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี โดยเฉพาะ มีความคิดเห็นว่าสุขภาพของตนดีขึ้นกว่าเดิมเห็นด้วยทั้งหมด ร้อยละ 52 มีความเห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่ที่แพทย์บอกว่าสุขภาพของตนขณะนี้ดีมาก ร้อยละ 46 และมีความเห็นด้วยทั้งหมดว่าในชีวิตของตน สิ่งที่ต้องให้ความสนใจคือ สุขภาพ ร้อยละ 67 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพการว่าเจ็บป่วยครั้งหนึ่งในอดีตนั้น ตนเคยป่วยหนักมาถึงขั้นคิดว่าจะตาย เห็นด้วยทั้งหมด ร้อยละ 71 มีความคิดเห็นว่าตนรู้สึกไม่ค่อยสบาย เห็นด้วยส่วนมากร้อยละ 28 และมีความคิดเห็นว่าตนเจ็บป่วยง่ายกว่าคนอื่น ๆ เห็นด้วยส่วนมาก ร้อยละ 32 และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความไม่แน่ใจว่าในอนาคตตนอาจจะเจ็บป่วยมาก ร้อยละ 45 ไม่แน่ใจว่าในอนาคตสุขภาพของตนจะเลวลงหรือไม่ ร้อยละ 41 และมีความไม่แน่ใจว่าในอนาคตสุขภาพของตนจะดีกว่าบุคคลอื่นๆ ที่ตนรู้จักหรือไม่ ร้อยละ 40

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง

ตารางที่ 8 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่จำแนกตามความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง
(n = 100 คน)

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ 3	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2	ไม่เคยปฏิบัติ 1	ไม่มีกิจกรรม 0
1. การรับประทานเนื้อสัตว์ หมู ไช้	56	44	-	-
2. การรับประทานอาหารเค็ม	7	60	33	-
3. การเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว	31	52	17	-
4. การดื่มน้ำ	45	33	22	-
5. การสูบบุหรี่ ดื่มชา กาแฟ เหล้า	-	22	78	-
6. การดูแลการขับถ่าย	47	34	19	-
7. การออกกำลังกาย	24	47	29	-
8. การหลีกเลี่ยงการทำงานหนัก, ยากของหนัก	27	35	38	-
10. การนอนหลับ	73	23	4	-
11. การหยุดทำกิจกรรมเมื่อมีอาการเหนื่อย	63	29	9	-
12. การเข้าสังคม	42	46	12	-
13. การเข้าไปในชุมชนแออัด	4	28	68	-
14. การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ที่มีการติดเชื้อ	54	22	24	-
15. การดูแลความสะอาดในห้องปาก	67	28	5	-
16. การไปพบทันตแพทย์	30	22	48	-
17. การดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด	67	28	5	-
18. การใช้เวลาว่าง	53	38	9	-
19. การผ่อนคลายความวิตกกังวล	25	56	19	-
20. การบรรเทาความเครียด	32	47	21	-
21. การมาตรวจตามนัด	95	4	1	-
22. การสอบถาม, ชักถามปัญหา	50	33	17	-
23. การรับประทานยาตามขนาดที่สั่ง	92	8	-	-
24. การรับประทานยาตรงเวลา	66	33	1	-
25. การหยุดรับประทานยา	3	18	79	-

ตารางที่ 8 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ 3	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2	ไม่เคยปฏิบัติ 1	ไม่มีกิจกรรม 0
26. การซื้อยามารับประทานเอง	1	26	73	-
27. การสังเกตอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา	35	26	39	-
29. การตรวจสอบอาการบวม	43	34	23	-
34. การพกเอกสารแสดงตัวว่าเป็นผู้ป่วย	44	19	37	-
9. การประเมินตนเองก่อนมีเพศสัมพันธ์	14	32	14	40
28. การปฏิบัติตนเมื่อมีอาการเลือดออกผิดปกติ	11	3	17	69
30. การปฏิบัติตนเมื่อมีอาการบวม	16	2	13	69
31. การปฏิบัติตนเมื่อมีอาการปวดศีรษะร่วมกับอาการชา อ่อนแรง	19	13	16	52
32. การไม่ไปพบแพทย์เมื่อมีอาการติดเชื้อ	24	30	36	10
33. การให้ข้อมูลกับแพทย์หรือทันตแพทย์เมื่อเข้ารับการตรวจรักษา	71	-	13	16
	67	21	7	5

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองค่อนข้างดี เป็นส่วนใหญ่ แต่ก็ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองบางด้านไม่เหมาะสม กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองเลย ในด้านการไปพบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน ร้อยละ 48 ไม่เคยสังเกตอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาเลย ร้อยละ 39 ไม่เคยหลีกเลี่ยงการทำงานหนักหรือยกของหนักอย่างรวดเร็ว ร้อยละ 38 ไม่เคยพกเอกสารที่บอกข้อมูลว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ใจหัวใจเทียม และต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่เลย ร้อยละ 37 เติมเครื่องปรุงรสเช่น น้ำปลา ซอส์ ฯ เป็นประจำ ร้อยละ 31 และไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายเลย ร้อยละ 29

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่สม่ำเสมอในบางด้าน เช่น การงดรับประทานอาหารเค็มจำพวกปลาเค็ม ปลาจืด ของหมักดองเค็ม ฯ ร้อยละ 60 การผ่อนคลาย

ความวิตกกังวล ร้อยละ 56 การงดเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซีอิ้ว ฯ ร้อยละ 52

ส่วนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในบางด้านที่กลุ่มตัวอย่างไม่มีกิจกรรมเนื่องจาก
ไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นได้แก่ การประเมินตนเองก่อนมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 40 ไม่มีกิจกรรมการ
ปฏิบัติตนเมื่อมีอาการเลือดออกผิดปกติ ร้อยละ 69 ไม่มีกิจกรรมการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการบวม
ร้อยละ 69 ไม่มีกิจกรรมการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการปวดศีรษะร่วมกับอาการชา อ่อนแรง ร้อยละ 52



การประเมินภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 9 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นในชีวิตประจำวันในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา (n = 100 คน)

ภาวะสุขภาพ	ความสามารถ อยู่ในเกณฑ์ ดีมาก	ความสามารถ อยู่ในเกณฑ์ ดี	ความสามารถ อยู่ในเกณฑ์ พอใช้	ความสามารถ อยู่ในเกณฑ์ ต่ำ
1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การอาบน้ำ, แปรงฟัน, แต่งตัว, การรับประทานอาหาร	86	13	1	-
2. การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆภายในบ้าน เช่น กวาดบ้าน, ถูบ้าน, ซักผ้า, รีดผ้า, ทำอาหาร, ล้างรถ ฯ	60	31	9	-
3. การขึ้นลงบันไดในระยะ 20 ขั้นโดยไม่ต้องหยุดพัก กลางทาง	50	42	8	-
4. การเดินในระยะทางมากกว่า 1 กิโลเมตรหรือ การเดินมากกว่า 20 นาที โดยไม่ต้องหยุดพักกลางทาง	58	39	3	-
5. ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา การเดินทางด้วยการ ขับรถยนต์หรือการขึ้นรถประจำทาง ท่านปฏิบัติได้แค่ ไหนเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัดและมีอาการเหนื่อย หอบร่วมด้วยหรือไม่	79	19	2	-
6. ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านทำงานหรือประกอบ อาชีพตามปกติแล้ว ท่านมีอาการเหนื่อยหอบหรือไม่	49	26	13	12

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความสามารถทางด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นในชีวิตประจำวันในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาอยู่ในเกณฑ์ดีมาก โดยเฉพาะความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ร้อยละ 86 ความสามารถในการเดินทางด้วยการขับรถยนต์หรือการขึ้นรถประจำทาง ร้อยละ 79 และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆภายในบ้าน ร้อยละ 60 แต่ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในการทำงานหรือประกอบอาชีพอยู่ในเกณฑ์ต่ำ กล่าวคือ ไม่กลับไปทำงานหรือประกอบอาชีพอีกเลย ร้อยละ 12 และสามารถกลับไปทำงานหรือประกอบอาชีพได้เพียงบางวัน ร้อยละ 13

ตารางที่ 10 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรุนแรงของการเกิดอาการผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

ภาวะสุขภาพ	เกณฑ์ปกติ หรือเกณฑ์ดี	เกณฑ์ผิดปกติ เล็กน้อย หรือเกณฑ์พอใช้	เกณฑ์ผิดปกติ ปานกลาง-มาก หรือเกณฑ์ต่ำ
1. อาการไข้ ไอ เจ็บคอ	53	32	15
2. อาการเจ็บหน้าอก	88	11	1
3. การเคลื่อนไหวแขนขา และกำลังแรงในการทำ กิจกรรมของแขนขาผิดปกติ เช่น อาการชา, อ่อนแรงฯ	81	15	4
4. อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว	68	20	12
5. อาการบวมตามหลังเท้า หน้าแข้ง มือ ใบหน้า ฯ	94	5	1
6. อาการเลือดออกตามไรฟัน	95	3	2
7. อาการถ่ายปัสสาวะเป็นสีแดง	97	3	-
8. อาการถ่ายอุจจาระดำ หรือถ่ายเป็นเลือด	99	1	-
9. รู้สึกหงุดหงิด โกรธ จนเจ็ยง่ายกว่าแต่ก่อน	39	36	25
10. รู้สึกหดหู่ใจ ซึมเศร้า เมื่อนึกถึงโรคที่กำลังเป็นอยู่	41	47	12
11. รู้สึกตนเอง ไม่มีคุณค่า, เป็นภาระต่อครอบครัว และสังคม	42	40	18
12. รู้สึกว่าชีวิตมีความสุขมากขึ้นกว่าแต่ก่อน	27	70	3

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจำแนกตามระดับความรุนแรงของ
การเกิดอาการผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาอยู่ในเกณฑ์ปกติเป็น
ส่วนใหญ่ โดยไม่พบอาการถ่ายอุจจาระดำหรือถ่ายเป็นเลือด ร้อยละ 99 ไม่พบอาการถ่ายปัสสาวะ
เป็นสีแดง ร้อยละ 97 และไม่พบอาการเลือดออกตามไรฟัน ร้อยละ 95 แต่ก็ยังพบว่ากลุ่มตัว
อย่างมีภาวะสุขภาพในบางด้านอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ กล่าวคือ รู้สึกหงุดหงิด โกรธ จนเจ็ยง่ายกว่า
แต่ก่อนเป็นประจำ ร้อยละ 25 นานๆครั้ง ร้อยละ 36 รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าเป็นภาระต่อ
ครอบครัวและสังคมเป็นประจำ ร้อยละ 18 นานๆครั้งร้อยละ 40 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่าง
มีอาการ ไข้ ไอ เจ็บคอ เป็นประจำใน 1 เดือนร้อยละ 15 นานๆ ครั้งใน 1 เดือน ร้อยละ 32

ตารางที่ 11 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการประเมินจากการตรวจร่างกาย (n = 100 คน)

ภาวะสุขภาพ	เกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ผิดปกติ เล็กน้อย	เกณฑ์ผิดปกติ ปานกลาง-มาก
1. อุณหภูมิร่างกาย (°C)	81	18	1
2. การเต้นของหัวใจ (ครั้ง/นาที)	36	53	11
3. การหายใจ (ครั้ง/นาที)	58	40	2
4. ความดันโลหิต (mmHg)	92	5	3
5. เสียงลิ้นหัวใจเทียม (Valve click)	86	14	-
6. น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	46	41	13
7. ลักษณะผิวหนังมีจ้ำเลือด	93	5	2
8. อาการชีด	90	8	2
9. อาการบวมตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย	95	4	1
10. อนามัยในช่องปาก	65	23	12
11. ค่าระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือด (Prothombin Time or International Normalized Ratio, INR)	20	38	42

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพตามการประเมินจากการตรวจร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นส่วนใหญ่ โดยไม่พบอาการบวมตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ร้อยละ 95 ไม่พบลักษณะผิวหนังมีจ้ำเลือด ร้อยละ 93 และความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 92 แต่ก็ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพบางด้านที่อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ กล่าวคือ จากการตรวจเลือดพบว่าค่าระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือดอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติระดับปานกลาง-มาก คือ $2.5 < \text{ค่า PT ratio} < 1.2$ หรือ $4 < \text{ค่า INR} < 1.5$ ร้อยละ 42 และค่าระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือดอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติเล็กน้อยคือ ค่า PT ratio อยู่ในช่วง 1.2-1.5 และช่วง 2.0-2.5 หรือค่า INR อยู่ในช่วง 1.5-2 และช่วง 3-4 ร้อยละ 38 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการอื่น ๆ อีกหลายแห่ง ร้อยละ 12 และน้ำหนักตัวมากกว่าหรือน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 12

การอภิปรายผล

การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ปรากฏผลการศึกษาดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .2035, P < .05$) ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานที่ 1 หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพไปในทางที่ดีจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี และกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพไปในทางไม่ดี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเดนนิส (Denyes 1988 : 13-21) ที่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งจัดเป็นองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .3800, P < .0000$) และสอดคล้องกับการศึกษาของแมกนานิ (Magnani 1990 : 171-184) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการทำการกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2100, P < .01$) และจากการศึกษาของฮอร์แกน (Horgan 1987 : 30-33) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2500, P < .01$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพจะมีส่วนในการกำหนดแนวโน้มในการกระทำ หรือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง โดยการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพจะไม่มีผลดังนั้นก็ เมื่อมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพเกิดขึ้น บุคคลนั้นก็จะให้ความหมาย มีการตกลงกันในใจ เกิดทัศนคติและให้คุณค่ากับสุขภาพ ซึ่งจะไม่มีผลบังคับให้เกิดการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมออกไป (Combs, et al. 1976 ; Pender 1987 : 64) ซึ่งการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพนั้นถูกมองว่าเกิดจากการรับรู้ตามความเป็นจริงของแต่ละบุคคล และพฤติกรรมถูกกำหนดขึ้นจากการที่บุคคลนั้น มองสุขภาพของตนว่าเป็นอย่างไร (Magnani 1990 : 172) ดังนั้นการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ถูกต้องตามความเป็นจริง จะทำให้บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับเหตุผล ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกพึงพอใจในสิ่งที่ตนเป็นอยู่ขณะนั้น และความรู้สึกพึงพอใจนี้จะเป็นแรงกระตุ้นแรงจูงใจให้บุคคลนั้นปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยความต่อเนื่อง ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองผิดพลาดไป ทำให้เกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในเวลาต่อมาได้ และปัญหาเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวลสูงซึ่งจะส่งผลต่อการประเมิ

อาการหรือเหตุการณ์เกี่ยวกับสุขภาพ ครั้งต่อไปผิวดนลาดไปด้วยเช่นกัน อาจสรุปได้ว่า หากบุคคลขาดคุณสมบัติในการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ถูกต้องแล้วย่อมจะขาดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย และส่งผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถพัฒนาความสามารถเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้ในที่สุด (Orem 1985 : 166 ; Pender 1987 : 64 ; Orem & Tayler 1986 : 48)

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีตเฉลี่ย 7.44 คะแนน (คะแนนเต็ม 15 คะแนน) (ดูภาคผนวก ค) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีตทางลบ โดยมีความเห็นด้วยทั้งหมดว่าประสบการณ์เจ็บป่วยในอดีตรุนแรงหรือหนักมากถึงขั้นคิดว่าจะตาย ร้อยละ 71 การเจ็บป่วยในอดีตเป็นการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ร้อยละ 29 การเจ็บป่วยในอดีตเป็นการเจ็บป่วยที่หนัก ร้อยละ 32 (รายละเอียดดูตารางที่ 7) ทั้งนี้เนื่องจากโรคหัวใจพิการมีการดำเนินของโรคค่อยเป็นค่อยไป จึงกินระยะเวลาอันนานและสุดท้ายภาวะของโรคจะทวีความรุนแรงขึ้น จนทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาดูแลด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งถือว่าเป็นภาวะที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Burgess & Hartman 1986 : 568) แม้ว่าสมรรถภาพร่างกายในปัจจุบันจะดีขึ้นมากแล้วก็ตาม แต่ประสบการณ์ในอดีตก็ยังทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคอยู่ จึงทำให้ผู้ป่วยพยายามหาแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อลดความรุนแรงของโรคมิให้เกิดขึ้น โดยการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง ส่วนการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบันเฉลี่ย 31.40 คะแนน (คะแนนเต็ม 45 คะแนน) (ดูภาคผนวก ค) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นไปในทางบวก โดยเห็นด้วยอย่างมากกับการประเมินสุขภาพของแพทย์ว่าสุขภาพของตนเองดีขึ้นมาก ร้อยละ 46 เห็นด้วยส่วนมากกว่าตนรู้สึกดีขึ้นกว่าเดิม ร้อยละ 27 เห็นด้วยทั้งหมดว่าปัจจุบันรู้สึกสบายดีเท่ากับที่เคยมีมาก่อน ร้อยละ 40 เห็นด้วยส่วนมากกว่ามีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงมาก ร้อยละ 34 (รายละเอียดดูตารางที่ 7) ทั้งนี้เนื่องจากภายหลังจากการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่ถูกต้อง ทำให้ความสามารถทางร่างกายมีความอดทนต่อการออกกำลังกายได้มากขึ้น อาการของภาวะโรคหัวใจบรรเทาลง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้มากขึ้น (Lucia, et al.1970 : 995) โดยเฉพาะกิจกรรมในการดูแลตนเอง แต่ก็ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบันด้านลบ โดยมีความรู้สึกไม่ค่อยสบาย เห็นด้วยมาก ร้อยละ 28 รู้สึกว่าสุขภาพไม่แข็งแรงเหมือนเดิม เห็นด้วยมาก ร้อยละ 25 และเห็นด้วยทั้งหมดว่ารู้สึกไม่สบายเมื่อไม่นานมานี้ ร้อยละ 29 (รายละเอียดดูตารางที่ 7) ทั้งนี้คาดว่าเป็นผลจากปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศ ฯ กล่าวคือ แม้ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีเพียงไร ผู้ป่วยก็ยังเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบันในทางลบ สำหรับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตเฉลี่ย 13.67 คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเฉลี่ย 8.27 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) (ดูภาคผนวก ค) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต และความ

เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในทางบวก ซึ่งเป็นผลจากการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีตและปัจจุบัน แต่ก็ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความไม่แน่ใจต่อสุขภาพในอนาคต กล่าวคือ ไม่แน่ใจว่าในอนาคตตนอาจจะเจ็บป่วยมาก ร้อยละ 45 ไม่แน่ใจว่าสุขภาพของตนอาจเลวลงกว่านี้ ร้อยละ 41 (รายละเอียดดูตารางที่ 7) ทั้งนี้คาดว่าเกิดจากการรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย โดยเห็นด้วยมากกว่าตนเจ็บป่วยง่ายกว่าคนอื่น ร้อยละ 32 และเห็นด้วยมากกว่าต้องให้ความสนใจกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัว ซึ่งจะทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ร้อยละ 25 การรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยนี้ จะไม่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยซ้ำและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ส่วนความวิตกกังวล/ความสนใจต่อสุขภาพมีค่าเฉลี่ย 13.92 คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) (ดูภาคผนวก ค.) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวล/ความสนใจต่อสุขภาพในทางบวก เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยทั้งหมดว่า ในชีวิตสิ่งที่จะต้องให้ความสนใจคือสุขภาพ ร้อยละ 67 มีความเห็นด้วยทั้งหมดว่าตนสนใจสุขภาพของตนมากกว่าคนอื่นสนใจในสุขภาพของเขา ร้อยละ 36 เป็นต้น ซึ่งความสนใจเอาใจใส่ในสุขภาพนี้ จะมีผลต่อการปฏิบัติ กิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย (Orem 1985 : 166)

แต่จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ ($r = .2035$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะเป็น เภกพันธ์ค่อนข้างสูง กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 26-40 ปี ร้อยละ 49 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68 (รายละเอียดดูจากตารางที่ 1) ระดับการศึกษาอยู่ในเกณฑ์ประถมศึกษา หรือต่ำกว่าร้อยละ 77 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2000 บาท ร้อยละ 58 และที่สำคัญคือกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระหว่าง 3 เดือน - 1 ปี มีระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังผ่าตัดฯ อยู่ในระดับ 1 ร้อยละ 53 ระดับ 2 ร้อยละ 47 (รายละเอียดดูจากตารางที่ 2) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกันมากนัก ดังจะเห็นได้จากคะแนนการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพโดยรวมนี้ค่อนข้างสูงและมีการกระจายน้อย (รายละเอียดดูตารางที่ 3) นอกจากนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลัง การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจนั้น ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ อีกมากมาย ได้แก่ อัตมโนทัศน์ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเอง ความหวัง ความรู้ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

สมมติฐานที่ 2 การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด ฯ ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัดสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จากผลการศึกษานี้เมื่อใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนในการทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเอง พบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพเป็นตัวแปรเพียงตัวเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรม

การดูแลตนเอง ซึ่งมีอำนาจในการทำนายร้อยละ 4.14 โดยที่สัมประสิทธิ์การทำนายมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ถูกต้องตามความเป็นจริงหรือเป็นไปในทางบวก จะทำให้บุคคลนั้นสามารถคาดการณ์ ตัดสินใจปฏิบัติการกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมด้วยเช่นกัน และการปฏิบัติการกรรมการถูกต้องนี้จะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติการกรรมการอย่างต่อเนื่อง (Orem 1985 : 166 ; Pender 1987 : 64)

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงสนับสนุนสมมติฐานดังกล่าวเพียงบางส่วน สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพเป็นตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ตัวแปรอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเลย จึงทำให้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของเดนนิส (Denyes 1988 : 13-21) ที่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น และพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพซึ่งเป็นองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถทำนายการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($B = .394, P < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของแมกนานิ (Magnani 1990 : 171-184) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุและพบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพสามารถทำนายระดับการทำการกิจกรรมโดยมีอำนาจในการทำนายร้อยละ 10 ($P < .01$) ในการศึกษาครั้งนี้ความเข้มแข็งของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่เหลืออีก ร้อยละ 95.86 ที่ไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาค้นคว้านี้อาจเป็นผลจากปัจจัยอื่นๆที่ไม่ได้นำมาศึกษา เช่น อคติ โน้ตค้น ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน การสนับสนุนทางสังคมและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นต้น

สำหรับตัวแปรด้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด ฯ ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัด ฯ ที่ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) หมายความว่า ผลการวิจัยครั้งนี้เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของสังคมได้เปลี่ยนแปลงไป ค่าครองชีพในปัจจุบันที่สูงมากขึ้น ทำให้เพศหญิงต้องมาประกอบอาชีพนอกบ้านเช่นเดียวกับเพศชายมากขึ้น จึงทำให้เพศหญิงสามารถมีรายได้เป็นของตนเอง และการประกอบอาชีพนอกบ้านทำให้มีโอกาสดำเนินงานร่วมกับบุคคลอื่น มีการพัฒนาลักษณะของความเป็นผู้นำมากขึ้น มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความคิดริเริ่มและสามารถตัดสินใจปฏิบัติการใด ๆ ได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นจึงทำให้ไม่เห็นถึงความแตกต่างระหว่างเพศกับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างชัดเจน เพศจึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริอร พัวศิริ (2533 : ก-ข) ที่พบว่าเพศไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ โดยมีอายุอยู่ในช่วง 26-40 ปี ร้อยละ 49 และช่วงอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 35 ซึ่งช่วงอายุนี้อาจเป็นช่วงอายุที่มีวุฒิภาวะพัฒนาการด้านการดูแลตนเองสูงสุดและคงที่ ทั้งนี้เนื่องจากมีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุและวุฒิภาวะต่ำกว่า ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองใกล้เคียงกัน อายุจึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเรมวาล นันทศุภวัฒน์ (2524 : จ) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน และสอดคล้องกับการศึกษาของสิริอร พัวศิริ (2533 : ก-ข) ที่พบว่า อายุไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68 จึงทำให้ผู้ป่วยได้ได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหาและได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์ วัสดุ สิ่งของและบริการต่าง ๆ ไม่แตกต่างกันมากพอที่จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้นสถานภาพสมรสจึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ซึ่งการศึกษาคั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของแพรวระพี เรืองเดช (2534 : 92-93) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และไม่สามารถ ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจแบบถาวรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในขั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 77 ซึ่งผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมักประสบกับปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และวิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตนมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง แต่การศึกษาในครั้งนี้ ศึกษาในระยะฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งความรุนแรงของโรคน้อย จึงทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไม่ซับซ้อน ซึ่งการศึกษาคั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ ยัมวิไล (2531 : 102-103) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 58 ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล โดยเฉพาะเมื่อเกิดเจ็บป่วย แนวโน้มที่ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำจะมารับการตรวจรักษา หรือให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมีโอกาสน้อยกว่าผู้มีรายได้สูง แต่จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มี

รายได้ต่ำ ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยสังคมสงเคราะห์ให้ได้รับการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการซื้อยาไม่รับประทานที่บ้าน จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองตามแผนการรักษาได้ รายได้ของครอบครัวในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคั้งนี้จึง ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวิทย์ วัฒนศิลป์ (2534 : 67) ที่พบว่า รายได้ครอบครัวไม่มี ความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) อาจเป็นเพราะว่าการศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระหว่าง 3 เดือน - 1 ปี ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นมาก ประกอบกับผู้ป่วยได้รับข้อมูล คำแนะนำในการดูแลตนเอง อย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงทำให้ระยะเวลา ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ซึ่งผลการวิจัย คั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวิทย์ วัฒนศิลป์ (2534 : 68) ที่พบว่าระยะเวลาภายหลัง การผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยน ลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัดในระดับ 1 ร้อยละ 53 และระดับ 2 ร้อยละ 47 ซึ่งระดับสมรรถภาพของหัวใจดังกล่าวสามารถประกอบ กิจกรรมและกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจกล่าวได้ว่า ไม่มีข้อจำกัดทางภาวะ สุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเอง จึงทำให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน การศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวิทย์ วัฒนศิลป์ (2534 : 68) ที่พบว่าระดับสมรรถภาพ ของหัวใจภายหลังการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภายหลัง การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

สมมติฐานที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

จากผลการศึกษาคั้งนี้พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ซึ่งไม่สนับสนุน สมมติฐานที่ 3 หมายความว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด เปลี่ยนลิ้นหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิกเวลและคณะ (Cwikel,

et al.1988 : 151-173) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ และพบว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเบลลอค และเบรสโลว์ (Belloc & Breslow 1972 : 409-421 cited in Johnson-Sayler 1991 : 1166) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ พบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ และการศึกษาของเฟรย์และเดนนิส (Frey & denyes 1989 : 67-75) ที่ศึกษาในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า การดูแลตนเองโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพ และการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการควบคุมพลาสมา การที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในการศึกษาค้างนี้ ไม่สอดคล้องกับทางทฤษฎีที่กล่าวว่า การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้านคือ ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพ เมื่อปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะทำให้บุคคลนั้นสามารถรอดชีวิต และคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของร่างกาย ส่งเสริมการรักษา ควบคุมพลาสมาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ช่วยส่งเสริมให้มีการปรับหรือควบคุมผลของพลาสมาที่เกิดขึ้น และส่งเสริมสวัสดิภาพของบุคคลนั้น (Orem 1985 :89) ซึ่งสามารถประเมินได้จากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน และอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ย 66.5 คะแนน (คะแนนเต็ม 84 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.53) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทำให้ความต้องการในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงต้องเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่เปลี่ยนไปให้เหมาะสม ประกอบกับเป็นระยะภายหลังการผ่าตัดฯ ในระหว่าง 3 เดือน - 1 ปี ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีความพยายามและสนใจในปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง จึงทำให้มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองค่อนข้างสูง

เมื่อมาพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองในรายชื่อ (ดูรายละเอียด ตารางที่ 8) พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมในบางด้าน ได้แก่ การซักถามเมื่อมีปัญหา การซื้อยามารับประทานเอง การหยุดรับประทานยา เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้ อาจมีผลต่อการควบคุมระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือด ในกลุ่มตัวอย่างนี้ โดยพบว่าระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือดอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติปานกลาง-รุนแรง ร้อยละ 42 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางรายมีอาการเลือดออกตามไรฟัน อาการถ่ายปัสสาวะเป็นเลือดจางๆ ถ่ายอุจจาระปนเลือดเล็กน้อย มีอาการปวดศีรษะร่วมกับตาบวม มีอาการชาอ่อนแรงของแขนขาที่ได้อีกหนึ่งของร่างกายเล็กน้อยร่วมด้วย

ส่วนภาวะสุขภาพเกี่ยวกับระดับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆอยู่ในเกณฑ์ ดังเห็นได้จากคะแนนระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 21.22 คะแนน (คะแนนเต็ม 24 คะแนน) ซึ่งคาดว่าเป็นผลสืบเนื่องจากแผนการรักษาของแพทย์ประจำการหนึ่ง กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาติชทาลิสและยาขับปัสสาวะ ไปรับประทานเมื่อกลับไปที่บ้าน ฤทธิ์ยาจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำเกินในร่างกายและภาวะหัวใจล้มเหลว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการบวมตามหลังเท้า หน้าแข้ง มือ ใบหน้าฯ มีความทนทานในการใช้กำลัง โดยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นในชีวิตประจำวันได้ดีเป็นส่วนใหญ่ แต่ในการประเมินด้านการทำงานหรือการประกอบอาชีพ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายไม่สามารถกลับไปทำงาน หรือกลับไปทำงานได้เป็นบางวัน โดยให้เหตุผลว่ามีอาการเหนื่อยหอบ ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างไม่กลับไปทำงาน หรือกลับไปทำงานได้เป็นบางวันนั้น อาจเป็นผลจากปัญหาทางด้านจิตใจมากกว่าปัญหาทางด้านร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแบคลีและคณะ (Blachy, et al. 1968 : 524) ที่ศึกษาการกลับไปทำงานของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปทำงานได้ โดยให้เหตุผลว่า เนื่องจากปัญหาทางสุขภาพ รู้สึกกลับไปทำงานไม่ได้ และเป็นคำแนะนำของแพทย์ และจากการศึกษาของลูเซียและคณะ (Lucia, et al. 1970 : 965) พบว่าผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจส่วนหนึ่งไม่กลับไปทำงาน ทั้งที่ได้รับการตรวจจากแพทย์ว่ามีความสามารถในการออกกำลังกายได้ดี

นอกจากนี้ในการประเมินภาวะสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการหงุดหงิด โกรธ ฉุนเฉียวง่ายเป็นประจำ ร้อยละ 25 รู้สึกหดหู่ใจ ซึมเศร้าเมื่อนึกถึงโรคที่กำลังเป็นอยู่ บางครั้ง ร้อยละ 47 รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม บางครั้ง ร้อยละ 40 รู้สึกว่าชีวิตมีความสุขมากขึ้นกว่าแต่ก่อนเพียงบางครั้ง ร้อยละ 70 (ดูรายละเอียดจากตารางที่ 10) ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเฮลเลอร์และคณะ (Heller, et al. 1974 : 908) ที่ศึกษาในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงกลัวปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และพบว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในการปรับตัว ซึ่งแสดงออกโดยมีอาการซึมเศร้า มีแนวโน้มคิดถึงตนเองในทางเสื่อม หนีจากสังคม เป็นต้น

แต่จากการวิเคราะห์ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ($r = .1389$, $P > .05$) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะเป็นเอกพันธ์ค่อนข้างสูง ดังกล่าวรายละเอียดไว้ข้างต้น (ดูตารางที่ 1, 2) ซึ่งส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและคะแนนภาวะสุขภาพ มีค่าค่อนข้างสูงและมีการกระจายน้อย คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงมีความแตกต่างกันไม่มากนักที่จะทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้ นอกจากนี้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญอื่นๆอีกหลายประการ ได้แก่ ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายก่อนการผ่าตัด จำนวนครั้งของการผ่าตัด จำนวนลิ้นหัวใจที่ทำการผ่าตัด (Chancy 1984 : 173 ; Stanton, et al. 1983 : 907) และแผนการรักษาของแพทย์

ภายหลังการผ่าตัด เป็นต้น

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ จึงสนับสนุนแนวความคิดของโอเร็มที่กล่าวว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพซึ่งจัดเป็นองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลสุขภาพด้านความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานในการกระทำนั้น มีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถรอดชีวิตหรือมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น และสามารถส่งเสริมให้มีการปรับหรือควบคุมผลจากภาวะแทรกซ้อนและพยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้นได้ แต่จากการศึกษาไม่สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ได้

นอกจากนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พบข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่จำเป็นตามการเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่น่าสนใจและจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนให้ความรู้ หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยดังนี้ คือ

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างพบว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมในด้านการประเมินสภาพร่างกายตนเองก่อนมีเพศสัมพันธ์ การปฏิบัติตนเมื่อมีอาการเลือดออกผิดปกติ การปฏิบัติตนเมื่อมีอาการบวม การปฏิบัติตนเมื่อมีอาการปวดศีรษะร่วมกับอาการชาอ่อนแรง การไม่ไปพบแพทย์เมื่อมีอาการแสดงของการติดเชื้อ และการให้ข้อมูลกับแพทย์หรือทันตแพทย์ เมื่อเข้ารับการรักษา

นอกจากนี้ยังพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่มีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพในบางเรื่อง เนื่องจากไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น เช่น การประเมินตนเองก่อนมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 40 ไม่มีเหตุการณ์อาการเลือดออกผิดปกติ ร้อยละ 69 ไม่มีอาการบวม ร้อยละ 69 ไม่มีอาการปวดศีรษะร่วมกับอาการชา อ่อนแรง ร้อยละ 52 ไม่มีการติดเชื้อ ร้อยละ 10 และไม่มีกิจกรรม เนื่องจากไม่มีโอกาสเข้ารับการรักษา ร้อยละ 16 ซึ่งการไม่มีเหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้น ไม่อาจสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้ถูกต้องหรือไม่ แต่พฤติกรรมดังกล่าวมีความสำคัญ จึงควรมีการติดตามประเมินต่อไป ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพบางด้านไม่เหมาะสม ควรได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ต้องต่อไป

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยใช้ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ ในระหว่าง 3 เดือน - 1 ปี อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาล โรคทรวงอก เนกบรี และโรงพยาบาลราชวิถี การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 100 ราย โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึงเดือน กันยายน 2534

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถาม การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบประเมินภาวะสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และนำ ข้อมูลมาวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. นำคะแนนจากแบบประเมินภาวะสุขภาพทั้ง 3 ส่วน มาแปลงให้เป็นคะแนนมาตรฐาน (Normalized T-score) และนำคะแนนมาตรฐานที่ในแต่ละส่วนมารวมกันเป็นคะแนนรวมของภาวะสุขภาพ
2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัว โดยแจกแจงความถี่ และแสดงอัตราร้อยละของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล
3. หาค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ
4. หาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ
5. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด ฯ ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัด ฯ และการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t-test)

6. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดฯ ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัดฯ และการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ กับตัวเกณฑ์ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

7. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t-test)

ซึ่งการวิจัยปรากฏผลดังนี้

1. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)
2. ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ดีที่สุดคือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ โดยสามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 4.14

มีสมการทำนายในรูปคะแนนดังนี้

$$\hat{Y} \text{ (SCB)} = 54.7466 + .1375 \text{ (HPER)}$$

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้คือ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยพบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในทางที่ดี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็น ในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยเฉพาะโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด จากการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเทียม ภาวะหัวใจวายฯ รวมถึงแผนการรักษาอย่างคร่าวๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดความกลัว วิตกกังวลในสิ่งที่ไม่เข้าใจ หรือมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อ ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีต่อไป

และนอกจากนี้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พยาบาลควรตระหนัก ถึงความสำคัญในการสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมภายหลังการผ่าตัดด้วย เพราะจากผลการศึกษาค้นคว้าว่า แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองดี แต่ก็ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในบางด้านยังไม่ เหมาะสม โดยเฉพาะในเรื่อง การงดรับประทานอาหารเค็ม การออกกำลังกาย การไม่พบ แพทย์ทุก 6 เดือน การผ่อนคลายความวิตกกังวล การสังเกตอาการข้างเคียงจากการ รับประทานยา การประเมินตนเองก่อนที่แพทย์สั่ง การปฏิบัติตนเมื่อมีอาการเลือดออกผิดปกติ การปฏิบัติตนเมื่อมีอาการปวดศีรษะร่วมกับอาการชา อ่อนแรง การไม่ไปพบแพทย์เมื่อมีอาการ ติดเชื้อ และการพกเอกสารที่แสดงตนว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และรับประทาน ยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ดังนี้คือ

1.1 ควรจัดให้มีการให้ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับภาวะของโรค และแนวทางใน การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยอย่างมีแบบแผน ทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการสอนนั้น ไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การดำรง ไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพ และความผาสุก

การให้คำแนะนำในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีแบบแผนนี้ มีหลายวิธีการ ได้แก่ การให้ศึกษาอย่างมีแบบแผนทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม การให้ศึกษาโดยจัดทำเป็น เทปบันทึกเสียง สไลด์ หรือวิดีโอประกอบคำบรรยาย ภาพยนต์ เป็นต้น

1.2 ในการที่ผู้ป่วยได้รับการสอนศึกษาอย่างมีแบบแผนแล้ว แต่อาจมีปัญหาหรือ ข้อสงสัยในการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุการณ์บางอย่างขึ้น ดังนั้นจึงควรมีหน่วย ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย เพื่อแก้ปัญหาเฉพาะเรื่องของแต่ละบุคคล มีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Supportive group) เป็นการจัดให้ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ได้มีโอกาสพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยน ความคิดเห็น มีโอกาสแก้ปัญหาาร่วมกัน เป็นต้น

1.3) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถประเมินสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีที่อยู่อาศัยห่างไกลจากโรงพยาบาล การไปพบแพทย์แต่ละครั้งมีความ ยากลำบาก จึงควรมีการจัดทำคู่มือประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วย ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและครอบครัว เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินว่า ในช่วงเวลา นี้สุขภาพของตนอยู่ ในระดับใด ดีขึ้นหรือเลวลงอย่างไร และเพื่อช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจใน การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เช่น การรับไปพบแพทย์เมื่อมีอาการเลือดออกผิดปกติ เป็นต้น

1.4 ปรับแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาลและผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

2. ด้านการศึกษา

2.1 ในการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษา ควรเน้นให้นักศึกษาระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรค การรักษา และการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะในระยะก่อนกลับบ้าน และการให้คำแนะนำ คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ในระหว่างมาตรวจตามแพทย์นัด

3. ด้านการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาบางประการที่ควรจะศึกษาต่อ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการพยาบาลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนี้

3.1 ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างด้านระยะเวลา ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระหว่าง 3 เดือน - 1 ปี ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป เป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่าง ที่กว้างออกไป เพื่อให้มีความหลากหลายด้านระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดมากขึ้น

3.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพแตกต่างกัน และเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแตกต่างกัน

3.3 ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง อึดทนโน้ทน ความสำเร็จ ในการควบคุมตนเอง เป็นต้น

3.4 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ ผลของการให้การพยาบาลในรูปแบบต่างๆ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การให้สุขศึกษาอย่างมีแบบแผน การให้คำปรึกษาในกลุ่ม ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นต้น

บรรณานุกรม

กรรณิการ์ สุวรรณโคต. "การพยาบาลกับพฤติกรรมของบุคคล" ใน เอกสารการสอนชุดวิชาโมเดิร์นและกระบวนการพยาบาลหน่วยที่ 1-7. สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัย-ธรรมมาธิราช. กรุงเทพมหานคร : หนึ่งจัดการพิมพ์, 2527.

_____. "การพยาบาลในแผนกด้านจิตสังคม" ใน เอกสารการสอนชุดกรณีเลือกสรรการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพหน่วยที่ 6-10. สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพมหานคร : หนึ่งจัดการพิมพ์, 2527.

กฤษดา ดงศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. "ทฤษฎีการพยาบาลของคิง" ใน ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้. หน้า 372-400. สมพันธ์ วิทยุระนันท์ (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2528.

กัมพล ประจวบเหมาะ. "Rheumatic Heart Disease". ใน ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้. หน้า 519-527. สมพันธ์ วิทยุระนันท์ (บรรณาธิการ) กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2528.

จรรยา มะโนทัย. ศัลยศาสตร์หัวใจ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ Menipress and P.S. Center, 2524.

จินตนา ชูพันธ์. "การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : ขอบข่ายที่เกี่ยวกับการวิจัยทางการพยาบาล". วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ. 1(1), 2532 : 42-59.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์. ผลของการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุขต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

จรัสศรี จันทรสาทอง. การศึกษามโนทัศน์ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

ชาลิต อ่องจريت และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. "การรักษาโรคคลื่นหัวใจพิการ". ชีวิตและสุขภาพ.
7 (ตุลาคม 2532) : หน้า 95-100.

ชิน บุรณธรรม และคณะ. "ศัลยกรรมโรคคลื่นหัวใจพิการ". ใน ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด.
หน้า 683-687. สมชาติ โลจายะ, บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ และพันธ์ุพิมพ์ุ์ สาครพันธ์ุ
(บรรณาธิการ) กรุงเทพฯ ฯ : กรุงเทพฯเวชสาร, 2524.

นวลทิพย์ ลิ้มปณัสส์. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิต
สังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

นิตยา ภาสพันธ์ุ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2532.

นิตยา ไทชาภิรมย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมอนามัยของเด็กวัย
เรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

นิศารัตน์ โอภาสเกียรติกุล และคณะ. "การเลือกใช้น้ำยาชrooms โพลาลิตินที่มีความไวสูงในการ
ควบคุมการบริหารยาคุมาริน". วารสารเภสัชศาสตร์. 14 (มกราคม-มีนาคม 2530) :
5-11.

พงษ์พีระ สุวรรณกุล. พยาธิวิทยาหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ ฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2525.

พรศรี ศรีอัญญาพร และยุดี วัฒนานนท์. สถิติและการวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์
สามเจริญพานิช, 2529.

พันธุ์พิษณุ สำครุฑ. "หลักทั่วไปของศัลยกรรมหัวใจ". ใน ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. หน้า 653-664. สมชาติ โลจายะ, บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ และพันธุ์พิษณุ สำครุฑ (บรรณาธิการ) กรุงเทพฯ ฯ : กรุงเทพฯเวชสาร, 2524.

เพลินพิศ เลาหะวิริยะกมล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

เพ็ญจันทร์ ส.โมไนยพงศ์. "การดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ใน Ambulatory Care". ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการของภาควิชาพยาบาลศาสตร์ครั้งที่ 1 เรื่อง การดูแลตนเอง : ทฤษฎี การปฏิบัติ และการวิจัย. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

เพ็ญศรี ระเบียบ. "การพยาบาล : มโนทัศน์ในการปฏิบัติ. "โดโรซี อี. โอเร็ม"วารสารพยาบาล 31 (กรกฎาคม - กันยายน 2525) : 226-235.

แพรวระพี เรืองเดช. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตรามโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

ภัทรา จุลวรรณ. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตรามโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ในจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

มาลี สันนิเกษตริน. "การรับรู้". วารสารพยาบาล. 25 (กรกฎาคม - กันยายน 2519)

ยุพิน จันทรดคะ. "การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ". ใน สถิติและการวิจัยเบื้องต้น. พรศรี ศรีอัญญาพร และยุวดี วัฒนานนท์ (บรรณาธิการ) กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์สามเจริญพานิช, 2529 : 120-122.

รายงานจากแผนกสถิติผู้ป่วย. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ, 2533.

รายงานจากแผนกสถิติผู้ป่วย. โรงพยาบาลโรคทรวงอก นครบุรี. จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ, 2533.

รายงานจากแผนกสถิติผู้ป่วย. โรงพยาบาลราชวิถี. จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ, 2533.

รายงานจากแผนกสถิติผู้ป่วย. โรงพยาบาลศิริราช. จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ, 2534.

รัตน มาศเกษม. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราโน้ตส์และปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยลมบ้าหมู. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

เรมวอล นันท์ศุภวัจน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.

วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ ฯ : สำนักพิมพ์เรือนอักษร, 2524.

_____. สถิติเบื้องต้นสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ ฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒินิช. สำนวความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสียขา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

ศิริวัลท์ วัฒนสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

ศิริอร สันตุ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

สถิต วงศ์สวรรค์. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์บำรุงสาส์น, 2525.

สมจิต หนูเจริญกุล. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. โครงการบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

สมจิต หนูเจริญกุล. "การดูแลตนเองในการพยาบาล ทฤษฎี และการประยุกต์ทางคลินิก".
ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลตนเอง. ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์
(บรรณาธิการ). ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ :
บริษัทวิญญูสิน จำกัด, 2534.

สมใจ ชัยวิไล. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการ กับ
การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

สมชาติ โลจายะ และคณะ. ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯเวชสาร,
2524.

สังวาลย์ แก้วประเสริฐ. ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของการรับรู้ความเจ็บปวดกับ
ผลการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

สัมพันธ์ พรวิลาวัณย์. "การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ". วารสารพยาบาลโรคหัวใจ
และทรวงอก. 2(กรกฎาคม 2532) : 125-128.

สิริอร นัวศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

สุชาติ ประเสริฐรัฐสินธุ์ และลัดดาวัลย์ ยอดมณี. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์, 2528.

สุภาพรม์ ดั่งแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

อรพรรณ โตสิงห์. "การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจตามแนวทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม : กรณีตัวอย่าง" ใน ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้. หน้า 186-221. สมพันธ์ หิรัญระพันธ์ (บรรณาธิการ) กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2528.

อนา ใจงาม. "การรบกวนการนอนหลับ" ใน โมเดลในการพยาบาลแบบองค์รวม. หน้า 32-53 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

Allen, J.K. and Swank, R.T. "Factors related to functional status coronary artery bypass surgery". Heart & Lung. 19 (July 1990) : page 337-343.

Becker, M.H. and Maiman, L. "Sociobehavioral determinant of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care. 13(1975) : 10-24.

Bergner, M. "Measurement of Health Status". Medical Care. 23 (May 1985) : page 696-704.

Blacher, R.S. "Impotence after cardiovascular surgery". Medical Aspect of Human Sexuality. 9 (January 1975) : Page 56-57.

Blachy, P.H. and Blachy, R.W. "Vocational and emotional status of 263 patients after heart surgery". Circulation, XXXVIII (October 1968) : 524-532.

- Brook, H.R., et al. "Overview of Adult Health Status measures Fielded".
Medical Care. 17(7), 1979 : 1-131.
- Brunner, L.S. and Suddarth, D.S. Text Book of Medical-Surgical Nursing.
6th ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1988.
- Bunting , S.M. "The Concept of Perception in Selected Nursing Theories".
Nursing Science Quarterly : theory, reseanch and Practice. 4
(November 1988) : 168-174.
- Burgess, A.W. and Hartman, C.R. "Patients' Perception of the cardiac
crisis : Key to recovery". American Journal of Nursing. (May
1986) : 568-570.
- Chang, B.L. "Evaluation of Health Care Professionals in Facilitation
Self-Care : Review of the Literature and a Conceptual Model".
Advances in Nursing Sciences. 3 (October 1980) : page 43-58.
- Collen, D. and Verstraete, M. "Anticoagulants, Platelet-Controlling
Drugs, and Thrombolytic Agents". In The Heart : Arteries and
Veins. 7th ed. page 1781-1787 Edited by J.W., Hurst, et al.
New York : McGraw-Hill Information Services Company, 1990.
- Connelly, C.E. "Self-Care and the chronically ill patient". Nursing
Clenics of North America. 15 (March 1987) : page 621-629.
- Constant, J. Bedside Cardiology. 2nd ed. Boston : Little, Brown and
Company, 1976.
- Cwikel, G.J.M., et al. "Machanisms of Psychosocial Effects on Health :
The Role of Social integration, Coping Style and Health
Behavior". Health Education Quarterly. 15 (Summer 1988) :
151-173.

Denyes, M.J. "Orem's model used for health promoton : Directions from research". Advances in Nursing Sciences. 12 (1), 1988 : page 13-21.

———. "Measurement of Self-care agency in adolescents" abstracted. Nursing Research. 31 ; 1982 : 63.

———. "Development of an instrument to measure self-care agency in adolescents". Dissertation Abstracts International. 41 (November 1980) : 1716-B.

Dubos, R. "Health and creative adaptation". Human nature 74 (1978) : entire issue.

Fawcett, J. Analysis and evaluation of Conceptual models of Nursing. 2nd ed. Philadelphia : F.A. Davis company, 1989.

Finkelmeier, B.A. and Fisher, E.B. "Implications of prosthetic valve implantation : An 8-year follow-up of patients with porcine bioprostheses". Heart & Lung. 18 (November 1989) : page 565-572.

Frank, K.A., Heller, S.S. and Kornfield, D.S. "A survey of adjustment to cardiac surgery". Arch Intern Med. 130 (november 1972) : 735-738.

Frankl, W.S. "The Special Problems of the Patient With a Valvular Prosthesis". In Valvular Heart Disease : Comprehensive Evaluation and Management. page 415-426. Edited by W.S., Frankl and A.N., Brest. Philadelphia : F.A. DAVIS COMPANY, 1986.

Frey, M.A. and Denyes, M.J. "Health and Illness Self-care in adolescents with IDDM : A test of Orem's theory". Advances in Nursing Sciences. 12 (October 1989) : page 67-75.

Gantz, S.B. "Self-care : Perspectives from six disciplines". Holistic Nursing Practice. 4 (2), 1990 : page 1-12.

Garrison, K.C. and Magoon, R. Educational Psychology. Ohio : Charles E. Morrill Publishing, 1972.

Gast, H.L., et al. "Self-Care agency : Conceptualizations and operationalizations". Advances in Nursing Sciences. 12 (October 1998) : page 26-38.

Gregersen, R.A. and McGregor, M.S. "Cardiac Surgery". In Cardiac Nursing. 2nd ed. page 537-560. Edited by S.L., Underhill, et al. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1989.

Guralnik, D.B. Webster's new world dictionary of the American language. Cleveland, OH : World Publishing Company, 1976.

Hanucharurkul, S. "Social Support, Self-care, and Quality of Life in Cancer Patients Recieving Radiotherapy in Thailand". A dissertation of the requirements for the degree of Wayne State University, 1988.

Heller, S.S., et al. "Psychological Outcome Following Open-Heart Surgery" Archeive Internal Medicine. 134 (November 1974) : 908-914.

Hijek, T.W. "The Health Belief Model and Cardiac Rehabilitation". Nursing Clinics of North America. 19 (September 1984) : page 449-457.

Hill, L, and Smith, N. Self-Care Nursing : Promotion of Health. New Jersey : Prentice-Hill, Inc., 1985.

- Horgan, A.F. "Health Status Perception and Health Related Behaviour". Journal of Gerontological Nursing. 13, 1987 : P. 30-33.
- Jenkins, C.C., et al. "Physical, Psychological, Social, and Economic outcome after cardiac valve surgery". Arch Intern Med. 143 (December 1983) : 2107-2113.
- Johnston, R.L. "Orem's Self-Care Model for Nursing". In Conceptual Models Of Nursing : Analysis and Application. 2nd ed. page 165-184. Edited by J.J., Fitzpatrick and A.L., Whall. Connecticut : Appleton & Lange, 1989.
- Johnson-Sayler, M.T. "Psychosocial predictors of healthy behaviors in women". Journal of Advanced Nursing. 16 (1991) : 1164-1171.
- Joseph, L.S. "Self-Care and the Nursing Process". The Nursing Clinics of North America. 15 (March 1980) : 131-143.
- Kaplan, R.M. "Behavioral Epidemiology, Health Promotion, and health Services". Medical care. 23 (May 1985) : 564-583.
- King, K.B. "Measurement of coping strategies, concerns and emotional response in patients undergoing coronary artery bypass grafting". Heart & Lung. 14 (November 1985) : page 579-593.
- King, K.B. and Parrinello, K.A. "Patient perceptions of recovery from coronary artery bypass grafting after discharge from the hospital". Heart & Lung. 17 (November 1988) : 708-715.
- Kluge, R.M. "Infections of Prosthetic cardiac valves and arterial grafts". Heart & Lung. 11 (March-April 1982) : page 146-151.

Kozier, B. and Erb, G. and Bufalino, P.M. Introduction to Nursing.
california: Addison-Wesley Publishing Company, 1989.

Laksanabunsong, P., et al. "Warfarin therapy for Prosthetic Valve Replacement". 7th Asean Congress of Cardiology. Manila
Phillippines, 1988.

Levine, L.S. "Patient Education and Self-Care : How Do They Differ".
Nursing Outlook. 26 (March 1978) : 170-175.

Lovvern, J. "Coronary artery bypass surgery : helping patients cope
with postop problems". American Journal of Nursing. 7(1982) :
1073-5.

Meleis, A.I. "Being and Becoming Healthy : The Core of Nursing
Knowledge". Nursing Science Quarterly. (May 1989) : 107-114.

Muhlemkamp, A.F. and Sayles, J.A. "Self-Esteem, Social Support, And
Positive Health Practice". Nursing Research. 35
(November-December 1986) : 334-338.

Murdaugh, C. and Hinshaw, A. "Theoretical Model Testing to Identify
Personality Variables Effect on Preventive Behaviors" Nursing
Research. 35 (January/February 1988) : 19-23.

Murdaugh, C.L. and Verren, J.A. "Theoretical Modeling to Predict
Physiological Indicators of Cardiac Preventive Behaviors".
Nursing Research. 36 (September/October 1987) : 284-291.

Norris, C.M. "Self-care". American Journal of Nursing. 79 (March 1979) :
486-489.

Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 2nd ed. New York : McGraw-Hill Book Company, 1980.

———. Nursing Concepts of Practice. 3rd ed. New York : McGraw-Hill Book Company, 1985.

———. Nursing Concepts of Practice. 4th ed. St. Louis : Mosby-Year Book, 1991.

Orem, D.E. and Tayler, S.G. "Orem's General Theory of Nursing". In Case Studies in Nursing Theory. page 37-71. Edited by P. Winstead-Fry, New York : National league for Nursing, 1986.

Overfield, T. Biological variation in health and Illness Race, Age and sex differences. Menlo Park, California : Addison-Wesley Publishing Co., 1985.

Parsons, T. "Definitions of health and Illness in the light of American values and Social structure". In Jaco, E.G., editor. Patient, Physicians and Illness. 2d ed. New York : Free Press., 1972

Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. New York : Appleton Century-Croft, 1982.

Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. New York : Appleton Century-Croft, 1987.

Sadler, D. "Secondary Interventions : Care of the Person Undergoing Heart Surgery". In Nursing for Cardiovascular Health. page 295-337. Edited by Sadler, D. Connecticut. : Appleton-Century-Crofts, 1984.

- Sakiyalak, P. "Valvular Heart Surgery-Asean Experience". 8th congress of Cardiology. Singapore, 1990 : 170-171.
- Simmons, S.J. "Health : A concept analysis". International Journal Nursing Study. 26 (2), 1989 : page 155-161.
- Smith, J.A. "The Idea of Health : A Philosophical Inquiry". Advances in Nursing Sciences. 3 (3), 1981 : page 43-50.
- Stanton, B.A., et al. "Perceived adequacy of patient education and fears and adjustments after cardiac surgery". Heart & Lung. 13 (September 1984) : page 525-530.
- Tantum, J.L. "Nursing care : Long-Term Adaptation after Cardiac Surgery". In McGoon's Cardiac Surgery : An Interprofessional Approach to Patient Care. page 375-384. Edited by K.M., McCauley, A.N., Brest. and D.C., McGoon. Philadelphia : F.A. DAVIS COMPANY, 1985.
- Thompson, J.M., et al. "Health-Perception Responses". In Clinical Nursing. page 1875-1888. Edited by J.M., Thompson, et al. Princeton : The C.V. Mosby Company, 1986.
- Underhill, S.L. and McGregor, M.S. "Acquired Valvular Heart Disease". In Cardiac Nursing. 2nd ed. page 881-903. Edited by S.L., Underhill, et al. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1989.
- Utz, S.W. "Motivating Self-care : A nursing approach". Holistic Nursing Practice. 4(2), 1990 : page 13-21.

- Waggoner, P.C. "Postoperative care of the patient undergoing cardiac valve replacement : a nursing perspective". In Current concepts in cardiac care. page 205-221. Edited by C.L.P., Lathman and M.M., Conobbio. London : Aspen Systems corporation, 1982.
- Ware, J.E., et al. "Choosing Measures of Health Status for Individuals in General Populations". AJPH 71 (June 1981) : 620-625.
- Weiland, A.P. "A review of cardiac valve prostheses and their selection". Heart & Lung. 12 (September 1983) : 498-504.
- Williams, S. and Grass, S. "Mitral valve prolapse : Self-care needs, nursing diagnosis and interventions". Heart & Lung. 16 (January 1987) : p. 77-83.
- Wood, N.F., et al. "Being healthy : Women's images". Advances in Nursing Sciences. 11(1), 1988 : page 36-46.
- Woods, N. "Conceptualizations of Self-Care : Toward health-oriented models". Advances in Nursing Sciences. 12 (October 1989) : page 1-13.



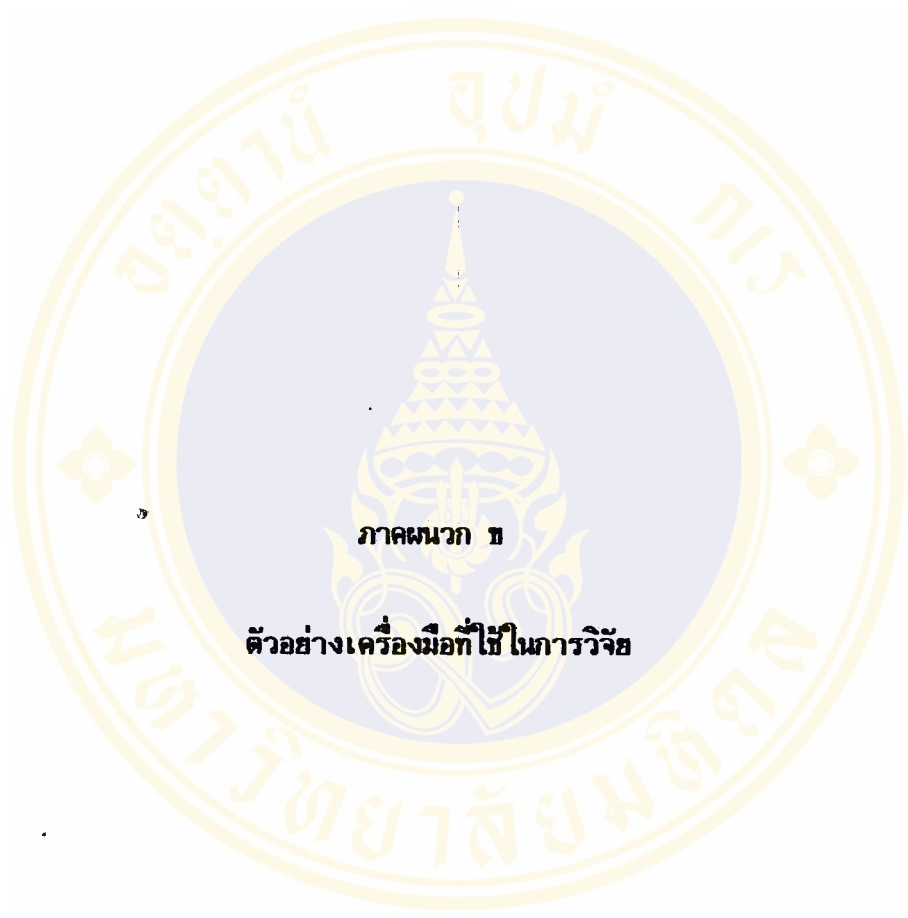
**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม
พฤติกรรมการณ์ตนเองและแบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ**

1. นายแพทย์ สุปรีชา ธาระมัย
แพทย์ประจำหน่วยศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญส่ง
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล
ภาควิชาพยาธิวิทยา ศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางบุปผา เศษโณ
หัวหน้าหอผู้ป่วยตั้งตรงจิต 2 โรงพยาบาลศิริราช
6. นางสาว บุญสม มิตรพระพันธ์
หัวหน้าพยาบาลหน่วยศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี

**รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรง
ของแบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพสำหรับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ**

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล





เลขที่

() () () 1-3

โรงพยาบาล

วันที่บันทึก

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง	ให้ขีดเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมคำลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง
1. เพศ	สำหรับผู้วิจัย
() ชาย () หญิง	4 ()
2. อายุ.....ปี	5-6 () ()
3. ระดับการศึกษา.....	7 ()
4. สถานภาพสมรส	8 ()
() คู่ () โสด, หม้าย, หย่า, แยกกันอยู่	
5. รายได้	9 ()
5.1 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท	
5.2 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่	
() พอใช้เหลือเก็บทุกเดือน () พอใช้เป็นส่วนใหญ่	
() ไม่พอใช้เป็นส่วนใหญ่ () ไม่พอทุกเดือน	
6. ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.....เดือน	10 ()
7. ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังผ่าตัด	11 ()
() มีอาการหอบเหนื่อยขณะนั่งพัก	
() มีอาการหอบเหนื่อยขณะทำกิจวัตรประจำวัน เช่น แปรงฟัน อาบน้ำ รับประทานอาหาร แต่ไม่มีอาการขณะพัก	
() ไม่มีอาการหอบเหนื่อยขณะทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ แต่มีอาการถ้าออกกำลังกายมากกว่าปกติ เช่น ขึ้นบันได 2 ชั้นขึ้นไป	
() ไม่มีอาการหอบเหนื่อย	

แบบประเมินเลขที่.....

วันที่ประเมิน.....

แบบประเมินภาวะสุขภาพ
สำหรับ
ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

คำชี้แจง

แบบประเมินชนิดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยอาศัยการสัมภาษณ์และการตรวจร่างกายซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินถึงความสามารถทางด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินถึงอาการผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการตรวจร่างกาย

วิธีการ

หลังจากผู้ประเมินได้ทำความคุ้นเคยกับผู้ป่วยแล้ว ให้เริ่มประเมินโดยผู้ประเมินสอบถามในส่วนที่ 1 ซึ่งเป็นการสอบถามถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่จำเป็นในชีวิตประจำวันภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยอ่านข้อคำถามในแบบประเมินทีละข้อ ให้ผู้ป่วยพิจารณาเหตุการณ์นั้นและตอบคำถาม แล้วจึงบันทึกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่อยู่ทางขวามือให้ตรงกับสภาพความเป็นจริง โดยแต่ละช่องคำตอบมีความหมายดังนี้

- หมายเลข 4 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่มีขีดจำกัดในการออกกำลังกาย และไม่มีอาการเหนื่อยหอบ
- หมายเลข 3 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ แต่มีขีดจำกัดในการออกกำลังกายบ้าง เนื่องจากมีอาการเหนื่อยหอบ และผู้ป่วยจะกลับรู้สึกสบายดีเมื่อหยุดพัก ระยะเวลาหนึ่ง หลังจากนั้นสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่อได้
- หมายเลข 2 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ แต่มีขีดจำกัดในการออกกำลังกายมาก การออกกำลังกายเพียงเล็กน้อยจะทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ และผู้ป่วยจะรู้สึกสบายดีเมื่อหยุดพัก หรืออยู่เฉย ๆ
- หมายเลข 1 หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เลย การออกกำลังกายเพียงเล็กน้อยก็จะเกิดอาการเหนื่อยหอบมาก มักจะต้องนอนอยู่บนเตียงเฉย ๆ

จากนั้นจึงทำการประเมินในส่วนที่ 2 ซึ่งปฏิบัติวิธีการเดียวกับส่วนที่ 1 โดยแต่ละช่องคำตอบมีความหมายดังนี้

- หมายเลข 3 หมายถึง มีอาการและอาการแสดงที่ปกติ
- หมายเลข 2 หมายถึง มีอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความผิดปกติเพียงเล็กน้อย ไม่รุนแรง
- หมายเลข 1 หมายถึง มีอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความผิดปกติระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง

ขั้นตอนสุดท้ายในส่วนที่ 3 ผู้ประเมินทำการบันทึกข้อมูลจากการตรวจร่างกาย แบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ และใบรายงานผลการตรวจทางห้องทดลอง ซึ่งปฏิบัติวิธีการ และมีความหมายของคำตอบเช่นเดียวกับส่วนที่ 2

แบบประเมินภาวะสุขภาพ
สำหรับ
ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ส่วนที่ 1 การสอบถามถึงความสามารถทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

ข้อความ	4	3	2	1	สำหรับผู้วิจัย
ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ด้วยตนเอง แล้วมีอาการเหนื่อยหอบหรือไม่ (ข้อ 1-4) 1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การอาบน้ำ, แปรงฟัน, แต่งตัว, การรับประทานอาหาร ฯ	สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองตามปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ	สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองตามปกติ มีอาการเหนื่อยหอบเล็กน้อย นึกสักระยะหนึ่งก็สบายดี	สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง แต่ต้องช้า ๆ มีอาการเหนื่อยหอบ ต้องหยุดพักหรืออยู่เฉย ๆ สักระยะหนึ่งก็สบายดี	ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองเลย ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือ	12 ()
6) ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านทำงานหรือประกอบอาชีพตามปกติแล้ว ท่านมีอาการเหนื่อยหอบหรือไม่	สามารถปฏิบัติงานหรือประกอบอาชีพได้ตามปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ	สามารถปฏิบัติงานหรือประกอบอาชีพได้ทุกวัน แต่ยังมีอาการเหนื่อยหอบบ้าง ได้นึกสักระยะก็สบายดี ทำงานต่อได้	สามารถปฏิบัติงานหรือประกอบอาชีพได้เป็นบางวัน และทำได้ไม่เต็มเวลา เนื่องจากมีอาการเหนื่อยหอบ	ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เลย เนื่องจากมีอาการเหนื่อยหอบมาก	17 ()

ส่วนที่ 2 การสอบถามถึงอาการผิดปกติต่าง ๆ ทางด้านร่างกายและจิตใจในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

ข้อความ	3	2	1	สำหรับผู้วิจัย
๑ ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ.....หรือไม่ (ข้อ 1-3) 1) อาการไข้ ไอ เจ็บคอ น้ำมูก	ไม่เคยมีอาการ ดังกล่าวเลย	มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ ฯ เพียง 1 ครั้ง	มีอาการไข้, ไอ เจ็บคอ ฯ บ่อย ครั้ง(เดือนละ 2-3 ครั้ง)	18 ()
๑ ในช่วงเวลา 1 อาทิตย์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการ.....หรือไม่ (ข้อ 4-8) 4) อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว	ไม่เคยมีอาการ ปวดศีรษะ, ตา พร่ามัวเลย	มีอาการปวด ศีรษะนาน ๆ ครั้ง แต่ไม่มี อาการตาพร่ามัว และไม่ต้องอาศัย ยานแก้ปวด	มีอาการปวด ศีรษะบ่อยๆ และ มีตาพร่ามัวร่วม ด้วย ต้องอาศัย ยานแก้ปวดเป็น ประจำ	21 ()
12) ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุข มากกว่าแต่ก่อนหรือไม่เพียงใด	รู้สึกว่าชีวิตมี ความสุขมากขึ้น กว่าแต่ก่อนมาก	รู้สึกว่าชีวิตมี ความสุขมากขึ้น กว่าแต่ก่อนพอ สมควร	รู้สึก ไม่มีความสุข ในชีวิตเลย	29 ()

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการตรวจร่างกาย

ข้อความ	3	2	1	สำหรับผู้วิจัย
1) อุณหภูมิร่างกาย (°C)	36-37.2	37.3-38.3	<36,>38.4	30 ()
7) ลักษณะผิวหนังมีจ้ำเลือด	ไม่มีจ้ำเลือด ลักษณะผิวหนังปกติ	มีจ้ำเลือดที่ผิวหนังเล็กน้อย 1-2 แห่ง	มีจ้ำเลือดที่ผิวหนังเป็นวงกว้าง มากกว่า 2 แห่งขึ้นไป	36 ()
11) ค่าระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือด				40 ()
11.1 ค่า Prothombin Time (เท่าของค่าปกติ)	1.5 - 2.0	1.2-1.5 หรือ 2.0-2.5	< 1.2 หรือ > 1.5	
12.1 ค่า International Normalized Ratio (INR)	2 - 3	1.5-2 หรือ 3-4	< 1.5 หรือ > 4	

แบบประเมินเลขที่.....

วันที่ประเมิน.....

แบบสอบถาม
พฤติกรรมการดูแลตนเอง
สำหรับ
ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่า ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และกลับไปพักที่บ้านแล้ว ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันอย่างไรบ้าง

โปรดอ่านข้อความทางซ้ายมือ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบทางขวามือ ที่ตรงกับความเป็นจริง โดยคำตอบแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลยสักครั้ง
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้ง หรือบางวัน
ปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกครั้ง อย่างสม่ำเสมอหรือทุกวัน

แบบสอบถาม
พฤติกรรมการดูแลตนเอง
สำหรับ
ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย	ไม่มี กิจกรรม	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ต่างๆ เช่น เนื้อหมู วัว, ไก่, ปลา, ฯลฯ นม และไข่					41()
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
34. ท่านนำเอกสารที่แสดงว่าท่านได้รับการ ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และรับประทานยา คูมาดิน (วาฟาริน) ที่ทางโรงพยาบาล มอบให้ติดตัวอยู่ตลอดเวลา เมื่อไปทำธุระ นอกบ้าน					74()

แบบประเมินเลขที่.....
วันที่ประเมิน.....

แบบสอบถาม
การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ
สำหรับ
ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

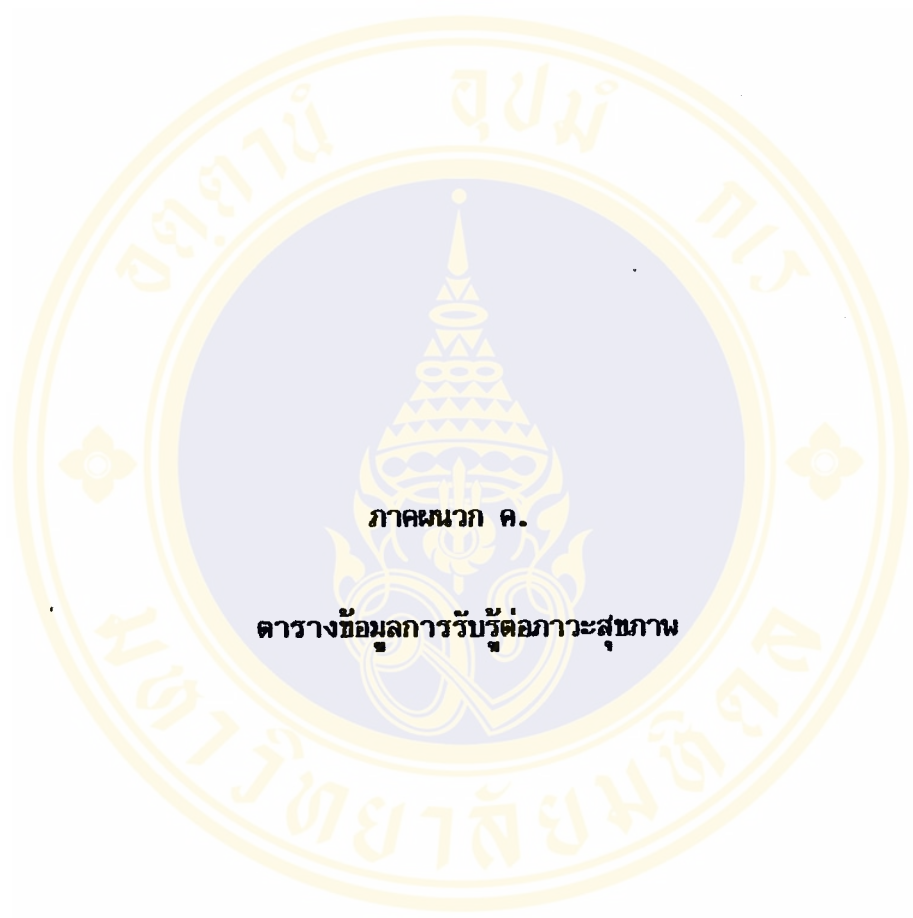
คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับ
สุขภาพของท่าน ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
โปรดอ่านข้อความทางซ้ายมือและวงกลมที่ตัวเลขท้ายข้อความเพียงหนึ่งตัวเลข ที่ตรงกับ
กับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน โดยคำตอบแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

หมายเลข 5	หมายถึง	จริงทั้งหมด	คือ	ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทุกประการ
หมายเลข 4	หมายถึง	จริงเป็นส่วนใหญ่	คือ	ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เป็น ส่วนมาก
หมายเลข 3	หมายถึง	ไม่แน่ใจ	คือ	ท่านคิดว่าตนเองมีความรู้สึก ความคิดเห็น ไม่แน่ใจกับข้อความเกี่ยวกับสุขภาพนั้น
หมายเลข 2	หมายถึง	ไม่จริงเป็นส่วนใหญ่	คือ	ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เพียงเล็กน้อย
หมายเลข 1	หมายถึง	ไม่จริงทั้งหมด	คือ	ท่านคิดว่าข้อความนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเลย

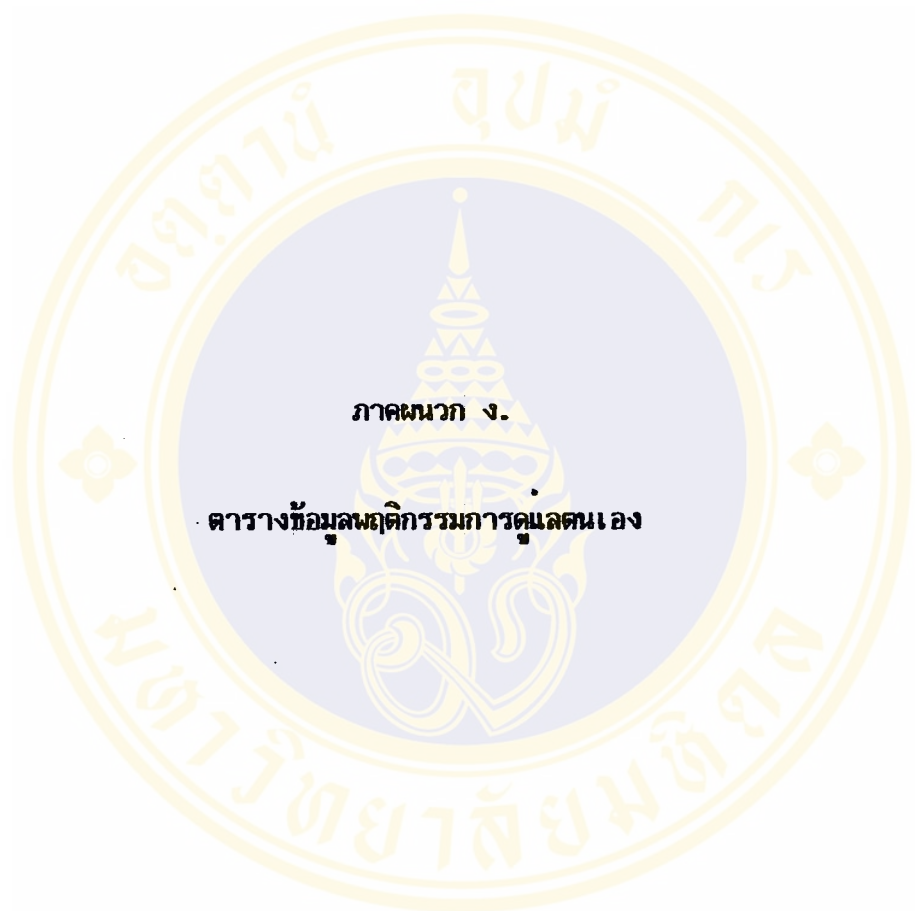
แบบสอบถาม
การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ
สำหรับ
ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ข้อความ	จริง ทั้งหมด	จริงเป็น ส่วนมาก	ไม่แน่ใจ	ไม่จริงเป็น ส่วนมาก	ไม่จริง ทั้งหมด	สำหรับ ผู้วิจัย
1. แพทย์ที่ดูแลฉันบอกว่าสุขภาพ ของฉันขณะนี้นั้นดีมาก.....	5	4	3	2	1	75()
26. ปัจจุบันฉันรู้สึกสบายดีเท่า ๆ กับที่เคยมีมาก่อน	5	4	3	2	1	100()



1. ตารางแสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ จำแนกตามด้านต่างๆ ของการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต	15	7.44	2.83
การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน	45	31.14	6.28
การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต	20	13.67	3.05
การรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย	20	11.00	3.02
ความวิตกกังวล/ความสนใจต่อสุขภาพ	20	13.92	2.67
ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	10	8.27	1.79





1. ตารางแสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกตามด้านต่างๆ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป (17 ข้อ)	51	39.78	4.48
พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (2 ข้อ)	6	4.17	1.17
พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางภาวะสุขภาพ (9 ข้อ)	27	22.55	2.58