



ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT, SELF CARE BEHAVIOR AND
QUALITY OF LIFE IN PATIENT WITH CONGESTIVE HEART FAILURE.



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2533

ISBN 974 - 586 - 942 - 2

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University

เก็บเงินค่าการ

จาก

สำนักหอสมุด ม. มหิดล

วิทยานิพนธ์

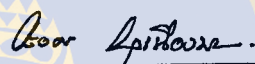
เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง



นัตรวลัย จอจารย์

ผู้วิจัย



นังอร ผลเนื่องมา, วท.บ., M.S.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



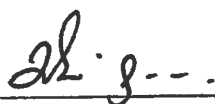
เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย, วท.บ., วท.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



วรรณิ สัตยวิวัฒน์, วท.บ., ค.ม.

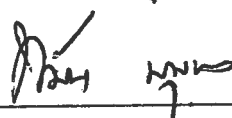
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย



ทัศนา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานโครงการบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

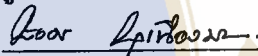
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 21 พฤศจิกายน 2533



จัตราลัย โจอารีย์

ผู้วิจัย



บังอร ผลเนื่องมา, วท.บ., M.S.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



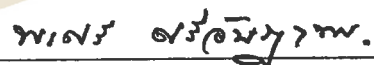
เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย, วท.บ., วท.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



วรรณิ สัตยวิวัฒน์, วท.บ., ค.ม.

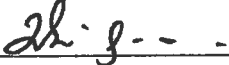
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์





จริยาวัตร คมพัยค์, วท.บ., M.P.H., Dr.P.H. พรศรี ศรีอัญญาพร, วท.บ., ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

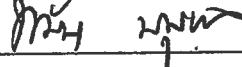


มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ทัศนา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวฉัตรวลัย ใจอารีย์

วัน เดือน ปี เกิด 3 ตุลาคม พ.ศ. 2503

สถานที่เกิด จังหวัดนครปฐม ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลชลบุรี, พ.ศ. 2522-2525 :
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2531-2533 :
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์

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

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ. 2525-ปัจจุบัน : โรงพยาบาลนครปฐม
กองโรงพยาบาลภูมิภาค
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข
ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 4

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ บังอร ผลเนื่องมา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรณีย์ สัตยวิวัฒน์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และสนับสนุนให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอดจนกระทั่งวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะ พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการและหัวหน้าแผนกพยาบาล โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาธิบดีที่อนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอกทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ และขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ ผู้ล่วงลับไปแล้วและคุณแม่ที่ได้อบรมสั่งสอนและปลูกฝังความรู้ในการศึกษา ตลอดจนอาจารย์ทุกท่านที่กรุณาถ่ายทอดความรู้และให้กำลังใจเพื่อผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ขอบขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆ ทุกคนที่มีส่วนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจด้วยดีมาตลอด รวมทั้ง China Medical Board of New York, Inc. ที่ได้กรุณาสับสนุนเงินทุนบางส่วนในการวิจัยครั้งนี้

ฉัตรวลัย ใจอารีย์

1. การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .6484$)
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3143$)
3. ระดับการศึกษา สัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3580$)
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3725$)
5. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุดสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 46.36

จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรเป็นสื่อกลางในการแนะนำและส่งเสริมให้บุคคลในเครือข่ายสังคมของผู้ป่วย ให้ความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยทั่วไวยาวเลียดคั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยและการศึกษาต่ำ

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรม
การดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง
ผู้วิจัย จัตรวลัย ใจอารีย์
ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

บังอร ผลเนื่องมา วท.บ., M.S.N.

เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย วท.บ., วท.ม.

วรรณิ สัตยวิวัฒน์ วท.บ., ค.ม.

วันที่สำเร็จการศึกษา

21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2533

บทคัดย่อ

หัวใจวายเลือดคั่งเป็นปัญหาใหญ่ของสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากมีประชากร
เจ็บป่วยและตายด้วยโรคนี้กันมาก และยังเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
ผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมานจากผลที่ตามมาของโรคนี้ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยเลวลง แต่ถ้าผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองยังได้รับความรัก ความช่วยเหลือ
เอาใจใส่ในด้านต่างๆ จากคนใกล้ชิด หรือถ้าผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่าง
ต่อเนื่องและเหมาะสม จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตด้วยความผาสุกและมี
คุณภาพชีวิตที่ดีได้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ โดยศึกษาถึงความสัมพันธ์
ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวาย-
เลือดคั่ง กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่ง ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิก
โรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 100
ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการ
สนับสนุนทางสังคม แบบวัด พฤติกรรม การดูแลสุขภาพและแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์
ข้อมูล โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ของเพียร์สัน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุแบบขั้นตอน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .6484$)
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3143$)
3. ระดับการศึกษา สัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3580$)
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3725$)
5. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุดสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 46.36

จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรเป็นสื่อกลางในการแนะนำและส่งเสริมให้บุคคลในเครือข่ายสังคมของผู้ป่วย ให้ความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยทั่วไจวายเลือดคั่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยและการศึกษาต่ำ

Thesis Title The Relationship between Social Support,
Self-Care Behavior and Quality of Life
in Patient with Congestive Heart Failure

Name Chutwalai Chai-aree

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Bangorn Pholnuangma B.Sc., M.S.N.

Sauvaluck Lekutai B.Sc., M.S.N.

Wanee Satayawiwat B.Sc., M.Ed.

Date of Graduation 21 November B.E. 2533 (1990)

ABSTRACT

Congestive heart failure has been a crucial health problem since there are tremendous people who are suffered and died from congestive heart failure. Patients who have experienced this chronic and incurable disease demonstrate miserable life experiences which affect their quality of life. If they can percieve of attention, help, and care from ones in vicinitics or if there is particular and persistent self care, the patients will be promoted to rest content and own a favorable quality of life. Thus, the researcher was interested in studying the relationship between some selected factors and the patients' quality of life. The purpose of this research was to study the relationship between social support, self-care behavior and

quality of life in patients with congestive heart failure. The sample was composed of 100 patients who followed up at the heart clinic in the out patient department at Siriraj Hospital and Ramathibodi Hospital. The data were collected by using four sets of questionnaire, i.e., demographic data, social support, self-care behavior and quality of life questionnaires. Statistical techniques were implemented on the process of data analysis including percentage, arithmetic means, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient and the stepwise multiple regression.

The results were as follows :

1. There was a positively significant correlation between social support and quality of life at the .001 level.

($r = .6484$)

2. There was a positively significant correlation between self-care behavior and quality of life at the .001 level.

($r = .3143$)

3. There was a positively significant correlation between educational level and quality of life at the .001 level.

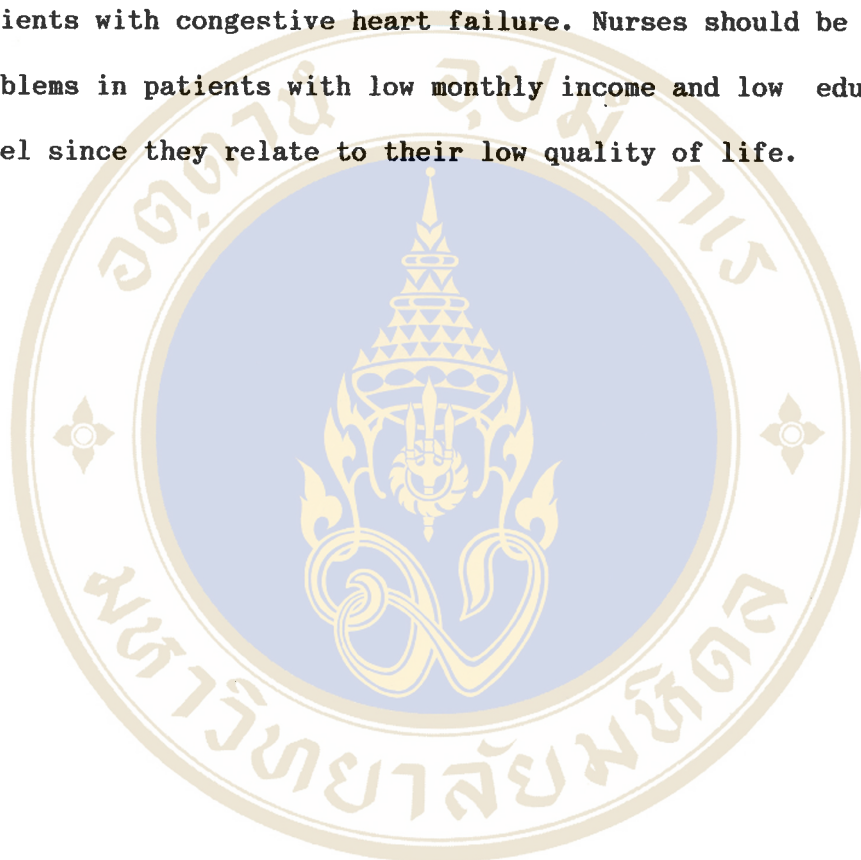
($r = .3580$)

4. There was a positively significant correlation between monthly income and quality of life at the .001 level.

($r = .3752$)

5. The results of the stepwise multiple regression analysis showed that 46.36 percent of the variances of quality of life was accounted for by two significant predictors, i.e., social support and monthly income.

As the result of this study, the recommendations for nursing practice are suggested that nurses should encourage the patient's social networks to give support and care to the patients, and should provide health education about self care to patients with congestive heart failure. Nurses should be aware of problems in patients with low monthly income and low educational level since they relate to their low quality of life.



สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

สารบัญ

สารบัญตาราง

สารบัญแผนภูมิ

ก

ค

ฉ

ช

ณ

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1

วัตถุประสงค์

4

สมมุติฐาน

4

ขอบเขตของการศึกษา

5

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

5

นิยามตัวแปร

5

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง

8

แนวทางการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

16

แนวความคิดของการสนับสนุนทางสังคม

23

แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

32

แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

39

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

54

ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต

56

สารบัญ (ต่อ)

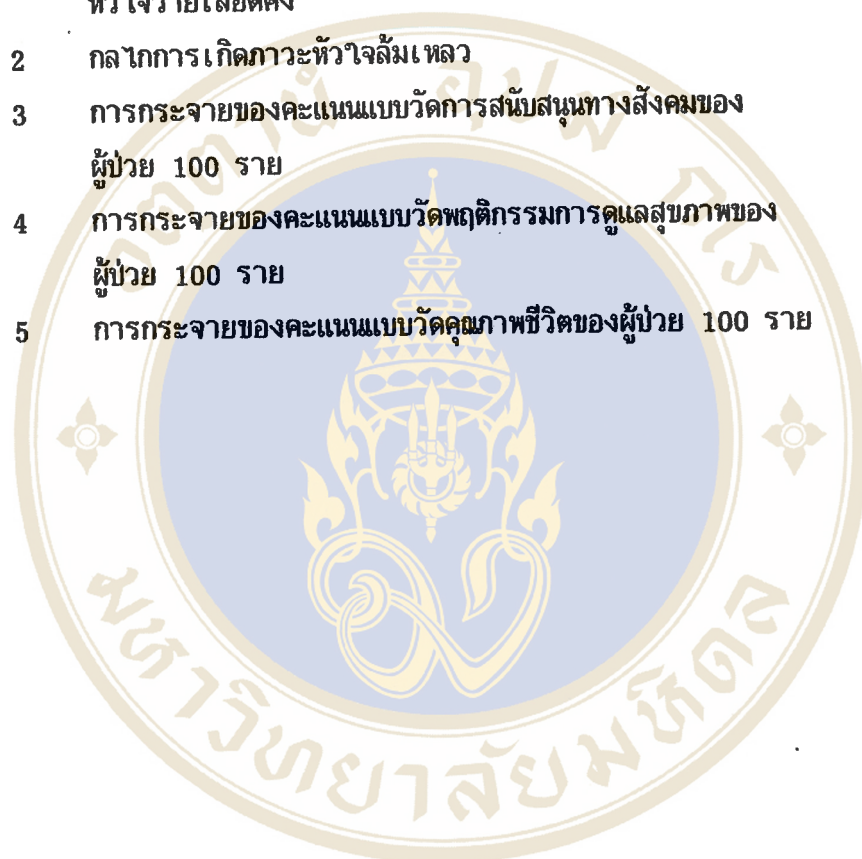
	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	58
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล	68
การวิเคราะห์ข้อมูล	69
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	73
การอภิปรายผล	84
บทที่ 5 สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปการวิจัย	94
ข้อเสนอแนะ	95
บรรณานุกรม	99
ภาคผนวก	
ก.. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย	117
ข. การจัดลำดับความสำคัญและความพึงพอใจของแบบวัดความพึงพอใจ ในชีวิตเฉพาะเรื่อง	119
ค. ตารางข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม	124
ง. ตารางข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	129
จ. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	133
ฉ. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	137
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	138
ตัวอย่างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม	139
ตัวอย่างแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	140
ตัวอย่างแบบวัดคุณภาพชีวิต	141

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะ หัวใจวายเลือดคั่งภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา	74
2	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และ คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง	76
3	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย และตัวทำนาย กับตัวเกณฑ์โดยแสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)	80
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับคุณภาพชีวิต	82
5	ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย และ 20 ราย	118
6	ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจและความสำคัญในแต่ละเรื่อง ของแบบวัดความพึงพอใจเฉพาะเรื่อง	120
7	ลำดับความสำคัญและความพึงพอใจในเรื่องต่างๆ ของแบบวัด ความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง	122

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง	7
2	กลไกการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว	12
3	การกระจายของคะแนนแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย 100 ราย	77
4	การกระจายของคะแนนแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย 100 ราย	78
5	การกระจายของคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 100 ราย	79



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญยิ่งและมีประสิทธิภาพในการทำงานสูงสามารถสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ตลอดอายุขัยของคน โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรในประเทศต่าง ๆ ทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ในประเทศไทยพบว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับ 1 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2527-2531 ซึ่งพบว่าทุก ๆ ปีอัตราการตายจะเพิ่มขึ้นจาก 35.3 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2527 เป็น 36.4, 37.4, 42.7 และ 44.4 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2528, 2529, 2530 และ 2531 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, กองสถิติสาธารณสุข : 2532) โรคที่เกิดกับหัวใจเกือบทุกชนิดไม่ว่าจะเป็นโรคหัวใจที่มีความพิการตั้งแต่กำเนิดหรือเป็นโรคที่เกิดขึ้นภายหลัง เช่น โรคที่เกี่ยวข้องหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ โรคที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นต้น โรคต่าง ๆ เหล่านี้ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขหรือการรักษาที่ถูกต้อง ภาวะสุดท้ายที่สำคัญของโรคที่จะตามมาก็คือภาวะหัวใจวาย และจากการสำรวจมรณบัตร พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจจะตายด้วยภาวะหัวใจวาย เลือดคั่งเป็นส่วนใหญ่ คืออัตราตายด้วยภาวะหัวใจวาย 22.1 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2528 และ 23.0, 26.9 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2529 และ 2530 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, กองสถิติสาธารณสุข : 2530) นอกจากนี้ยังพบว่าในบรรดาผู้ที่ตายเป็นผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 55 ปีมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ตายด้วยภาวะนี้ทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข, กองสถิติสาธารณสุข : 2530 ; สุพิศนະ ทิพานุกะ 2528 : 139-142) ซึ่งนับว่าเป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ในวัยอันไม่ควร การสำรวจและรวบรวมสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยภาวะหัวใจวายในโรงพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วย 500 เตียงขึ้นไปในเขตกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2526-2529 พบว่า

ผู้ป่วยด้วยภาวะหัวใจวายเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง (Congestive heart failure) (นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ 2531 : บทนำ) ภาวะหัวใจวายเลือดคั่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยโรคหัวใจ (นริศ ศรีวัฒสนนท์ 2527 : 209) และเป็นภาวะเจ็บป่วยที่แม้ว่าจะรักษาให้อาการดีแล้วก็สามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก (Briody 1984 : 387) เบเกอร์ (Baker) ได้อ้างถึงการศึกษาของแม็คกี้ (Mc.kee) และคณะว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง จะมีอัตราการตายในระยะ 5 ปีมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมด (Cited in Baker, et al. 1986 : 697) ในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่มีอาการรุนแรงมีอัตราการตายอยู่ระหว่างร้อยละ 25-35 ต่อปี (Franciosa, et al. 1983 : 381; Unverferth, et al. 1984 : 147) โรคนี้จึงได้รับความสนใจจากวงการแพทย์และสาธารณสุขของทุกประเทศ ได้มีการรณรงค์เพื่อลดอัตราการเกิดและพยายามพัฒนาประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดยืนยาวขึ้น โดยมีการคิดค้นวิธีในการวินิจฉัยโรคให้ได้เร็ว และคิดค้นวิธีการรักษาด้วยยาชนิดใหม่อยู่เสมอ แต่การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งก็ยังไม่ดีขึ้น (Baker, et al. 1986 : 697) และถึงแม้ในอนาคตจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตด้วยโรคหัวใจวายเลือดคั่งจะเพิ่มมากขึ้นเพียงใดก็ตาม ก็ไม่ได้เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการบรรลุเป้าหมายของการรักษาพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ต้องมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษาไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพเหมือนคนปกติจากผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (Boogaard 1984 : 433) และจากความพยายามในการป้องกันและลดสาเหตุของการเกิดโรคยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร เพราะจากสถิติของผู้ป่วยโรคหัวใจและภาวะหัวใจวายเลือดคั่งยังคงทวีจำนวนมากขึ้นทุกปี ทำให้ความสนใจส่วนใหญ่และจุดประสงค์ของการรักษาพยาบาลในปัจจุบันหันมาให้ความสำคัญเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคนี้มากขึ้น (Moynihan 1984 : 441) ทั้งนี้เพราะคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งปรารถนาในการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคนไม่เฉพาะแต่ในบุคคลทั่วไปเท่านั้น แต่รวมถึงบุคคลที่ได้รับความเจ็บป่วยซึ่งต่างตระหนักว่าชีวิตที่มีคุณค่านั้นไม่ใช่อายุที่มีการมีชีวิตรอดที่ยืนยาว แต่แท้จริงอยู่ที่คุณภาพหรือการมีความสุขในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่มากกว่า (Taylor 1987 : 234) เนื่องจากผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมานจากโรคและ

จากการรักษาดังกล่าว รวมทั้งไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพเหมือนคนอื่น ๆ เนื่องจากสมรรถภาพการทำงานของหัวใจลดลง มีการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายทำให้ต้องจำกัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือเปลี่ยนแปลงกิจกรรมในชีวิตเพื่อให้สอดคล้องกับสมรรถภาพของหัวใจและกำลังของร่างกายที่ลดลง ต้องละทิ้งสิทธิ์และหน้าที่ความรับผิดชอบที่ตนคุ้นเคย ต้องพึ่งพาผู้อื่นก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวลต่ออนาคตที่ไม่แน่นอน กลัวความตาย ผู้ป่วยเหล่านี้จะเผชิญกับการสูญเสียความสุข สูญเสียความแข็งแรง สูญเสียความมั่นคงทางจิตใจ (Lambert, et al. 1979 : 125) และยิ่งไปกว่านั้นถ้าการสูญเสียต่าง ๆ ดังกล่าวไม่ได้รับการช่วยเหลือให้กำลังใจจากบุคคลอื่น ๆ ในสังคมโดยเฉพาะครอบครัวและบุคคลซึ่งเป็นที่รักแล้วจะกลายเป็นปฏิกิริยาย้อนกลับทำให้โรคเลวร้ายลง ผู้ป่วยจะยิ่งรู้สึกทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือ ต้องการให้ใครสักคนฟังความทุกข์ของเขาด้วยความสนใจและเข้าใจเขา (Pinneo 1984 : 460) การสนับสนุนจากทั้งภายในและภายนอกครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนยังมีคนรัก มีคนสนใจ มีคนยกย่องเห็นคุณค่า (Osberg, et al. 1988 : 97) ความรู้สึกเหล่านี้จะทำให้ความกดดันภายในจิตใจหมดไปได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ซึ่งความพึงพอใจเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต (Cobb 1976 : 300; Haug & Folmar 1986 : 332)

และจากการศึกษาของนวลจันทร์ เครือวาณิชกิจ (2531 : 3) พบว่าผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งต้องกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำแล้วซ้ำอีก เนื่องจากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ตนเองเคยทำได้ก็จะลดลงเรื่อย ๆ จนต้องพึ่งพาผู้อื่น เนื่องจากอาการของโรครุนแรงมากขึ้น ทำให้ความสามารถที่จะควบคุมภาวะหัวใจวายเลือดคั่งเป็นไปด้วยความลำบากขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดความท้อแท้หมดกำลังใจ แต่ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในทางที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้มีสุขภาพอนามัยดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ ตลอดจนมีความพึงพอใจในชีวิต (Leonide L.Martin 1978 : 3) ผู้ป่วยก็จะสามารถพึ่งพาตนเองได้ เพราะการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งนอกจากจะขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนทางสังคมแล้วยังขึ้นอยู่กับ การพึ่งพาตนเองได้อย่างอิสระในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดศักดิ์ศรีและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (Stride 1988 : 557)

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง โดยเชื่อว่าถ้าผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ก็จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นเป้าหมายที่แท้จริงของการให้บริการทางสุขภาพในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง
3. ศึกษาอำนาจการทำนายของเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่งภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่มีต่อคุณภาพชีวิต

สมมติฐาน

1. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง
3. เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่งภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งได้

ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่มาติดตามรับการรักษาที่ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2533 ถึงเดือน กันยายน 2533

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ช่วยให้บุคลากรได้เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ทั้งนี้โดยการนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการ วางแผนปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งต่อไป
2. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยสอดแทรก และเน้นให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจและตระหนักถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
3. ช่วยให้บุคคลในครอบครัวและในสังคมได้ตระหนักถึงปัจจัยที่จะก่อให้เกิด คุณภาพชีวิตที่ดีกับผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง โดยการส่งเสริมการดูแลอย่างเหมาะสมให้ความ ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ อันจะทำให้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งได้รับการพัฒนาให้สูงขึ้น
4. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ครั้งนี้ต่อไป

นิยามตัวแปร

1. การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งต่อ การช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่นในเรื่องต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งสามารถ ดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขความพอใจตามที่เขต้องการ ซึ่งวัดจากแบบวัดการสนับสนุน ทางสังคมในส่วนตัวที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire : PRQ-Part 2) ของแบรนท์และไวน์เนอร์ท (Brandt & Weinert 1981) ที่อาศัยแนวความคิดของวอล์

(Weiss 1974) ที่แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้านประกอบด้วย

1. ความรักใคร่ผูกพัน
2. การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การได้รับข้อมูล คำแนะนำ การสนับสนุนทางอารมณ์และการช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของ
3. การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน ได้แก่ การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น
4. การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มสังคม
5. การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง

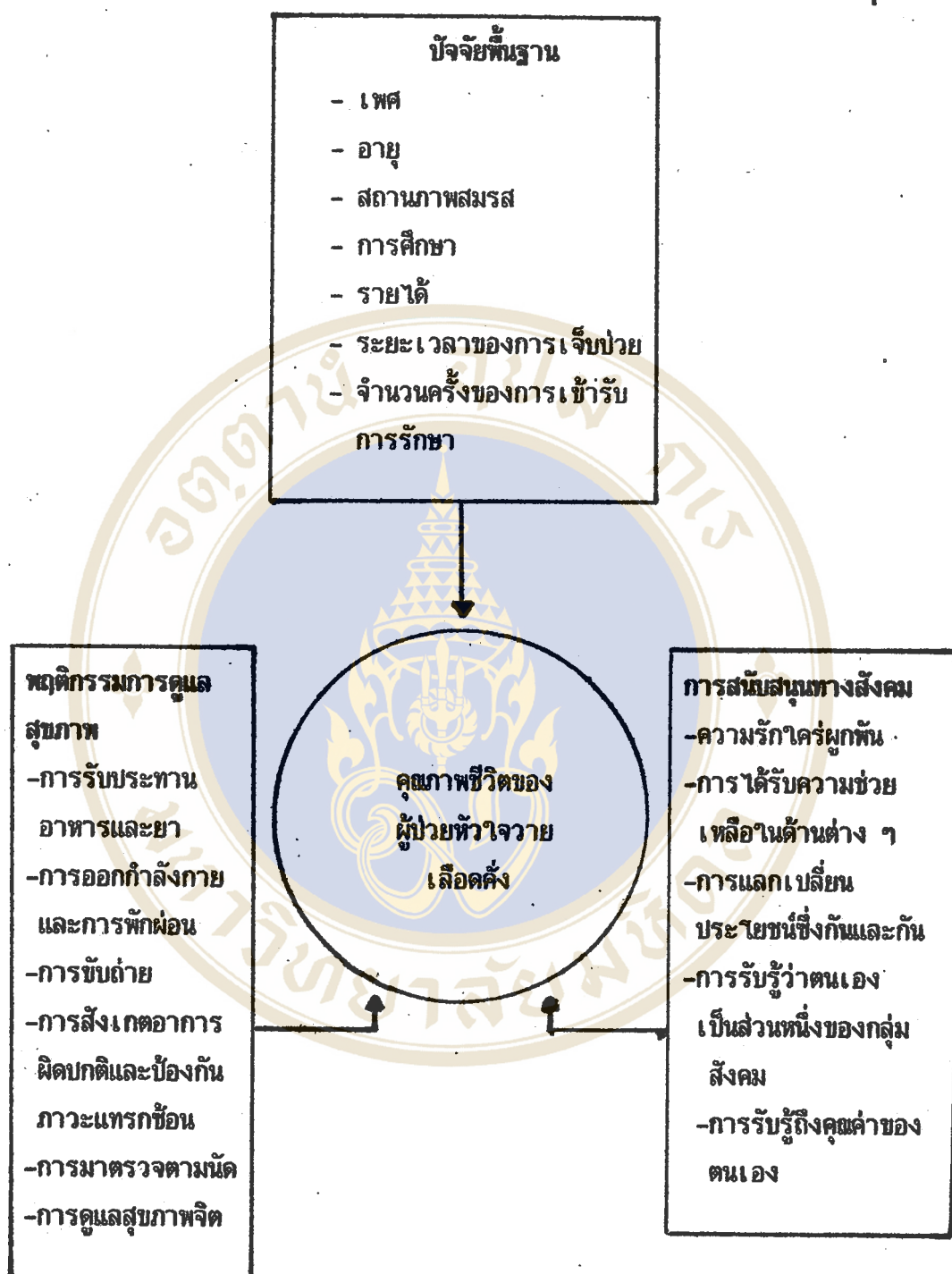
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยทั่วไวยาวเลียดคั้งกระทำในชีวิตประจำวันเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมการดูแลสุขภาพ อันได้แก่ การรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกาย และการพักผ่อน การขับถ่าย การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติและป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการดูแลสุขภาพจิต

3. คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกเป็นปกติสุขของผู้ป่วยทั่วไวยาวเลียดคั้งซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคล ประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของบุรคฮาร์ดท์ (Burckhardt 1982) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต ประเมินโดยแบบวัดแอลเอสไอ-แซด (Life Satisfaction Index หรือ LSI-Z) ของวูดและคณะ (Wood, et al. 1959) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของนิวการ์เทินและคณะ (Neugarten, et al. 1961)

ส่วนที่ 2 แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง (Domain Satisfaction Rating Scale) ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่องของฟลานาแกน (Flanagan 1978)

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of Life Rating)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย HIV/AIDS เลือดคั่ง

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษารวณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

ภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง

แนวทางการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

แนวความคิดของการสนับสนุนทางสังคม

แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต

ภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง (Congestive heart failure)

ภาวะหัวใจวายเลือดคั่งหมายถึง ภาวะที่หัวใจทำงานล้มเหลว ไม่สามารถจะบีบเลือดออกไปเลี้ยงเนื้อเยื่อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ จะปรากฏว่ามีเลือดคั่งที่ปอดและมีการคั่งของโซเดียมและน้ำในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (ดวงมณี วิเศษกุล 2525 : 97; นริศ ศรีवासณี 2527 : 211; อัญเชิญ อิศรางกูร ณ อยุธยา 2526 : 172; Brunner & Suddarth 1984 : 635)

สาเหตุของภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง อาจแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ สาเหตุพื้นฐาน (underlying cause) และสาเหตุชักนำ (precipitating cause) โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพที่ทำให้มีความผิดปกติอยู่แล้วถ้าไม่ได้รับการรักษา และกำจัดสาเหตุจะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจะต้องทำงานหนักจน

ประสิทธิภาพเสื่อมลงและเมื่อเกิดสาเหตุชักนำเพิ่มเติมขึ้นจะทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งได้

สาเหตุพื้นฐาน

สาเหตุพื้นฐานที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งอาจจะเริ่มต้นจากความผิดปกติของหัวใจข้างใดข้างหนึ่ง แล้วจึงเหนี่ยวนำให้เกิดหัวใจวายทั้ง 2 ข้าง อาจเป็นมาแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลัง สาเหตุเหล่านี้ ได้แก่

1. โรคของกล้ามเนื้อหัวใจที่ทำให้แรงบีบตัวลดลง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งได้บ่อยที่สุด (Hammond & Lee 1984 : 156) กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (Myocarditis) ฯลฯ โรคเหล่านี้ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง
2. โรคที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวแรงเกินกำลัง (pressure overload) เช่น ภาวะความดันเลือดสูง ลิ้นหัวใจตีบ ฯลฯ โรคเหล่านี้ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเพื่อเอาชนะแรงต้านและสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายให้เพียงพอ
3. โรคที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนักเพราะปริมาตรเลือดมากเกินไป (volume overload) เช่น ลิ้นไมตรัลรั่วหรือปิดไม่สนิททำให้เลือดจำนวนมากรั่วในระหว่างการบีบตัวของหัวใจห้องล่าง หลอดเลือดที่เชื่อมระหว่างเอออร์ตาบางส่วนต่อของหลอดเลือดแดงจากปอดข้างซ้ายไม่ปิดตามปกติเมื่อแรกเกิด (Patent ductus arteriosus) ฯลฯ สาเหตุเหล่านี้ทำให้เลือดคั่งอยู่ในห้องหัวใจมากเกินไป ห้องหัวใจขยายและประสิทธิภาพในการบีบตัวลดลง
4. ภาวะที่ขัดขวางการขยายตัวและการรับเลือดของหัวใจ เช่น เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหัวใจเหล่านี้อาจจะมีชีวิตอยู่ได้เป็นเวลานานโดยไม่ปรากฏอาการ แต่พบบ่อยที่อาการของหัวใจวายจะปรากฏขึ้นเมื่อมีภาวะใดก็ตามมาทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักขึ้น (Braunwald 1981 : 1036) ดังนั้น การได้ทราบถึงภาวะหรือสาเหตุชักนำให้ปรากฏอาการหัวใจวายเลือดคั่ง จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

สาเหตุชักนำ

1. ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ เป็นสาเหตุชักนำที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งได้บ่อย ๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุจะยิ่งทำให้หัวใจวายได้ง่าย (ชมพูนุท อ่องจรีต และ พัลลภ โพธิพฤกษ์ 2524 : 577)

2. การเกิดก้อนอุดตันภายในหลอดเลือดแดงปอด ผู้ป่วยที่มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีน้อย มีการคั่งของเลือด จะเกิดลิ่มเลือดไปอุดตันที่ปอดอาจจะทำให้มีการเพิ่มความดันในหลอดเลือดแดงของปอดอย่างเฉียบพลัน ทำให้หัวใจห้องล่างขวามีเลือดคั่งและขยายใหญ่ขึ้น เกิดภาวะหัวใจวายมากขึ้น

3. การติดเชื้อ ไม่ว่าจะการติดเชื้อจะเกิดขึ้นในส่วนใดของร่างกายย่อมทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจอยู่แล้ว เนื่องจากการติดเชื้อทำให้ผู้ป่วยมีการเผาผลาญในร่างกายสูงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจของคนที่เป็นโรคหัวใจจะต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นอีก

4. ภาวะโลหิตจาง ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้วจะเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย เนื่องจากเลือดลดความสามารถในการขนส่งออกซิเจนไปสู่เซลล์และเนื้อเยื่อ หัวใจจึงต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดและเพิ่มออกซิเจนในเซลล์และเนื้อเยื่อ

5. ต่อมธัยรอยด์เป็นพิษและการตั้งครรภ์ ทั้งสองภาวะนี้ทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้น หัวใจจึงต้องทำงานมากขึ้นจนไม่สามารถรับภาระหนักต่อไปได้ จึงเกิดภาวะหัวใจวายได้ในที่สุด (Braunwald 1981 : 1036)

6. สาเหตุอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุชักนำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย ได้แก่

6.1 การออกกำลังกายมากเกินไป (Braunwald 1981 : 1036)

6.2 ภาวะโภชนาการ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่น ได้รับเกลือมากเกินไป (Braunwald 1981 : 1036) และภาวะไม่สมดุลของระดับโซเดียมและโพแทสเซียมในซีรัม (พยางค์ จูทา 2527 : 72).

6.3 สิ่งแวดล้อม เช่น สภาพอากาศร้อนหรือชื้นเกินไป (Braundwald 1981 : 1036)

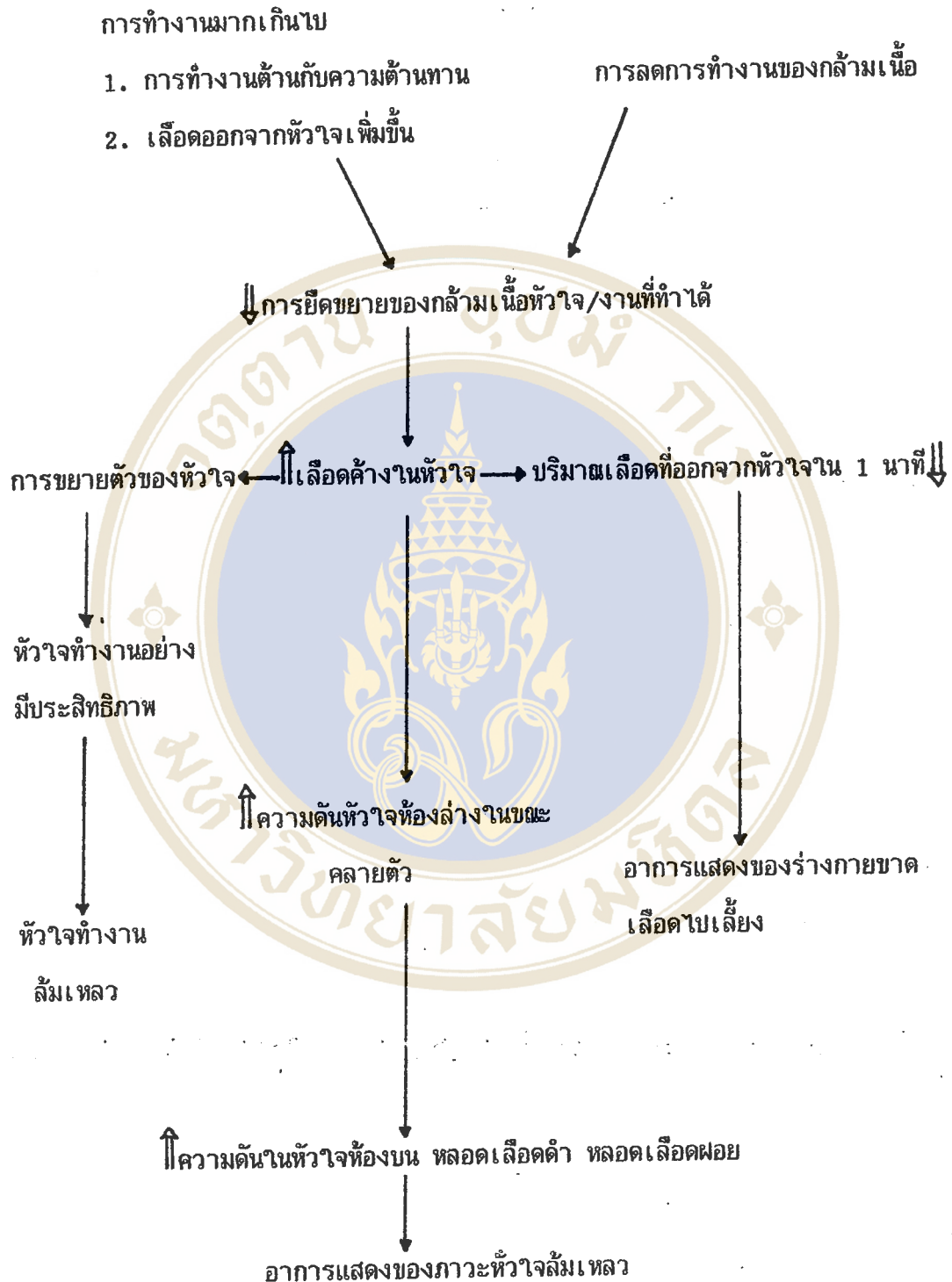
6.4 สภาพอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น ภาวะอารมณ์เครียด อารมณ์ที่ทำให้เกิดหัวใจวายมักจะเป็นอารมณ์หงุดหงิดมากกว่าทางดี แต่ถ้าดีใจมาก ๆ ก็อาจทำให้หัวใจวายได้เช่นกัน (ชมพูนุท อ่องจรีต และพัลลภ โพธิ์พฤษ์ 2524 : 578)

6.5 สาเหตุจากการรักษาพยาบาล เช่น การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำมากเกินไป การหยุดยาขับปัสสาวะหรือยาตีจิตาลิส นอกจากนั้นยังพบว่าภาวะพิษจากตีจิตาลิสเป็นสาเหตุชักนำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้เช่นเดียวกัน (พยงค์ จูทา 2527 : 72)

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง (เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย 2524 : 95-97)

เมื่อหัวใจมีการทำงานมากขึ้น เนื่องจากสาเหตุใดก็ตาม จะทำให้มีการลดลงของอัตราส่วนการยืดขยายของกล้ามเนื้องานที่ได้ ทำให้การบีบตัวของหัวใจลดลง ผลคือมีเลือดเหลือค้างในหัวใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทำให้

1. ปริมาณของเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง (cardiac output)
2. ความดันสูงขึ้นในขณะที่หัวใจคลายตัว
3. เกิดการขยายตัวของหัวใจ ทำให้
 - 3.1 หัวใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
 - 3.2 หัวใจทำงานล้มเหลว



แผนภูมิที่ 2 กลไกการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง ประกอบด้วยกลุ่มอาการ
และอาการแสดงของภาวะหัวใจวายทั้งข้างซ้ายและข้างขวา

1. อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจข้างซ้ายวาย

1.1 อาการหายใจลำบากหรืออาการหอบเหนื่อยจะปรากฏอาการแสดง
ดังต่อไปนี้ คือ

1.1.1 อาการหายใจลำบาก เป็นอาการเริ่มแรกที่พบบ่อยของภาวะ
หัวใจวาย เกิดจากความดันในหลอดเลือดดำของปอดเพิ่มขึ้น ทำให้มีการคั่งของเลือดและ
ปอดบวม น้ำ ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายไม่รุนแรงจะไม่มีอาการหายใจลำบากขณะนอนพัก
แต่เมื่อออกแรงหรือออกกำลังกายจึงจะมีอาการหายใจลำบาก

1.1.2 ออร์ทอพเนีย (Orthopnea) เป็นอาการหายใจลำบากที่
มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นจนไม่สามารถนอนราบได้ จะสังเกตเห็นได้ว่าผู้ป่วยต้องลุกขึ้นมา
หายใจ หรือต้องนอนหนุนหมอนสูงเพื่อให้กะบังลมหย่อน ปอดขยายตัวได้เต็มที่และลดการ
ไหลกลับของเลือดเข้าสู่หัวใจ

1.1.3 พารอกซิสมัล นอคเทอร์นัล ดิฟฟิเนีย (Paroxysmal
nocturnal dyspnea) ผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อยเป็นพัก ๆ ในตอนกลางคืนในท่า
นอนราบ ซึ่งเป็นอาการสำคัญอย่างหนึ่งที่แสดงว่าผู้ป่วยเริ่มมีภาวะหัวใจวาย มักจะเกิดภาย
หลังที่ผู้ป่วยเข้านอนแล้วประมาณ 2-3 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะตื่นขึ้นเพราะหายใจไม่ออกอย่าง
รุนแรง มักมีอาการไอและหายใจเสียงวี๊ดร่วมด้วย อาการเหล่านี้มักเป็นอยู่ประมาณ
15-20 นาที บางคราวอาจนานกว่านี้ (สมจิต พนุเจริญกุล 2528 : 95)

ผลต่อไปที่เกี่ยวข้องกันกับการหอบเหนื่อยเป็นพัก ๆ ในตอนกลางคืน
ก็คือ การเกิดภาวะปอดบวมน้ำอย่างเฉียบพลัน ภาวะนี้อาจจะเกิดขึ้นในเวลากลางคืนหรือ
กลางวันก็ได้แล้วแต่บุคคล บางรายอาจเกิดขึ้นในขณะพัก บางรายอาจเกิดภายหลังการ
ออกแรงหรือตื่นเต้นตกใจมาก ๆ จะพบว่ามีอาการหอบเหนื่อยร่วมกับไอมีเสมหะเป็นฟอง
อาจมีสีชมพู

1.1.4 อาการหายใจแบบขึ้นสโตค (Cheyne stokes respiration) คือลักษณะการหายใจสลับกันไประหว่างการหายใจเร็วลึก แล้วค่อย ๆ ช้าและตื้นลงจนหยุดหายใจ แล้วเริ่มหายใจใหม่ พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉพาะเมื่อได้ยาระงับประสาทร่วมด้วย

1.2 อาการไอ เป็นอาการสำคัญซึ่งเกิดจากหัวใจข้างซ้ายวาย ผู้ป่วยอาจบ่นว่าไอแห้ง ๆ ระคายคอและต้องใช้แรงไอ มักไอกลางคืน อาจเกิดร่วมกับอาการหายใจลำบาก นอกจากนั้นการไอยังแสดงถึงการอุดตันในหลอดเลือดแดงของปอด ซึ่งผู้ป่วยหัวใจวายมีโอกาสดังกล่าวอยู่แล้ว

1.3 อาการทางสมอง เกิดจากการที่ปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกลดลง เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เกิดภาวะสมองพร่องออกซิเจน ทำให้ความจำเสื่อม ไม่มีสมาธิหรือเป็นลมหมดสติได้ง่าย

1.4 อาการอ่อนเพลียและกล้ามเนื้ออ่อนแรง เกิดจากกลไกเดียวกับอาการทางสมองร่วมกับอาการหอบเหนื่อยในเวลากลางคืน ทำให้ผู้ป่วยหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ

2. อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจข้างขวาย

2.1 อาการบวม การบวมของระบบท่อน้ำเหลืองเป็นลักษณะปรากฏของภาวะหัวใจข้างขวาล้มเหลว ในระยะแรกอาจมองเห็นไม่ชัด แต่จะทราบโดยการเปรียบเทียบน้ำหนักตัว เมื่อภาวะหัวใจวายเพิ่มความรุนแรงขึ้น ก็จะสังเกตเห็นการบวมง่ายขึ้น บางรายอาจจะบวมทั้งตัว ซึ่งจะบวมไปถึงอวัยวะสืบพันธุ์ หน้าอก แขนและขา และมักจะเกิดท้องมาน ภายหลังจากมีอาการบวมที่อวัยวะส่วนปลายแล้ว

ท้องมานที่ไม่เป็นสัดส่วนกับความรุนแรงของการบวม มักเกิดในรายที่ลิ้นไตรคัสปิดีบ หรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบและมีการหดตัว (สมจิต พงษ์เจริญกุล 2528 : 97)

2.2 หลอดเลือดดำที่คอโป่ง เนื่องจากเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจทางห้องข้างบนไม่สามารถไหลเข้าได้สะดวก เพราะความดันในห้องหัวใจข้างขวาสูง

2.3 ตับโตและเจ็บ จากการที่เลือดไม่สามารถไหลกลับเข้าหัวใจได้ ทำให้เลือดคั่งตามอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะตับ น้ำจะคั่งอยู่ในช่องระหว่างเซลล์ของตับมาก ทำให้เยื่อหุ้มตับยืดขยายออก ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สบายในท้องถ้าเป็นมาก ๆ จะเจ็บแปลบ ๆ บริเวณชายโครงขวา

2.4 อาการทางระบบสืบสาวะ พบว่า ผู้ป่วยสืบสาวะน้อยในเวลากลางวัน และสืบสาวะบ่อยในเวลากลางคืน เนื่องจากในเวลากลางคืนผู้ป่วยได้นอนพักพ่อนและมีเลือดไปสู่มากขึ้น ทำให้มีการกรองสืบสาวะเพิ่มขึ้น

นอกจากอาการและการแสดงเฉพาะที่เกิดในภาวะหัวใจวายแต่ละข้าง ดังกล่าวแล้ว อาจจะมีการและการแสดงอื่น ๆ ร่วมด้วยอีก เช่น

เหงื่อออกมากผิดปกติ (Diaphoresis) เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก (สมจิต หนูเจริญกุล 2528 : 97, Wenger Hurst & Mc. Intyre 1980 : 207)

เย็นตามปลายมือปลายเท้า จากการที่ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ลดลง ทำให้มีกลไกการช่วยเหลือตัวเองของร่างกายโดยการหดตัวของหลอดเลือด (เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย 2527 : 102)

ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ซึ่งเกิดจากประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง มีผลให้ภาวะหัวใจวายยังมีความรุนแรงมากขึ้น (Brunner & Suddarth 1984 : 635)

ภาวะจิต-สังคมที่เสื่อมโทรม เนื่องจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และการที่ต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวอยู่เป็นเวลานาน ไม่สามารถประกอบกิจกรรมที่ตนเองต้องการได้

การรักษาภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง (เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย 2527 : 103-104; Braunwald 1981 : 1040-1043; Keane 1986 : 379; Luckman & Sorensen 1980 : 805-810)

การรักษาที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ประการ คือ

1. กำจัดสาเหตุที่ชักนำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง
2. แก้ไขสาเหตุพื้นฐานที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง เช่น การผ่าตัดแก้ไขความพิการของลิ้นหัวใจ เป็นต้น
3. ควบคุมภาวะหัวใจวายเลือดคั่งไม่ให้ลุกลามรุนแรงขึ้น ได้แก่
 - 3.1 ลดการทำงานของหัวใจ โดยการพักผ่อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
 - 3.2 เพิ่มความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยให้ยาในกลุ่มดิจิตาลิส
 - 3.3 ลดจำนวนน้ำและเกลือที่มากเกินไปในร่างกาย โดยการจำกัดจำนวนน้ำดื่มลงหรืองดอาหารเค็มและให้ยาขับปัสสาวะ
 - 3.4 ให้ออกซิเจนให้เพียงพอับความต้องการของร่างกายและลดการใช้ ออกซิเจนของร่างกาย
 - 3.5 ลดการคั่งของเลือดในหัวใจโดยการให้ยาขยายหลอดเลือด
 - 3.6 ส่งเสริมสุขภาพร่างกายโดยการให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ในรายที่ได้รับยาขับปัสสาวะที่ขับโปตัสเซียมออกจากร่างกาย ต้องแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีโปตัสเซียมสูง เช่น ส้ม กล้วย เป็นต้น
 - 3.7 ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การรับประทานยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ยาดิจิตาลิส ยาขับปัสสาวะ และยาขยายหลอดเลือด เป็นต้น

แนวทางการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ควรมีการปฏิบัติตัว และควรได้รับการสนับสนุนให้ได้ ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ดังที่เคยปฏิบัติเมื่อก่อนการเจ็บป่วย หรือให้ใกล้เคียงกับที่เคยปฏิบัติมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้งกิจวัตรประจำวัน การทำงาน หรือการมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่นฯ ยกเว้นกิจกรรมที่อาจจะทำให้กลับมามีอาการรุนแรงขึ้นอีก ก็จำเป็นจะต้องตัดออกไป

หรือดัดแปลงวิธีการใหม่ให้เหมาะสม

ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ต้องกลับมาโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่งซ้ำ ซึ่งมักจะมีปัญหาเพิ่มขึ้นทั้งทางด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ รวมทั้งพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นแก่ร่างกายก็เพิ่มความรุนแรงขึ้นด้วย ภาวะในร่างกายนี้อาจจะมีการเสื่อมทำลาย เช่น เกิดเยื่อพังพืดในปอด ตับแข็ง ม้ามและไตมีขนาดใหญ่ขึ้น และเนื้อสมองถูกทำลายเนื่องจากได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอในระหว่างที่เกิดอาการขึ้นอย่างเฉียบพลัน สาเหตุที่ทำให้เกิดหัวใจวายเลือดคั่งซ้ำมักเกิดจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง การรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม การไม่มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่างๆ มากเกินไปและการที่ผู้ป่วยไม่รู้หรือไม่จดจำอาการของการเป็นซ้ำ (Brunner & Suddarth 1984:640) ดังนั้นแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจึงประกอบด้วยเรื่องต่างๆ ดังนี้

1. การพักผ่อน การพักผ่อนทั้งร่างกาย และจิตใจ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อมิให้หัวใจต้องทำงานหนักเกินไป ผู้ป่วยจึงควรปฏิบัติดังนี้

1.1 จัดเวลาสำหรับการพักผ่อนในแต่ละวันให้สม่ำเสมอและเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย ควรได้นอนพักผ่อนละ 6-8 ชั่วโมง และมีเวลาพักผ่อนในช่วงกลางวันด้วย

1.2 พยายามลดชั่วโมงการทำงานให้น้อยลงเท่าที่จะเป็นไปได้

1.3 หลีกเลี่ยงจากสิ่งที่จะทำให้อารมณ์เสียหรืออารมณ์ตึงเครียด ซึ่งอาจใช้วิธีการผ่อนคลาย เช่น การเปิดใจให้กว้าง การนั่งสมาธิ การไม่เคร่งครัดต่อกฎเกณฑ์ระเบียบวินัยมากเกินไป บางรายอาจจะต้องเปลี่ยนหน้าที่การทำงานซึ่งต้องวางแผนร่วมกับญาติ ผู้บังคับบัญชาหรือผู้ร่วมงาน

2. การรับประทานยา ผู้ป่วยควรรับประทานยาให้ถูกต้องตามขนาดและเวลาอย่างสม่ำเสมอเพื่อผลในการควบคุมโรค ไม่เพิ่มหรือลดขนาดของยา และควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่นที่ไม่ได้อยู่ในแผนการรักษา หรือไม่ได้รับการแนะนำจากแพทย์ เพราะอาจเป็นการเสริมฤทธิ์, หรือขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ได้รับอยู่ หรืออาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันได้

ยาที่ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งมักจะต้องได้รับอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

2.1 ดิจิตาลิส

2.1.1 ผู้ป่วยจะต้องไม่รับประทานยาดิจิตาลิสที่มีรูปแบบอื่น นอกเหนือไปจากที่ได้รับจากแพทย์ เพราะอาจมีความแตกต่างกันในขนาด และการออกฤทธิ์

2.1.2 ต้องจับชีพจรก่อนรับประทานยาทุกวัน ถ้าหากพบว่าชีพจรเร็วหรือช้ากว่าที่กำหนด ควรมาพบแพทย์ก่อนถึงเวลานัด

2.1.3 ผู้ป่วยควรทราบถึงแผนการให้ยา และฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือรู้สึกหัวใจเต้นช้า หรือเต้นไม่สม่ำเสมอ เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน การมองเห็นผิดปกติ เช่น ตามัว มีจุด เห็นแสงเป็นวงกลมรอบวัตถุสีเข้ม เห็นสีขาวเป็นสีเหลือง และมีความรู้สึกไม่สบาย เป็นต้น

2.2 ยาขับปัสสาวะ

2.2.1 ถ้าสามารถจัดหาเครื่องชั่งน้ำหนักไว้ที่บ้านได้ ผู้ป่วยควรชั่งน้ำหนักทุกวันในเวลาเดียวกัน เสื้อผ้าที่สวมใส่มีน้ำหนักใกล้เคียงกัน และควรปัสสาวะก่อนชั่งเพื่อประเมินการคั่งของสารน้ำในร่างกาย

ถ้าไม่สามารถจัดหาเครื่องชั่งน้ำหนักไว้ได้ แนะนำให้ผู้ป่วยตวงน้ำดื่มและปัสสาวะของตนเองในแต่ละวัน รวมทั้งคอยสังเกตอาการบวมไปพร้อมๆ กัน

2.2.2 ให้อาหารผู้ป่วยรู้จักสังเกตตัวเองเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะขาดโพแทสเซียม และรับประทานโพแทสเซียมเพื่อทดแทนและให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงแผนการให้ยาขับปัสสาวะโดยตลอด

2.3 ยาขยายหลอดเลือด

2.3.1 ผู้ป่วยควรทราบถึงระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมของตนเองและควรวัดทุกครั้งเมื่อมีโอกาส

2.3.2 ผู้ป่วยควรทราบเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตต่ำที่เกิดจากการเปลี่ยนท่า

3. การรับประทานอาหารและสิ่งเสพติด อาหารเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง เพราะเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับสารอาหารต่างๆ ให้

เพียงพอ แต่การย่อยอาหารร่างกายจะต้องใช้พลังงานสูง และต้องใช้ออกซิเจนมาก ทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้น ในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยจึงต้องไม่เพิ่มการทำงานของหัวใจมากเกินไป ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรรับประทานอาหารมื้อละน้อยๆ แต่บ่อยขึ้น นอกจากนี้การรับประทานอาหารไขมัน อาจทำให้หลอดเลือดตีบหัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้น จึงควรหลีกเลี่ยงอาหารไขมัน โดยเฉพาะที่มีกรดไขมันชนิดอิ่มตัว

3.1 ถ้าผู้ป่วยอ่อนต้องให้ลดน้ำหนักโดยปรึกษาแพทย์ที่ทำการรักษาเพื่อช่วยให้หัวใจทำงานน้อยลง ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายขึ้น

3.2 โปรตีน ให้เพียงพอคือ 1.0 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กก./วัน หรือประมาณวันละ 60-70 กรัม (ดวงมณี วิเศษกุล 2525 : 98)

3.3 จำกัดเกลือ การจำกัดจะมากหรือน้อยแล้วแต่ภาวะการทำงานของหัวใจ ปกติมีค่าวันละ 0.5 กรัมก็เพียงพอ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงการให้ยาขับปัสสาวะด้วย เพราะอาจเกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำได้ และถ้าไม่จำกัดน้ำดื่มก็เกิดการคั่งน้ำได้เช่นกัน (ดวงมณี วิเศษกุล 2525 : 98)

การจำกัดเกลือหรือการรับประทานอาหารที่ไม่มีรสเค็ม เป็นสิ่งที่ลำบากอย่างยิ่งสำหรับบางคน เนื่องจากขัดกับนิสัยเดิมในการรับประทานอาหารที่ได้พัฒนามาแล้วอย่างช้านาน ดังนั้นต้องเน้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงโทษของการรับประทานอาหารรสเค็ม และการงดอาหารบางอย่าง โดยเฉพาะอาหารหมักดอง ผลอาหารที่ใส่ผงฟู อาหารตากแห้ง งดเว้นยาถ่ายประเภทดีเกลือ ยาลดกรดที่มีโซเดียม และควรหลีกเลี่ยงการเติมผงชูรสในอาหารด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยควรล้างปากให้สะอาดด้วยน้ำเปล่าภายหลังการแปรงฟันด้วยยาสีฟัน หรือภายหลังการใช้น้ำยาบ้วนปาก (Brunner & Suddarth 1984 : 640)

3.4 ควรหลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ชา หรือกาแฟ เพราะเชื่อว่าแอลกอฮอล์ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และกระตุ้นให้มีการเผาผลาญในร่างกายเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ภาวะหัวใจวายรุนแรงมากขึ้น

3.5 การสูบบุหรี่ ผู้ป่วยควรงดสูบบุหรี่ เพราะนิโคตินในบุหรี่จะทำให้หลอดเลือดหดตัว การไหลเวียนไม่สะดวก และหัวใจต้องทำงานมากขึ้น นอกจากนี้ยังเกิด

แก๊สคาร์บอนมอนนอกไซด์ ซึ่งเป็นสารขัดขวางการนำออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกาย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่าวันละ 20 มวน จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง

4. การป้องกันโรคติดเชื้อ ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงจากผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อทั้งหลายไม่ว่าจะเป็นการติดเชื้อทางผิวหนัง ทางเดินอาหาร และโดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ หลีกเลี่ยงการไปในที่ที่มีฝูงชนแออัด หลีกเลี่ยงการเป็นหวัดโดยไม่อยู่ในที่ที่มีอากาศร้อนหรือเย็นเกินไป และรักษาความอบอุ่นของร่างกายให้พอเหมาะ หากรู้สึกว่ามีไข้ เป็นหวัด มีบาดแผล หรือท้องเสียจะต้องรีบมาพบแพทย์โดยด่วน

5. การออกกำลังกาย และการทำงาน ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ตามความสามารถของตนเอง โดยเริ่มต้นจากการเดิน การบริหารร่างกายมือเปล่า และกิจกรรมต่างๆ ที่ใช้กำลังแต่เพียงเล็กน้อย แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่จะต้องระมัดระวังไม่ให้เหนื่อยล้าจนเกินไป (Brunner & Suddarth 1984 : 641)

สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association) ได้กำหนดเกณฑ์ไว้เป็นแนวทางสำหรับให้แพทย์ผู้รักษาพิจารณาและให้คำแนะนำผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการทำงานหรือการมีกิจกรรมต่างๆ โดยจำแนกผู้ป่วยโรคหัวใจตามการรักษา (Therapeutic classification) เป็น 5 ระดับ ดังนี้คือ (Beland & Passos 1981 : 934-935)

ระดับ 1 ผู้ป่วยที่ทำกิจกรรมได้ตามปกติโดยไม่มียข้อจำกัดใดๆ

ระดับ 2 ผู้ป่วยที่ทำกิจกรรมได้ตามปกติโดยไม่มียข้อจำกัดใดๆ แต่ต้องระมัดระวังการเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก

ระดับ 3 ผู้ป่วยที่ทำกิจกรรมได้ตามปกติ แต่มีข้อจำกัดปานกลาง และต้องไม่ออกแรงจนเหนื่อยต่อเนื่องเป็นเวลานาน

ระดับ 4 ผู้ป่วยที่ทำกิจกรรมได้ตามปกติ แต่ต้องระมัดระวังให้มาก ต้องไม่ให้เหนื่อย

ระดับ 5 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่จะต้องพักอย่างสมบูรณ์บนเตียง หรือเก้าอี้

ผู้ป่วยหัวใจวายที่อยู่ภายใต้การควบคุม สามารถทำงานได้ แต่ต้องพิจารณาปัจจัยต่างๆ เป็นส่วนประกอบ เช่น ประสิทธิภาพเกี่ยวกับงานนั้นๆ สภาพอารมณ์ สถานะทางครอบครัว และความชำนาญของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งเมื่อผู้ป่วยทำงานแล้วจะต้องไม่ทำให้สิ้นเปลืองพลังงานมากเกินไป มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ต้องการจะทำงานที่เคยทำอยู่เดิม (Beland & Passos 1981 : 935) ดังนั้นจึงควรจะต้องมีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้บังคับบัญชา หรือหัวหน้างาน และผู้ร่วมงานของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาเลือกงาน หน้าที่ และกำหนดปริมาณงานให้เหมาะสม ในรายที่ทำงานในครอบครัว เช่น ทำสวน ไร่ นา หรืออุตสาหกรรมในครอบครัว ก็จะต้องมีการปรึกษาร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว หรือบางรายอาจจะแนะนำงานศิลปะที่ผู้ป่วยถนัด ซึ่งจะต้องศึกษาถึงแหล่งงาน และศูนย์ฝึกอบรมอาชีพในท้องถิ่นหรือชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่ด้วย

6. การขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยต้องระมัดระวังไม่ให้ท้องผูก และไม่ให้เบ่งถ่ายอุจจาระเพราะจะเป็นอันตรายต่อการทำงานของหัวใจ ผู้ป่วยควรป้องกันท้องผูกโดยรับประทานอาหารที่มีกากและอาหารที่ช่วยให้ขับถ่ายอุจจาระได้สะดวก เช่น ผัก ผลไม้ ดื่มน้ำให้เพียงพอ ดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ ตอนเช้า หลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่จะทำให้ท้องผูก เช่น ชา หรืออาหารที่ทำให้เกิดแก๊สมาก และออกกำลังกายเคลื่อนไหวร่างกายให้พอเหมาะอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ควรฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ถ้าไม่ได้ผลควรปรึกษาแพทย์เพื่อแพทย์จะได้ให้ยาระบายอ่อนๆ ผู้ป่วยไม่ควรซื้อยารับประทานเอง เพราะยานั้นอาจจะมีฤทธิ์รุนแรงเกินไป และมีผลเสียต่อการทำงานของหัวใจ

7. เพศสัมพันธ์ ชี้แจงให้ผู้ป่วยและคู่สมรส (ถ้ามี) ทราบว่ายังคงมีเพศสัมพันธ์ได้ แต่บางรายอาจต้องให้คู่สมรสช่วยเหลือมากขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้หัวใจต้องทำงานหนักเกินไป คู่ของผู้ป่วยมีส่วนอย่างมากในการฟื้นฟูสภาพของหัวใจจากบทบาทเพศสัมพันธ์ที่มีต่อกัน สามีหรือภรรยาสามารถให้ความอบอุ่น สร้างความมั่นใจในการฟื้นคืนความสามารถทางเพศของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าอยู่

จากผลการศึกษาวิจัยพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจเมื่อการร่วมเพศถึงจุดสุดยอด ประมาณ 112 ครั้งต่อนาที และอัตราการเต้นก่อนและหลังจุดสุดยอด 2 นาที เท่ากับ 85 ครั้งต่อนาทีเท่านั้น ซึ่งอัตราการเต้นนี้ยังต่ำกว่าอัตราการเต้นในขณะที่ผู้ป่วยทำงานเสีย

อีก และผลการศึกษาในญี่ปุ่นยังพบว่าอุบัติการณ์ "ตายคาอก" มีเพียง 6 ใน 1000 เท่านั้น ในจำนวนนี้ร้อยละ 77 เกิดขึ้นในระหว่างการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่แต่งงาน (สุทัศน์ บวรสมบัติ และ บรรจบ ขุฑทสวัสดิกุล 2527 อ้างถึงใน นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ 2531 : 30) ดังนั้นการตายจากการร่วมเพศกับคู่ของตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจจึงเกิดขึ้นได้น้อยมาก ผู้ให้คำแนะนำสามารถที่จะให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและคู่สมรสได้เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าของตนเองและสามารถ ดำรงชีวิตอยู่อย่างเป็นสุขต่อไป

ในรายที่เป็นโรค เมื่อคิดจะมีคู่ควรนำผู้ที่จะเป็นคู่มารับคำแนะนำที่คลินิกโรคหัวใจด้วย เพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง บอกให้ผู้ป่วยทราบที่สามารถมีบุตรได้แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยหญิงจะต้องได้รับความเห็นชอบและคำแนะนำจากแพทย์ก่อนที่จะเริ่มตั้งครรภ์ทุกครั้ง เพราะบางรายบางระยะอาจจำเป็นต้องคุมกำเนิดไว้ก่อน

8. สังเกตอาการผิดปกติ ให้ผู้ป่วยรู้จักสังเกตอาการและอาการแสดงที่ควรจะมาพบแพทย์ ทั้งที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และที่เกิดจากภาวะหัวใจวาย และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ผู้ป่วยควรรู้จักอาการเริ่มแรกของภาวะสารถน้ำคั่งในร่างกาย เช่น น้ำหนักตัวเพิ่ม รู้สึกผิวหนังตึง บวมเท้าบวม รองเท้าหรือเสื้อผ้าคับ ไอบ่อยขึ้น อ่อนเพลีย และการทำกิจวัตรประจำวันช้าลง ถ้าผู้ป่วยมีเครื่องชั่งน้ำหนัก และพบว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัมใน 1-2 วัน ควรจะรีบมาพบแพทย์ เพราะผู้ป่วยบางรายอาจจะคิดว่าอาการที่น้ำหนักเพิ่มแสดงว่าสุขภาพดีขึ้นแต่น้ำหนักลดมักจะไม่ดี ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ผิด

9. การมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยต้องมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อผลในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ควบคุมภาวะหัวใจวายเลือดคั่งไม่ให้ลุกลามรุนแรงขึ้น และลดอาการของโรคลงให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ในรายที่สามารถแก้ไขสาเหตุที่เป็นพื้นฐานของภาวะหัวใจวายได้ ก็จะได้รับผลการแก้ไขภายในระยะเวลาที่เหมาะสม การมาตรวจตามนัดจะช่วยให้สามารถติดตามความก้าวหน้าของโรคว่าเปลี่ยนแปลงไปในทางใด มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือไม่ และได้ประเมินปัญหาที่อาจเกิดจากฤทธิ์ของยา หรือจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลอันเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง เป็นผู้ป่วยที่เรื้อรังและจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จึงจำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสมตามที่กล่าวมาแล้ว เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่เป็นสุขได้

เพียงอาการและอาการแสดงของหัวใจวายเลือดคั่งอย่างเดียว ก็ทำให้สามารถมองเห็นสภาพของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งได้เป็นอย่างดีว่า เป็นผู้ที่ต้องทนทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพราะฉะนั้นการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ความทุกข์ทรมานที่มีอยู่เบาบางลงได้

แนวความคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคม

แนวความคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคมมีการศึกษากันมากในต่างประเทศ โดยศึกษาถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อมนุษย์ไว้หลายประเด็น ประเด็นสำคัญในวงการแพทย์ คือ การศึกษาถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพของมนุษย์และการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพอนามัยของมนุษย์ได้ถูกค้นพบเมื่อประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา (Tilden 1985 : 199) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาด้านระดับวิทยาที่พบว่า เครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์กับอัตราการป่วยและอัตราการตายของมนุษย์ (Berkman & Leonard 1979 : 186-204; Blazer 1982 : 648-694; House 1982 : 123-140) นอกจากนี้ยังพบว่า บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี (Caplan 1974 : 7; Cohen & Willis 1985 : 310-357; Gore 1978 : 157-158; Wortman 1984 : 2354) ทั้งนี้เพราะ การดำรงอยู่ของมนุษย์ในสังคมนั้นจำเป็นต้องมีการพึ่งพาระหว่างกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้น (จินตนา ยูนินพันธ์ 2529 : 4)

คำจำกัดความ

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแทนทางจิตสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ และจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่จะให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมที่ใช้เฉพาะงานวิจัยนั้น จึงพบว่า คำจำกัดความบางครั้งมีความแตกต่างกัน บางครั้งมีความคล้ายคลึงกัน (Brown 1986 : 4-9) เช่น

คอบบี้ (Cobb 1976 : 300-301) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้างว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามิบุคคลให้ความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเอง นอกจากนี้ตัวเองยังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn 1979 : 85) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้อาจเกิดเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งอย่าง

บาร์เรรา (Barrera 1981 : 70) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึงความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยให้สิ่งของ แรงงาน การให้คำแนะนำข้อมูล ข่าวสาร การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม

ทอยส์ (Thoits 1982 : 147-148) ให้ความหมายว่า บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

ฮับบาร์ด มูเลนแคมป์ และบราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp and Brawn 1984 : 266) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารในแง่ดี ทำให้มีความรู้สึกผูกพันมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันโดยคำนึงถึงแหล่งที่มาด้วย

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 171) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึงสิ่งที่ผู้รับแรงสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสารวัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็น

บุคคลหรือกลุ่มแล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติตามทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพ
อนามัยที่ดี

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงน่าจะหมายถึง การที่บุคคลในสังคมได้รับความรัก
ความเอาใจใส่และการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือบริการ
ด้านต่าง ๆ จากการที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์กันในสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

ไวส์ (Weiss 1974 : 17-26) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออก

เป็น 5 ลักษณะ คือ

1. ความใกล้ชิด ความใกล้ชิดส่งผลต่ออารมณ์โดยรวม คือทำให้บุคคลรู้สึก
ปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์ เช่นนี้จะพบในคู่สมรส
เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน
2. การมีส่วนร่วมในสังคม การมีส่วนร่วมของบุคคลในสังคมทำให้บุคคลรู้สึกมี
เป้าหมาย ความเป็นเจ้าของและได้รับการยอมรับว่าตนมีคุณค่าต่อกลุ่ม
3. พฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบ เป็นการสนับสนุนที่ผู้ใหญ่นิยมมีความรับผิดชอบต่อ
ความเจริญเติบโตและความสุขสบายของผู้น้อย แล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่
ต้องการของบุคคลอื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะทำให้เกิดความคับข้องใจ
ชีวิตนี้ไม่สมบูรณ์และไร้จุดหมาย
4. การได้รับการยอมรับ เป็นการได้รับการยอมรับในสถาบันครอบครัวหรือ
เพื่อน เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม บทบาทนั้นอาจเป็นบทบาทใน
ครอบครัวหรือในอาชีพ ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกมี
คุณค่าในตนเองลดลง
5. การได้รับความช่วยเหลือ เป็นการได้รับความช่วยเหลือด้านคำแนะนำชี้แนะ
หรือได้รับกำลังใจ เพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

ทิลเดน (Tilden 1985 : 199-206); อิสเรล (Israel 1985 :
65-80) และ บราวน์ (Brown 1986 : 4-9) ซึ่งอ้างอิง เฮาส์ (House 1981)

แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การให้การยกย่อง ความไว้วางใจ ความรัก ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal support) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตัวเองหรือข้อมูลที่นำไปใช้ในการประเมินตนเอง ในการรับรอง ทำให้เกิดความมั่นใจ และนำไปเปรียบเทียบกับผู้อื่นในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และเป็นข้อมูลข่าวสารที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrument support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องวัสดุสิ่งของ เงิน แรงงาน

เขาสีให้ความสำคัญแก่การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยเชื่อว่าเป็นตัวกลางระหว่างความเครียดและสุขภาพ

แคปแลน (Caplan 1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) ซึ่งอาจอยู่ในรูปของการช่วยเหลือด้านร่างกาย (financial or physical assistance) แคปแลนให้ความหมายเพิ่มเติมว่าเป็นพฤติกรรมที่ให้โดยตรงต่อบุคคล ซึ่งได้แก่ การให้วัตถุ การช่วยเหลือด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือด้านการเงิน การรักษาและการนำส่ง (Transportation)

2. การสนับสนุนที่เป็นนามธรรม (Intangible support) ซึ่งอยู่ในรูปของการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรักหรือความอบอุ่นทางอารมณ์ แคปแลนเรียกการให้ความช่วยเหลือในรูปแบบนี้ว่า การให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ (psychological support) ซึ่งได้แก่ การให้ความรู้ การสร้างความรู้สึกในทางบวก เช่น การยกย่อง และการให้กำลังใจ

สมจิต หนูเจริญกุล (1988 : 13) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา และให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความประพฤติและการปฏิบัติของบุคคล (Information support)

2. การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ได้แก่ การให้ความสำคัญ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ซึ่งทำให้เขารู้สึกว่าได้รับความเอาใจใส่หรือความรัก

3. การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม คือ การให้ความช่วยเหลือโดยตรงหรือการให้สิ่งของหรือให้บริการ

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 172) กล่าวว่า หลักการสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม จะต้องประกอบไปด้วยองค์ประกอบต่อไปนี้

1. จะต้องมีการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารจะต้องประกอบด้วย

ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ "ผู้รับ" เชื่อว่ามีคนสนใจ เอาใจใส่มีความรักและความหวังดีในตนเองอย่างจริงจัง

ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ "ผู้รับ" รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ "ผู้รับ" เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้

3. ประโยชน์นำเข้าของการสนับสนุนอาจอยู่ในรูปข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ "ผู้รับ" ได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

การสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกายจิตใจหรือวัตถุสิ่งของก็ตามย่อมส่งผลกระทบให้ผู้ได้รับอย่างแน่นอน เพราะคนเรานั้นยากกับใจไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันโดยสิ้นเชิงได้ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์

การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพของมนุษย์

การศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมนั้น ได้กำเนิดมาจากรูปแบบทางระบาดวิทยา และการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการเกิดโรค แล้วนำมาปรับปรุงใช้ในทางจิตวิทยา ปัญหาที่เกิดขึ้นในการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมนั้นก็คือ การขาดความรู้ความเข้าใจในพื้นฐานที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะสุขภาพอย่างไร ได้มีผู้ทำการศึกษาและอธิบายไว้หลายท่าน โดยพยายามมองให้ลึกซึ้งถึงความหมายและกลไกซึ่งแสดงออกมาเป็นผลบั้นปลาย เช่น

แคปแลนและคณะ (Kaplan, et al. 1977 : 48) ได้สรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบทางสังคมของสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยไว้ 2 ประการ คือ

1. องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความเครียด หรือปัจจัยอันตรายซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดโรครยังคงอยู่
2. องค์ประกอบด้านป้องกัน หรือปัจจัยขัดขวางซึ่งจะป้องกันบุคคลจากผลกระทบที่เกิดจากตัวกระตุ้นที่เป็นอันตราย ช่วยลดโอกาสการเจ็บป่วย

เพนเดอร์ (Pender 1982 : 397-398) ได้สรุปถึงหน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคม ว่ามีหน้าที่ใหญ่ ๆ อยู่ 2 ประการ คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและด้านการป้องกันโรค โดยเขียนสรุปไว้ดังนี้ คือ

1. Social Support ---> Growth-promoting environment --->Health promotion
2. Social Support --->Decreased Stressful Life events--->Health maintenace
3. Social Support --->Feedback or Confirmation of action--->Health maintenance
4. Stressful Life events ---> "Buffer" function of social-support --->illness promotion

โคเฮนและวิลส์ (Cohen and Wills 1985 : 310-357) ได้ทำการศึกษา เพื่ออธิบายกลไกการสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยสรุปผลการศึกษาไว้ 2 ประการ คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคง ซึ่งจะส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรค (Neuroendocrine and Immune System) ทำงานดีขึ้นหรืออาจจะส่งผลให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพดี ซึ่งเป็นการส่งผลโดยตรง นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ ปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้นทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง

2. การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะวิกฤติของชีวิต โดยการสนับสนุนทางสังคมนั้นจะเป็นตัวช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤติ ซึ่งความเครียดจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนเรารู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองต้องคุณค่า ภาวะเช่นนี้จะไปรบกวนสมดุลระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรคและขณะเดียวกันก็จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เสี่ยงและเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพของตนเอง

เบอร์กแมนและไซม์ (Berkman and Syme 1979 : 202) กล่าวว่ากลไกของความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพของมนุษย์นั้น ไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจนแต่ เชื่อว่าคนที่แยกตัวออกจากสังคมนั้นจะทำให้มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยโดย

1. คนที่แยกตัวออกจากสังคมจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยและมีโอกาสที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง

2. การแยกตัวออกจากสังคมมีผลต่อด้านจิตใจ ทำให้เกิดความเศร้าหมอง มีการเปลี่ยนกลไกการต่อสู้ และความสามารถที่จะเผชิญภาวะวิกฤติอาจเป็นหนทางนำไปสู่การฆ่าตัวตายหรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยง

3. การแยกตัวออกจากสังคม เป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายที่ส่งผลให้บุคคลมีโอกาสเป็นโรคได้ง่ายขึ้น

วอร์ทแมน (Wortman 1984 : 2354) ได้สรุปแนวความคิดที่นักวิชาการทั้งหลายได้ให้ไว้จากการศึกษาดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอาจจะส่งเสริมบุคคลในการเผชิญภาวะเครียด โดยการกระตุ้นให้ผู้รับเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
2. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับทำให้บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญภาวะเครียด
3. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้สามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น จากการที่ได้รับข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้การรับรู้ของบุคคลดีขึ้น
4. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้บุคคลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญภาวะเครียดแบบใหม่ ซึ่งบุคคลนั้นไม่เคยรู้จักมาก่อน
5. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

จากการที่นักวิชาการทั้งหลายได้พยายามศึกษาและอธิบายกลไกการทำงาน หรือผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยนั้น พอสรุปได้เป็น 2 ประเด็นใหญ่ ๆ คือ

1. ผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The direct effect on health) เป็นผลที่เกิดขึ้นโดยตรงระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นผลที่เกิดขึ้นโดยไม่ต้องพึ่งพาความเครียด การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลกระทบโดยตรงอย่างอิสระต่อสุขภาพของมนุษย์ โดยการสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้คงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการที่บุคคลมีส่วนร่วมหรือมีความเกี่ยวข้องกับสังคมจะเป็นการกระตุ้นหรือการส่งเสริมภาวะปกติสุขได้ อาจจากการได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องหรือสิ่งที่มีประโยชน์ รวมทั้งการปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคมด้วย (Dimsdale, et al. 1979 : 175-180) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยหลายเรื่องที่ได้กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ เช่น

โฮมส์ (Holmes) ที่กล่าวถึงอุบัติการณ์การเกิดโรคในรัฐซีแอตเติล ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบได้สูงสุดในบุคคลที่ขาดความใกล้ชิดหรือขาดการเกี่ยวข้องกับสังคม

มิลเลอร์และอิงแฮม (Miller and Ingham) พบว่า หญิงที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีการอ่อนเพลีย วิตกกังวล ซึมเศร้าและหงุดหงิดมากกว่าผู้ที่ได้รับการ

สนับสนุนทางสังคม

เบอร์กแมนและไซม์ (Berkman and Syme 1979 : 186-203) ได้ศึกษาติดตามอัตราการตายของประชาชนในเมืองอะลาเมดา (Alameda) เป็นเวลา 9 ปีพบว่า กลุ่มที่ขาดการติดต่อกับสังคมจะมีอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มที่ติดต่อกับสังคม เพราะการติดต่อกับสังคม เช่น คู่สมรสหรือเพื่อนบ้านจะทำให้บุคคลปฏิบัติด้านสุขภาพในทางที่ดี เช่น มีการพักผ่อนที่เพียงพอหรือการงดสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลถึงอัตราการตายด้วย

2. ปรับผลร้ายที่เกิดจากภาวะเครียดหรือการดูดซับผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (Modifying the deleterious effect of stress or the buffering hypothesis) ผลของการสนับสนุนทางสังคมอาจลดความเครียดด้วยตัวมันเอง หรือช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะเครียดได้อย่างเข้มแข็ง ซึ่งจะส่งผลบั่นปลายถึงภาวะสุขภาพ (Pender 1982 : 336)

บทบาทของการสนับสนุนทางสังคมในการดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดนั้น เป็นบทบาทในการป้องกันภาวะสุขภาพไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยผ่านกระบวนการเผชิญภาวะเครียด (Coping process) เนื่องจากความเครียดเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งหมายความว่า เป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต เป็นอันตรายหรือเป็นสิ่งที่ท้าทายทำให้บุคคลต้องปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลโดยการใช้พฤติกรรมหรือกลไกเผชิญภาวะเครียด การใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดถ้าเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสมก็เกิดการปรับตัวที่ปกติ แต่ถ้าการปรับตัวล้มเหลวหรือไม่ถูกต้องก็จะทำให้เกิดความผิดปกติขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นขุมพลังที่มีอยู่ในสังคมจึงทำหน้าที่เสมือนกับเป็นสิ่งที่ช่วยเหลือบุคคลในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์หรือเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์นั้น ๆ หรืออาจเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 อย่าง

และสำหรับกลไกของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อเหตุการณ์เครียดนั้น

ไลเบอร์แมน (Lieberman 1972 : 776-781) ได้สรุปไว้ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการลดอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์เครียด

ในชีวิต

2. ถ้ามีเหตุการณ์เครียดเกิดขึ้นแล้ว การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้การรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์เครียดนั้นเปลี่ยนแปลง ในขณะที่เดียวกันก็สามารถลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียดลงด้วย

3. การสนับสนุนทางสังคมสามารถเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของภาวะเครียดกับระดับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของบุคคล

4. การสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งเสริมการเผชิญภาวะเครียดของบุคคล และในทำนองเดียวกันก็จะสามารถลดความรุนแรงจากผลกระทบของภาวะเครียด หรือสามารถดูดซับผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด

5. การสนับสนุนทางสังคมจะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งถูกทำลายลงจากเหตุการณ์เครียดที่เกิดขึ้น

6. การสนับสนุนทางสังคมอาจจะมีผลโดยตรงต่อการปรับตัวของบุคคล

แนวความคิดเกี่ยวกับคุณแลตนเอง

อุตตว หิ อุตตโน นาโก

เราต้องพึ่งตัวเราเอง

โก หิ นาโก ปโร ลีขา

คนอื่นใครเล่าจะเป็นที่พึ่งได้

อุตตนา หิ สุตุนเตน

บุคคลผู้ฝึกตนดีแล้ว

นาถิ ลกติ ทูลลภิ

ย่อมมาได้ที่พึ่งอันได้แสนยาก

(ขมรมพุทธศาสน์ 7 สถาบัน)

จากพุทธวจนะดังกล่าว เป็นสิ่งที่จริงเสมอและมีความสำคัญสำหรับทุกชีวิตมนุษย์ เพราะการพึ่งตนเองหรือการดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่จะช่วยพัฒนาให้บุคคลบรรลุเป้าหมายของชีวิตและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งในยามที่ปกติและเมื่อเจ็บป่วย



โดยทั่วไปบุคคลแต่ละคนดำเนินชีวิตอยู่เพื่อตนเอง มีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเอง และรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง การดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคล เป็นความสามารถที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ของเขาเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมและการถ่ายทอดความคิดของตน ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ทำให้มนุษย์มีเอกลักษณ์เฉพาะ และแตกต่างจากสิ่งมีชีวิตกลุ่มอื่น

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ (Pender 1982 : 150) การดูแลตนเองจึงต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่อง และเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วน จะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้นเท่านั้น

การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่ง que เริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยเด็กและค่อย ๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ การที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้นั้น ต้องอาศัยปัจจัย 3 ประการซึ่งประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แนวความคิดที่บุคคลมีเกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพของตน และทักษะในการทำกิจกรรมการดูแลตนเอง แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นภายในร่างกาย หรือมีการสูญเสียอวัยวะของร่างกายเกิดขึ้น หรือกรณีที่มีการดูแลตนเองถูกจำกัดจากความรู้ ความชำนาญ และ/หรือขาดแรงจูงใจ กิจกรรมการดูแลตนเองก็จะไม่เกิดขึ้น (Orem 1980 : 136) ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือมีขีดจำกัดต่าง ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ บุคคลเหล่านี้ ได้แก่ เด็ก คนชรา คนเจ็บป่วยและคนพิการ จึงต้องการความช่วยเหลือเรื่องการดูแลตนเองเพียงบางส่วนหรือทั้งหมดแล้วแต่กรณี สำหรับคนเจ็บป่วยนั้นอาจต้องการความช่วยเหลือเรื่องการดูแลตนเองเพียงบางส่วนหรือทั้งหมด ในรูปของการสอนหรือคำแนะนำ ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาวะของสุขภาพ หรือการช่วยให้เขาได้รับผิชอบด้านความสามารถที่ตนเองมีอยู่ (Orem 1980 : 6) การดูแลตนเองจึงมีผลโดยตรงต่อกระบวนการดำรงชีวิตของมนุษย์และคงไว้ซึ่งรูปร่างและหน้าที่ในภาวะปกติ พัฒนาบุคลิกภาพ ศักยภาพของมนุษย์ ป้องกันอันตราย ตลอดจนพยาธิสภาพต่าง ๆ และยังสามารถควบคุมผลอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพต่าง ๆ ได้ (Orem 1980 : 41)

มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ได้นำมาใช้ในการพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์มากกว่า 20 ปีแล้ว โดย โดโรธี อี. โอเรม (Dorothea E. Orem) และได้มีผู้สนใจนำมาใช้อย่างต่อเนื่องในการพยาบาลจนถึงปัจจุบันนี้ ซึ่งถือว่าการนำมโนทัศน์ การดูแลตนเองมาใช้เป็นพื้นฐานสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ใหญ่แต่ละคน (Virginia I. Mullin 1980 : 177-190)

การดูแลตนเองของผู้ใหญ่มีผลอย่างต่อเนื่องต่อสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของเขา ซึ่งจะมีผลต่อสภาพด้านสุขภาพอนามัยของกลุ่มชนหรือชุมชนที่เขาอยู่ด้วย (พวงรัตน์ บุญฐานุรักษ์ 2522 : 8)

มีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนมากสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน ซึ่งต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นประโยชน์และความจำเป็นอย่างมากของการดูแลตนเอง และเป็นส่วนที่สมควรมีในระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งได้รับการยอมรับและนำมาใช้ในการพยาบาลปัจจุบัน (Wilma J. Phipps 1983 : 572)

ชนิดของการดูแลตนเอง

โอเรม ได้แบ่งกิจกรรมการดูแลตนเองเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองเกี่ยวกับพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Orem 1980 : 42-46)

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care)

เป็นการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นในการทำกิจกรรมของการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลตนเองในลักษณะนี้มุ่งที่การทำงานผสมผสานกันในร่างกายมนุษย์ เพื่อการมีสุขภาพดีและความผาสุกในชีวิตในเรื่องเกี่ยวกับอากาศ น้ำ และอาหาร การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน การอยู่ตามลำพังและการมีส่วนร่วมในสังคม การสังสรรค์ร่วมกับผู้อื่น และการปกป้องอันตราย

2. การดูแลตนเองเกี่ยวกับพัฒนาการต่าง ๆ (Developmental self-care)

เป็นกิจกรรมที่แยกจากการดูแลตนเองทั่วไป โดยเน้นที่กระบวนการพัฒนาการของมนุษย์และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาต่างๆของวงจรชีวิตรวมทั้งเหตุการณ์ที่อาจ

มีผลกระทบทำให้พัฒนาการนั้นช้าหรือเสียไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการนั้นแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

2.1 การสร้างและดำรงรักษาสภาพการมีชีวิตร ซึ่งสนับสนุนการดำรงชีวิตรอยู่และส่งเสริมพัฒนาการขั้นต่าง ๆ ทำให้มนุษย์เจริญเติบโตมีภาวะทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ เช่น แบบแผนการตั้งครรถ์และการคลอด การเจริญเติบโตและพัฒนาการต่าง ๆ ในวัยทารก วัยเด็กเล็ก วัยผู้ใหญ่ วัยกลางคน วัยชรา ฯลฯ

2.2 การดูแลเพื่อป้องกันอันตรายต่อพัฒนาการระยะต่าง ๆ ของมนุษย์ รวมทั้งการลดความรุนแรงจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีเงื่อนไขต่อพัฒนาการของมนุษย์ เช่น การไม่ได้รับการศึกษา การมีปัญหามารดาปรับตัวต่อสังคม สุขภาพไม่ดี สูญเสียญาติ เพื่อน สิ่งของหรือทรัพย์สิน สถานะทางสังคม การเปลี่ยนที่อยู่หรือสิ่งแวดล้อมโดยฉับพลัน ความเป็นอยู่ไม่ดี เจ็บหนักหรือป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

3. การดูแลตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self - care)

เป็นการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือในขณะที่ยังไม่เจ็บ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายจากภาวะปกติ อันอาจมีผลกระทบถึงจิตใจ อารมณ์เป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้ การดูแลตนเองในระหว่างมีสุขภาพเบี่ยงเบนไปจะช่วยควบคุมพยาธิสภาพของโรครักษาให้ลุกลามและป้องกันความพิการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น บุคคลจึงต้องปรับตัวการกระทำใหม่ให้สามารถเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงและดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข กิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนสุขภาพนั้นแบ่งออกได้เป็น 6 ประการ คือ

3.1 การแสวงหาความช่วยเหลือ ให้ความมั่นใจและไว้วางใจต่อผู้ช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาล อันหมายถึง แพทย์ พยาบาล ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพนั่นเอง ในทันทีที่มีพยาธิสภาพต่าง ๆ ของร่างกาย ตลอดจนรับทราบเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมต่าง ๆ ผลต่อร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะที่เป็นความต่อเนื่องของพยาธิสภาพดังกล่าวนี้

3.2 ตื่นตัว มีความสนใจที่จะติดตามผลของพยาธิสภาพต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

3.3 เอาใจใส่อย่างจริงจังเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพเพื่อป้องกันความพิการหรือความบกพร่องของหน้าที่ของร่างกาย

3.4 ตื่นตัวหรือตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันความไม่สบายหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้น

3.5 เปลี่ยนแปลงแก้ไขแนวความคิดเกี่ยวกับตนเองในด้านสุขภาพอนามัย และยอมรับแบบแผนการดูแลสุขภาพอนามัยที่เปลี่ยนแปลงไป

3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ในภาวะของโรค ทั้งด้านการวินิจฉัยโรคและการรักษา จัดแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีขึ้น

ระยะของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่กระทำโดยตั้งใจ มีขั้นตอนในการปฏิบัติดังนี้คือ

ระยะที่ 1 มีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การดูแลตนเองต้องการการตัดสินใจที่เหมาะสมในการปฏิบัติภายใต้สถานการณ์ที่เป็นจริง การตัดสินใจจะต้องมีข้อตัดสินใจทั้งสิ่งที่ควรปฏิบัติและขอควรหลีกเลี่ยงและสิ่งที่สำคัญในการตัดสินใจคือการตัดสินใจว่ารู้ดีต่อความเป็นจริง ซึ่งประกอบด้วยภาวะต่อไปนี้

ก. มีความรู้ตัวต่อสภาพภายในและภายนอกร่างกายที่มีผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่อันดี เช่น รู้ถึงสภาพของการหายใจลำบาก หมายถึง รู้ว่าลักษณะอาการหรือความรู้สึกอะไรบ้างที่บอกถึงสิ่งนี้

ข. รู้ถึงลักษณะเฉพาะของสภาพการณ์ต่าง ๆ เช่น รู้ถึงความรุนแรงของการหายใจลำบากที่มีผลต่อร่างกายและการหายใจลำบากที่รุนแรงยิ่งขึ้น

ค. รู้ถึงลักษณะของร่างกายที่มีสุขภาพดีและมีความเป็นอยู่ดี เช่น รู้ถึงสภาพที่แสดงว่าการทำงานของปอดและหัวใจดีขึ้นหรือเลวลงไปอีก

ง. รู้ถึงประโยชน์หรือโทษที่เกิดจากการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างจริงจัง ซึ่งจำเป็นต้องนำไปปรึกษาเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์การพยาบาล

เมื่อบุคคลรู้และเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม จะทำให้เขาสามารถบอกได้
 สิ่งการได้ และรู้กลไกการป้องกันตัว ความต้องการการดูแลตนเองที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ
 คือ การทำงานของร่างกายมนุษย์ในลักษณะผสมผสานอย่างปกติ

ระยะที่ 2 มีการปฏิบัติเพื่อให้ได้รับผลสำเร็จของการดูแลตนเอง (Action
 to accomplish self-care) ระยะนี้จะเริ่มเมื่อได้ข้อตัดสินใจแล้วนั้นคือ มีข้อควรปฏิบัติ
 และไม่ควรมิปฏิบัติเมื่อจบระยะที่ 1 จากข้อที่เลือกมา นำมากำหนดวัตถุประสงค์ของระยะที่
 2 และพิจารณาประเด็นต่าง ๆ เช่น จะนำข้อที่เลือกไปปฏิบัติอย่างไร ต้องทำอะไรบ้าง
 มีทรัพยากรอะไรบ้างที่ต้องการ จะปฏิบัติข้อเหล่านั้นได้ถูกต้องหรือไม่ มีประสิทธิภาพหรือไม่
 ในเวลานั้นและเวลาต่อ ๆ ไป มีสิ่งอื่นมาเกี่ยวพันหรือไม่ จะรู้ได้อย่างไรว่าปฏิบัติไป
 อย่างถูกต้องแล้ว มีกฎเกณฑ์อะไรที่ควรยึดถือบ้าง รู้ได้อย่างไรว่ามีผลอะไรเกิดขึ้น ใครที่
 จะช่วยได้บ้างเมื่อต้องการความช่วยเหลือ จากคำถามเหล่านี้จะมุ่งความสนใจไปสู่กิจกรรม
 ที่ปฏิบัติ กิจกรรมนั้นอาจจะหยุดไปเมื่อรู้ว่าการดูแลตนเองประสบผลสำเร็จแล้ว หรืออาจ
 ต้องเปลี่ยนแปลงวิธีถ้าได้ผลไม่เป็นที่พอใจ

ลักษณะของกิจกรรมการดูแลตนเองจะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ (Orem
 1980 : 41)

1. เป็นกิจกรรมที่ทำให้การดำรงชีวิตเป็นไปตามปกติ
2. เป็นกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายของมนุษย์อยู่ในสภาพปกติและอยู่ในเกณฑ์ปกติ
 ทั้งในด้านโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ
3. เป็นกิจกรรมที่เอื้ออำนวยให้พัฒนาการในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และ
 สังคมของบุคคลนั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เต็มกำลังความสามารถ
4. เป็นกิจกรรมที่ป้องกันอันตรายและการเกิดพยาธิสภาพต่อร่างกายจิตใจของ
 บุคคล
5. เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการควบคุม จำกัดข้อบกพร่องหรือผลอันเกิด
 จากการมีพยาธิสภาพของร่างกาย
6. เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการหายหรือกำจัดโรคและพยาธิสภาพต่าง ๆ
 ของร่างกาย

สรุปลักษณะสำคัญของการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Joseph 1980 : 132)

1. เป็นการกระทำที่เกิดจากความสมัครใจและบุคคลนั้นมีความสามารถในการกระทำ
 2. เป็นสิ่งที่เกิดจากความคิดหรือการกระทำโดยเจตนา และมีการตัดสินใจโดยที่แต่ละคนจะมีหลักการแนะนำ ชี้แจง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนให้ดียิ่งขึ้น
 3. เป็นความต้องการของทุกคน ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เมื่อการดูแลตนเองไม่สามารถคงอยู่ได้ จะก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมของสุขภาพ
 4. วัยผู้ใหญ่มีสิทธิ์และความรับผิดชอบต่องานมากกว่าวัยอื่น เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพความเป็นอยู่ที่ดีและอาจมีความรับผิดชอบบุคคลภายในบ้าน ได้แก่ เด็ก คนชรา เป็นต้น
 5. เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานระหว่างประสบการณ์ การปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การติดต่อสื่อสาร และวัฒนธรรมในสังคม
 6. เป็นการช่วยส่งเสริมคุณค่าแห่งชีวิต (Self-esteem) ภาพลักษณ์แห่งตน (Body image) ซึ่งมีผลโดยตรงต่ออัตมโนทัศน์ (Self-concept)
- มีบางคนที่กล่าวไว้ว่าถ้าจะนำเงินจำนวนมากมาใช้ในการให้บริการด้านสุขภาพ จะไม่สามารถพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้เป็นที่พอใจได้เลย แทนที่จะทำเช่นนั้น จึงควรปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งนับว่าเป็นหัวใจสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและลดอัตราการเกิดโรค

ความสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งสามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและยืนยาวได้นั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว ที่สำคัญขึ้นอยู่กับ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรักษาอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพจิต เพราะเรื่องต่าง ๆ เหล่านี้ถือว่าเป็นหัวใจที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติให้ถูกต้องและสม่ำเสมอ มิเช่นนั้นอาการและความรุนแรงของโรคจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยจะยิ่งทุกข์ทรมาน ท้อแท้ เบื่อหน่าย หมกมุ่นกังวล ประกอบกับ

การดูแลในเรื่องต่าง ๆ ดังกล่าว บุคคลอื่นก็ไม่สามารถที่จะทำแทนได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องมีการดูแลตนเอง เพื่อจะช่วยให้เขาสามารถช่วยตัวเอง เพื่อสนองความต้องการได้ตลอดไป ซึ่งตรงกับมโนทัศน์ของการดูแลตนเองและจากความหมายของการดูแลตนเองที่ว่า หมายถึงกิจกรรมต่าง ๆ หรือสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตนสามารถตัดสินใจได้ว่า ควรเลือกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างไร ทั้งในขณะที่พักพิงและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

โมยนิแฮม (Mary Moynihan 1984 : 441) กล่าวว่า มโนทัศน์เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจในผู้ป่วยโรคหัวใจนั้นอยู่บนพื้นฐานของการมีความรู้ มีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ถูกต้องที่ดี สามารถกลับไปอยู่ในสภาพเดิมที่พึ่งตนเองได้และดำรงชีวิตอย่างปกติสุข

พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมีหน้าที่ที่จะอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอย่างถ่องแท้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและให้ความร่วมมือโดยการปฏิบัติตนเพื่อทำให้ชีวิตของผู้ป่วยยืนยาวต่อไป เท่าที่ความสามารถของหัวใจจะทำงานได้และเป็นการป้องกันโรคและอาการแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ (เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย 2520 : 265)

จากแนวคิดที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่า ทุกแนวคิดต่างมุ่งที่จะให้เกิดผลดีต่อร่างกาย จิตใจ คือ ส่งเสริมให้มีความแข็งแรง มีจิตใจที่เป็นสุข นั่นก็คือ ช่วยส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั่นเอง

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คำว่า คุณภาพชีวิต ปรากฏขึ้นครั้งแรกโดยรัฐบาลสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1960 (Burckhardt 1982 : 2) เนื่องจากเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิต และเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา อีกทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากรของประเทศต่าง ๆ ในปัจจุบัน โดยเชื่อในแนวคิดที่ว่าถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ก็จะทำให้ดีและรวดเร็วขึ้น การที่คนจะมีคุณภาพชีวิตดีได้ต้องรู้จักคิด รู้จักทำ รู้จักตัดสินใจ คำว่าคุณภาพชีวิตจึงเกิดขึ้นพร้อมกับคำว่า ประชากรศึกษา โดยถูกกำหนดขึ้นจาก

ปัญหาความเป็นอยู่ที่สมดุลของมนุษย์ (ศุภชัย ศุภวรรณ 2529 : 85) และกำลังได้รับความสนใจเป็นอย่างมากจากทั้งภาครัฐ เอกชน สังคม ตลอดจนถึงการบริการทางสุขภาพ นักวิชาการในหลาย ๆ ประเทศได้พยายามวางแผนความคิดและทฤษฎีต่าง ๆ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ตลอดจนพยายามหาระดับความมีคุณภาพชีวิตของบุคคลว่าอยู่ในระดับใด ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันมากในระดับฐานความคิดของแต่ละวิชาชีพ และพื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาเป็นที่ประจักษ์ว่าคุณภาพชีวิตมิได้มุ่งหรือให้ความสนใจเพียงการบรรลุความต้องการในปริมาณหรือความสมบูรณ์ของวัตถุสิ่งของหรือเศรษฐกิจการเงินเท่านั้น แต่เป้าหมายที่เปลี่ยนแปลงไปคือมุ่งให้ความสนใจและยึดถือความต้องการด้านจิตสังคมของบุคคลมากขึ้น ซึ่งเป็นแนวความคิดใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คำว่า คุณภาพชีวิต เป็นคำที่ใช้ในเชิงเปรียบเทียบซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สถานที่และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา ประเพณีวัฒนธรรมฯ แตกต่างกัน จึงเป็นการยากที่จะให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นนามธรรมได้อย่างชัดเจนแน่นอน อย่างไรก็ตามได้มีผู้พยายามที่จะอธิบายความหมายของคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างกันตามทฤษฎีของแต่ละบุคคล ดังนี้

ดิน (Dean 1985 : 98) ได้รายงานว่ คำที่มีความหมายเดียวกับคุณภาพชีวิต มีหลายคำ ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่า ชีวิตที่มีความหมายและภาวะหน้าที่ของบุคคล

แคมป์เบล (Campbell 1976 cited in Graham & Longman 1987 : 339) ได้กล่าวสรุปว่า แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นมิติที่มีหลายรูปแบบ เน้นเป็นพิเศษที่ความสุข และความพึงพอใจในชีวิตที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ กับสถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็นหรือที่คาดหวัง ผลที่ได้จะเป็นความพึงพอใจหรือไม่ พึงพอใจ ความสุขหรือไม่มีความสุข ซึ่งเป็นการตัดสินของแต่ละบุคคล

ดาวน์และเบงท์สัน (Dowd & Bengtson 1987 cited in Haug & Folmar 1986 : 332) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงความผาสุกทั่วไป ตัวบ่งชี้ คุณภาพชีวิตที่ดีคือ สุขภาพ รายได้เพียงพอ การไม่มีภาวะกดดันทางจิตใจ ตลอดจนการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัวและเพื่อน

ดูบอส (Dubos 1976) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตคือความอึดเอมในงานชีวิต ซึ่งแสดงถึงความสุข การกำหนดหรือตัดสินความสุขของกลุ่มสังคมหนึ่งจะแตกต่างกับอีกกลุ่มสังคมหนึ่ง และแตกต่างกันในแต่ละบุคคลด้วย

แพทเทอร์สัน (Patterson 1975 cited in Holmes & Dickenson 1987 : 16) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรม และมีความหมายซับซ้อน เป็นการแสดงถึงการตอบสนองของบุคคลต่อร่างกาย จิตใจ และปัจจัยในสังคม ซึ่งจะช่วยให้ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

ดาลเคย์และโรคีย์ (Dalkey & Rourke 1973) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงความรู้สึกเป็นสุขของบุคคล ความพึงพอใจ-ไม่พึงพอใจกับชีวิต หรือการมีความสุข-ไม่มีความสุขกับชีวิต ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตนี้เปรียบเสมือนบารอมิเตอร์ของการวัดคุณภาพชีวิตของบุคคลด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแจ๊คเคิล (Jackle 1974 : 362) ที่ว่าองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตคือความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต เป็นความยินดีต่อชีวิตของแต่ละคน เป็นความพอใจที่บุคคลได้รับการมีกิจวัตรประจำวัน อันเป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลรับรู้เกี่ยวกับชีวิตของตนเองว่ามีความหมายและสามารถดำรงไว้ซึ่งพัฒนาการในด้านต่าง ๆ

สำหรับมาสโลว์ (Maslow 1970 : 24-25) ได้อธิบายถึงแนวความคิดเกี่ยวกับความต้องการและความพึงพอใจของมนุษย์ตามทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation theory) ว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอ และเป็นการยากมากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุด ยกเว้นในช่วงเวลาสั้น ๆ ทั้งนี้เพราะในธรรมชาติของมนุษย์นั้นเมื่อความปรารถนาอย่างหนึ่งได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว ก็จะมี ความปรารถนาอย่างอื่นเข้าแทนที่ เป็นเช่นนี้เรื่อยไป และลักษณะเฉพาะของชีวิตมนุษย์ก็คือ การทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ปรารถนา นั่นคือ เมื่อใดเกิดความปรารถนาเกิดขึ้น ก็จะมีแรงขับและ

การกระทำก็จะถูกปลูกฝังแล้วก็จะเกิดความพอใจขึ้น จากการที่ได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามความปรารถนา ซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำใด ๆ ของบุคคลที่จะปรากฏขึ้นอยู่กับความต้องการหรือความปรารถนาขั้นพื้นฐานของบุคคลและเพิ่มความต้องการจากระดับต่ำสู่ระดับสูงขึ้นไปตามลำดับดังนี้ คือ

1. ความต้องการด้านร่างกาย
2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย
3. ความต้องการความรักและความรู้สึกเป็นเจ้าของ
4. ความต้องการความรู้สึกมีคุณค่าและได้รับการยอมรับนับถือ
5. ความต้องการความสำเร็จและรู้สึกสมบูรณ์ในชีวิต

ซึ่งความต้องการทางด้านร่างกายเป็นความต้องการพื้นฐานที่ช่วยให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่น ความต้องการพักผ่อน ความต้องการอาหาร น้ำ และอากาศ ฯลฯ เป็นต้น ส่วนความต้องการความปลอดภัยนั้นเป็นการช่วยปกป้องให้ชีวิตรอดพ้นอันตรายทั้งปวง และเป็นอิสระจากความกลัว ความวิตกกังวลและความยุ่งยากสับสน ความต้องการสองขั้นนี้เป็นความต้องการในระดับพื้นฐานของการมีชีวิต ส่วนความต้องการในระดับสูงขึ้นมาเป็นความต้องการทางด้านจิตใจ บุคคลมีความต้องการที่จะได้รับความรักและความเป็นเจ้าของ ต้องการสร้างสัมพันธภาพและเป็นที่ยอมรับจากผู้อื่น ต้องการเพื่อน ต้องการคนรัก ซึ่งมาสโลว์เห็นว่า ความต้องการความรักนั้น ต้องมีทั้งลักษณะของการให้ความรักแก่ผู้อื่นและการรู้จักรับความรักจากผู้อื่นด้วย การได้รับความรักและการยอมรับจากผู้อื่นจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า นอกจากนั้น บุคคลยังต้องการมีความนับถือตนเอง มีความเชื่อมั่นตนเอง ต้องการเป็นผู้มีความสามารถมีความแข็งแกร่ง ไม่ต้องการพึ่งพาผู้อื่น ต้องการความสนใจและยกย่องชมเชยและในลำดับสุดท้าย มนุษย์ทุกคนต้องการที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต

ความต้องการทั้งหลายเหล่านี้ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสวงหาการตอบสนองจนพอใจ ดังนั้น ในการประเมินความพึงพอใจของบุคคลจึงสามารถประเมินได้จากสถานะการณ์ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่ามีผลตอบสนองต่อความต้องการในระดับต่าง ๆ อย่างไร ซึ่งหากความต้องการได้รับการตอบสนองมาก บุคคลย่อมมีความรู้สึกพึงพอใจมาก หรือมี

คุณภาพชีวิตที่ดี หากความต้องการได้รับการตอบสนองน้อย บุคคลย่อมมีความพึงพอใจน้อย หรือไม่พึงพอใจในชีวิต อันหมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีนั่นเอง

อุทุมพร จามรมาน (2530 : 1) กล่าวถึง คุณภาพชีวิตว่าบางคนหมายถึง สภาพทางจิตใจที่รู้สึกมีความสุข บางคนมองถึงการบริการของรัฐที่ก่อให้เกิดความสะดวกสบาย บางคนมองครอบคลุมถึงสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมที่กลมกลืนกันและบางคนมองเฉพาะสังคมที่มีระเบียบและมีความปลอดภัย

ดิเรก ฤกษ์ห่วย (2527 : 100) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตนั้นเป็น ความคิดรวบยอดที่เกี่ยวข้องกับปริมาณและคุณภาพของความต้องการพื้นฐานทั้งทางร่างกาย และสังคม วัฒนธรรม ซึ่งเกี่ยวข้องทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม จิตวิทยา และสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต ทั้งที่เป็นนามธรรมและที่มนุษย์สร้างขึ้นมา คุณภาพชีวิตของประชากรในส่วนรวมอาจจะไม่สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มย่อยในสังคมก็ได้

สรัญญา เอียรโภาส (2526 : 57) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหรือชีวิตที่มีคุณภาพนั้น โดยทั่วไปหมายถึง การกินดีอยู่ดี มีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ หรือการมีสติปัญญาเฉลียวฉลาด สามารถทำงานประกอบอาชีพที่ประสบความสำเร็จหรือการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่าเป็นประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวม

ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์ (2521 : 138) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ชีวิตที่มีคุณภาพและชีวิตที่มีคุณภาพหมายถึงชีวิตที่ไม่เป็นภาระ และไม่ก่อให้เกิดปัญหาต่อสังคม เป็นชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ มีความสามารถและเพียงพอที่จะดำรงสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และค่านิยมของสังคม กับสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าหรือปัญหาที่สลับซับซ้อนได้ สามารถคาดคะเนเหตุการณ์ภายหน้าได้อย่างถูกต้องและสามารถดำเนินวิธีการที่ชอบธรรม เพื่อให้ได้มาซึ่งที่ตนประสงค์ภายใต้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่

นิโคลัส เบนเนท (2519 : 688-9) ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตของคนจะแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม การที่คนมีฐานะดี มีรายได้แน่นอน มีบ้านอยู่เป็นของตนเอง ต้องการอะไรก็ได้ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าคนยากจนกว่า มีรายได้ไม่แน่นอนหรือไม่นั้น ไม่อาจจะตัดสินได้ คนที่มีรายได้สูงไม่จำเป็นต้องมี

คุณภาพชีวิตดีกว่าคนที่มีรายได้ต่ำกว่า คุณภาพชีวิตจึงสัมพันธ์อยู่กับปัจจัยความต้องการ 2 ระดับ คือ

1. ปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการขั้นต่ำสุดของบุคคล ทุกคนที่พึงต้องการมี ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้าสำหรับสวมใส่ สุขภาพที่แข็งแรงไม่เจ็บป่วย และการมีเศรษฐกิจดี สังคมดี

2. ปัจจัยความต้องการที่สนองความพอใจของแต่ละบุคคล อันได้แก่

2.1 ค่านิยมที่กลมกลืนกับสังคม วัฒนธรรม

2.2 ความสมดุลระหว่างความต้องการและความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึงความต้องการนั้น

2.3 จุดมุ่งหมายของชีวิต

2.4 ชีวิตที่กลมกลืนกับครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม

ยુพา อุดมศักดิ์ (2516 : 82) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง คุณภาพในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมือง และศาสนา ซึ่งเป็นค่าเทียบเคียงไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวแน่นอน ทุกคนหรือทุกประเทศจะกำหนดมาตรฐานในเรื่องดังกล่าวแตกต่างกันตามความต้องการ ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและสภาวะต่าง ๆ ด้วย

โดยสรุปแล้ว คำว่าคุณภาพชีวิต เป็นคำที่มีความหมายกว้างมากสามารถครอบคลุมเรื่องต่าง ๆ ทั้งในทางรูปธรรม นามธรรม คุณภาพชีวิตที่ดีนั้น อาจเกิดขึ้นและ/หรือเป็นของใครก็ได้ ไม่เลือกฐานะ เพศ วัย ศาสนา แต่นักวิชาการส่วนใหญ่ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คือความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well-being) ซึ่งจะครอบคลุมความเป็นอยู่ที่ดีของประชากรทุกด้าน ซึ่งมีคำที่มีความหมายเหมือนกันคือ ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคล

คุณภาพชีวิตกับการให้บริการทางสุขภาพ

แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็น เรื่องที่สำคัญอย่างเห็นได้ชัดในระบบการบริการทางสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของ

คน เพราะไม่ว่าใครก็ตามที่เกิดมาต่างมุ่งหวังที่จะให้ชีวิตของตนมีคุณค่ามากที่สุดไม่ว่าในแง่ที่ตนปรารถนาทั้งสิ้น แม้กระทั่งผู้เจ็บป่วยที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความเครียดอันเนื่องมาจากโรคภัยไข้เจ็บ ผู้ป่วยจะพยายามปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเท่าที่จะสามารถทำได้ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ เช่น การพยายามป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรักษาความคงที่ของสิ่งแวดล้อม สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพก็เริ่มตระหนักและให้ความสนใจเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความเชื่อที่ว่า คุณค่าของการพยาบาลผู้ป่วยมิใช่ตัดสินเฉพาะการรอดชีวิตหรือการที่สามารถมีชีวิตยืนยาวต่อไปของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับคุณภาพของชีวิตที่เหลืออยู่รอดนั้นด้วย นอกจากนี้ยังได้มีการพิจารณาและกำหนดเอาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล ซึ่งทำให้บทบาทของการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยขยายวงกว้างออกไปอีกมากมาย นั่นก็คือ การประสบผลสำเร็จในการดูแลคนแบบองค์รวม (Holistic care) โดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของดูบอส (Dubos 1976 : 8) ที่ว่าในทางทฤษฎี บทบาทของทีมสุขภาพมิใช่เพียงป้องกันหรือแก้ไขความผิดปกติของร่างกายและจิตใจ แต่ในทางปฏิบัติบทบาทนี้ได้ขยายไปในหลายแง่มุมของชีวิต โดยความจริงแล้ววิชาชีพทางการแพทย์การพยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละบุคคลและชุมชนทั้งหมดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ซึ่งไม่เพียงกระทำผ่านทาง การรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังผ่านทางการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น นอกจากนั้นโฮลส์ (Holmes 1985 : 43) ยังกล่าวว่า การให้ความสนใจในคุณภาพชีวิตและการคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในบทบาทของพยาบาล พยาบาลมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับชีวิตประจำวันที่ทำทนายการให้การพยาบาลเกี่ยวข้องกับการดูแลทางด้านร่างกาย และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง คุณภาพของการดูแลจึงต้องกระทำอย่างต่อเนื่องนั่นคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายที่แท้จริงของการให้บริการทางสุขภาพในปัจจุบัน

การประเมินคุณภาพชีวิต

สตรอมเบอร์ก (Stromberg 1984 : 88-91) ได้ให้ทัศนะของการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือ บุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน
2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับค่านิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน
3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scales yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง โดยผู้ป่วยจะได้รับคำถามถึงความพึงพอใจเกี่ยวกับการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

แคนทริล (Cantril 1965 cited in McKeehan; Cowling & Wykle 1986 : 286) ได้กล่าวว่า นักวิจัยทั้งหลายจะไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตจากโลกแห่งความเป็นจริงของบุคคลได้ ถ้าบุคคลนั้นถูกบังคับให้เลือกระหว่างหัวข้อปัญหา สัญลักษณ์ และสถานการณ์ต่าง ๆ ว่าเป็นของตนเอง เนื่องจากชีวิตของบุคคลเป็นองค์รวมไม่สามารถประเมินโดยแยกขอบเขตหรือหัวข้อที่ตั้งขึ้นได้ การรับรู้ชีวิตของบุคคลเป็นการมองภาพรวมทั้งหมดในโลกแห่งความเป็นจริงของคน โดยแสดงออกตามการรับรู้ เป้าหมาย และการให้คุณค่าของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ด้วยตนเองต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิต

ฮาอิส และนิบเพนเบอร์ก (Haes & Knippenberg 1986 : 813) ได้กล่าวว่า สนับสนุนว่า ควรสำนึกว่าคุณภาพชีวิตเป็นส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับความอดทนของบุคคล การเห็นว่าสิ่งไหนเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกของตน ความคาดหวังและความรู้สึกพึงพอใจกับสิ่งที่ผ่านไปในไม่เหมือนกัน ฉะนั้นคุณภาพชีวิตจึงมีสภาพเป็นแนวคิดที่เคลื่อนไหว ไม่

อยู่หนึ่งกับที่ เปลี่ยนแปลงไปตามการให้คุณค่าและกาลเวลา ดังนั้น การเลือกเครื่องมือที่มีความเฉพาะอาจไม่เหมาะสมในทุก ๆ สถานการณ์ และสิ่งที่จะช่วยให้การประเมินผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิต ก็คือ การมองมิติของคุณภาพชีวิตให้กว้างขึ้น

นอกจากนั้น ฟลานาแกน (Flanagan 1978 : 138-147) ซึ่งทำการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนอเมริกัน กล่าวว่า มิติหนึ่งของคุณภาพชีวิตนั้นก็คือความพึงพอใจในเรื่องต่าง ๆ อันเป็นความต้องการของบุคคล (Domain life satisfaction) ซึ่งเป็นทักษะที่สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation theory) ของมาสโลว์ (Maslow 1970 : 24-25) และเมื่อเบรคฮาร์ดท์ (Burckhardt 1985 : 11-16) นำมาใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ พบว่า แบบวัดชุดนี้มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกรู้สึกพอใจในชีวิตโดยรวม (Overall life-satisfaction) ซึ่งผู้ป่วยประเมินด้วยตนเองในระดับสูง เครื่องมือวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ของฟลานาแกน (Flanagan) นี้ประกอบด้วย

1. ความสุขสบายด้านร่างกายและองค์ประกอบในการดำเนินชีวิต
 - 1.1 องค์ประกอบในการดำเนินชีวิตประกอบด้วย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยในทรัพย์สิน
 - 1.2 สุขภาพและความปลอดภัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การมีความสุขปลอดภัยจากความเจ็บปวดด้านร่างกายและจิตใจ
2. ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
 - 2.1 สัมพันธภาพกับคู่สมรสหรือคู่รัก ได้แก่ ความเข้าใจซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือสนับสนุน มีสัมพันธภาพในความรักที่ดี มีความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์
 - 2.2 การเลี้ยงดูบุตรหลาน ได้แก่ การช่วยเหลือ สั่งสอนและดูแลบุตรหลาน
 - 2.3 สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว มีการติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีความเข้าใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
 - 2.4 สัมพันธภาพกับเพื่อนสนิท มีการช่วยเหลือสนับสนุน สนใจ มีความรักและให้คำแนะนำปรึกษาซึ่งกันและกัน

3. ด้านกิจกรรมในสังคม

3.1 มีกิจกรรมในการให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ การร่วมเป็นสมาชิกขององค์กร กลุ่มอาสาสมัคร และการทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม

3.2 มีกิจกรรมในท้องถิ่นและหน่วยงานของรัฐ

4. ด้านการพัฒนาตนเองและมีความรู้สึกรักถิ่นเกิด

4.1 การพัฒนาสติปัญญา มีการเรียนรู้ มีความสามารถในการแก้ปัญหา และความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ของชีวิต รู้จุดเด่นจุดด้อยของตนเอง

4.2 ความเข้าใจส่วนบุคคลและการวางแผนของตนเอง ได้แก่ การมีเป้าหมายในชีวิต มีหลักเกณฑ์ในการดำเนินชีวิต การตัดสินใจ และวางแผนในกิจกรรมและบทบาทของตนเอง

4.3 การประกอบอาชีพการงาน มีความสนใจในงาน ได้รับการยอมรับ ประสิทธิภาพสำเร็จในการทำงาน ได้รับการตอบแทนที่ดี

4.4 มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และมีความตื่นตัวอยู่เสมอ โดยการแสดงออกถึงความคิดริเริ่มใหม่ ๆ

5. การพักผ่อนหย่อนใจ

5.1 การพบปะสังสรรค์กับบุคคลใหม่ ๆ ทั้งในและนอกบ้าน การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม

5.2 การได้รับสิ่งบันเทิง เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ

5.3 การหาสิ่งผ่อนคลายโดยตนเองเป็นผู้ปฏิบัติ เช่น การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และการท่องเที่ยว

นอกจากนี้ได้มีการประเมินคุณภาพชีวิตโดยพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิต ซึ่งแบ่งเป็น

1. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียว ซึ่งนิยามกันมากในการศึกษาเดิม บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตนโดยใช้คำถามเดียว

สรุปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด ซึ่งถือว่าเป็นการประเมินที่เที่ยงตรงและเชื่อถือได้ (Andrew & Mckennell 1980 ; Cantril 1985) วิถีชัย (Withey 1985 cite in Somchit Hanucharurnkul 1988 : 35) กล่าวว่าบุคคลสามารถสรุปคุณภาพชีวิตทั้งหมดโดยยึดการมองความปกติสุขของเขา ซึ่งเป็นการสะท้อนทางจิตวิสัยของความจริงที่เขาเป็นหรือประสบอยู่

2. การประเมินโดยมีทฤษฎีที่ว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ การศึกษาวิจัยตามแนวการประเมินนี้เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ.1957 โดยได้มีการศึกษาเพื่ออธิบายถึงความรับรู้ความสุข ความพึงพอใจ และความปกติสุขทางด้านจิตใจ คือ มุ่งที่ทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนชาวอเมริกัน พบว่า การจัดอันดับความสุข (Happiness rating) ของตนเองเป็นการวัดทางจิตวิสัยของการปรับตัวที่เชื่อถือได้ และในปี ค.ศ. 1965 นักวิจัยได้มุ่งให้ความสนใจในการตอบสนองของการรับรู้เกี่ยวกับความสุขของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าการจัดอันดับหรือการให้คะแนนโดยผู้อื่นที่มีความชำนาญ (Burckhardt 1982; Holmes 1985.)

แนวโน้มของการประเมินในผู้ป่วย พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant 1985) ให้ความเห็นว่า การประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้โครงสร้างหลายมิติอาจจะเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เนื่องจากช่วยทำให้เห็นภาพที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมด นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาถึงผลของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้ สามารถแสดงให้เห็นว่าทำไมผู้ป่วยจึงพอใจ และไม่พึงพอใจกับอะไร เช่น พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งถูกกระทำจากองค์ประกอบต่าง ๆ มากมาย ได้แก่ สถานภาพส่วนบุคคล ตำแหน่งและระยะของมะเร็ง แบบแผนของการรักษา ภาวะเศรษฐกิจ สังคม และการสนับสนุนทางสังคม (Somchit Hanucharurnkul 1988 : 39) ส่วนการที่ผู้วิจัยจะเลือกใช้โครงสร้างใดมาเป็นองค์ประกอบขึ้นกับทฤษฎีและวัตถุประสงค์ของการศึกษา ถ้าศึกษาในผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่องค์ประกอบที่เป็นผลจากโรคและการรักษา และคุณภาพชีวิตสามารถพิจารณาได้จากความรู้สึกพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจกับเรื่องต่าง ๆ ของชีวิต แต่ยังไม่มีการตกลงที่แน่นอนเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ที่แท้จริงของชีวิตที่ควรจะร่วมอยู่ในการประเมินคุณภาพชีวิต

(Ferrans & Powers 1985 : 16)

สปิธเซอร์และคณะ (Spitzer, et al. 1981 : 34) ได้กล่าวสรุปว่า เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ควรประกอบด้วยลักษณะ 10 ประการดังนี้

1. ข้อความสั้น เข้าใจง่าย และนำไปใช้ได้สะดวก
2. กว้างขวาง ครอบคลุมองค์ประกอบของชีวิตแต่ละด้าน
3. เนื้อหาสอดคล้องกับกลุ่มชนนั้น
4. เน้นปริมาณ
5. สามารถใช้ได้หลายสถานการณ์ด้วยข้อจำกัดที่น้อยที่สุด เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านอายุ เพศ อาชีพ และชนิดของโรคเรื้อรัง
6. ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้
7. เป็นที่ยอมรับในการวัด โดยเฉพาะผู้ชำนาญทางคลินิก
8. มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ถูกวัด
9. แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างเด่นชัด ในกลุ่มผู้ถูกวัดที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน
10. มีเหตุผลดี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดำเนินชีวิตของมนุษย์ เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยก็ตาม ซึ่งระดับของคุณภาพชีวิตของแต่ละคนนั้นอาจมากน้อยต่างกัน ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยพื้นฐานที่ได้รับเลือกในการหาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง

เพศ

เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทางด้านจิตใจ เพราะ

ความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับ รวมทั้งทัศนคติต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกัน (Andreason & Noris 1972 : 352-362) โอเรม (Orem 1985 : 220) ได้กล่าวถึงเพศ ว่าเป็นปัจจัยที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพ พลังอำนาจ และความสามารถตามธรรมชาติของบุคคลตามปัจจัยทางกรรมพันธุ์ จากการศึกษาของทัศนีย์ จินางกูร (2530 : 84) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องถาวร พบว่า เพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศชายทุกด้าน ทั้งนี้เนื่องจากเพศถูกกำหนดโดยสังคม ใ้ผู้ชายเป็นผู้นำของครอบครัวและสังคมทั่ว ๆ ไป เมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทที่รับผิดชอบ ความสามารถที่ลดลงทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า เกิดความรู้สึกไม่พอใจในตนเองและไม่พอใจในสิ่งที่สูญเสียไป ส่วนในเพศหญิง การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน แต่น้อยกว่าชาย เนื่องจากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบด้านต่าง ๆ และความคาดหวังจากสังคมมีน้อยกว่า แต่การศึกษานี้ของคัทเลอร์ (Cutler 1979 : 98) ได้กล่าวว่า เมื่อมีการเจ็บป่วย ทุก ๆ คน ต้องมีการปรับตัวเพื่อที่จะคงไว้ซึ่งความสมดุลของตนเอง เช่น เพศชายที่ไม่สามารถทำงานได้อาจหาหนทางที่จะทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกที่ดีและดำรงคุณค่าในครอบครัว หรือผู้ป่วยเพศหญิงที่ไม่สามารถทำงานบ้านได้ จะค้นหาวิธีอื่นที่จะแสดงถึงความสามารถในการดูแลบ้าน และดำรงคุณค่าต่อสามีและลูก ๆ ไว้ ฉะนั้นผู้ป่วยเพศหญิงและชายจึงมีโอกาที่จะดำรงบทบาทตามเพศที่ตนเองและสังคมกำหนดไว้ได้เท่าเทียมกัน ดังเช่น มาร์ไคส์และมาร์ติน (Markides & Martin 1979 : 86-92) ได้กล่าวว่า ความพึงพอใจในการทำกิจวัตรประจำวัน ความตั้งใจและอดทนในการดำเนินชีวิต ความสำเร็จตามเป้าหมายของตนเอง และการมีอารมณ์แจ่มใสเบิกบาน จะเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ในระดับสูงสุด ทั้งกลุ่มผู้ป่วยเพศชายและหญิง ฉะนั้น จึงกล่าวได้ว่าเพศชายและหญิงไม่มีความแตกต่างกันในการรับรู้คุณภาพชีวิต

อายุ

ทัศนีย์ จินางกูร (2530 : 84) ได้ศึกษาในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิต

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปีมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 30-50 ปี และอายุมากกว่า 50 ปี โดยให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 30 ปี เป็นวัยที่เริ่มมีกิจกรรมมากมายและเป็นวัยเริ่มสร้างหลักฐาน การเจ็บป่วยและการรักษามีผลกระทบต่อการสร้างหลักฐานชีวิตเป็นอย่างมาก ส่วนผู้ป่วยวัยกลางคนส่วนใหญ่ทำงานเป็นหลักฐานโดยรับราชการ ซึ่งมักได้รับความช่วยเหลือให้ทำงานโดยอาจเปลี่ยนแปลงหน้าที่ และในกลุ่มที่ลาออกจากงานโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี หรือผู้ที่เกษียณอายุ ถึงแม้จะมีสุขภาพเลวลง และต้องการพักผ่อน แต่ผู้ป่วยก็มีความมั่นคงและมีหลักฐานชีวิตที่ดีกว่า

โรเซน และ ไบริง (Rosen & Biring 1966 cited in Lambert, et al. 1979 : 175) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอายุระหว่าง 50-60 ปีแสดงอาการเป็นทุกข์ได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ขณะที่ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป คิดว่าโรคหัวใจที่เขาเป็นอยู่อาจเป็นเฮือกสุดท้าย (Final blow) ของวัยสูงอายุของเขา โดยอาการของโรคหัวใจที่เกิดขึ้น เป็นสิ่งที่แสดงว่าเขาใกล้จะตาย (Lambert, et al. 1979 : 183) และจากการศึกษาของพาดิลลาและแกรนด์ (Padilla & Grant 1985) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ทำโคลอสโตมีย์ (Colostomy) ทั้งนี้เนื่องจาก อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และพบว่า บุคคลที่มีอายุต่างกันจะเลือกใช่วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป

สถานภาพสมรส

ฮับบาร์ดและคณะ (Hubbard, et al. 1984 : 266-269) ได้รายงานไว้ว่า กลุ่มคนที่มีคู่ชีวิตจะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า จึงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนโสด เหตุผลเพราะการมีคู่ชีวิตจะช่วยลดความเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลเป็นปลายนั้นคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อที่ว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโสดหม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่ มักขาดคนคอยปลอบโยนให้กำลังใจ แต่กลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพ

สมรสคู่จะมีการช่วยเหลือค้ำจุนกันมาก และช่วยลดความเครียดต่าง ๆ ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Eaton 1987; Thoists 1982; Warheit 1979 cited in Somchit Hanucharurnkul 1988 : 16)

ระดับการศึกษา

จอห์นสัน และคณะ (Johnson, et al. 1982 : 29-34) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของประชากรชาวอเมริกันผิวดำที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง จำนวน 45 คน พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภา รัตนเมธานนท์ (2532 : 88) ที่พบว่าผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ

รายได้ของครอบครัว

เนื่องจากหัวใจวายเลือดคั่งเป็นการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการติดตามการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคไปจนตลอดชีวิต ย่อมมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจการเงินของครอบครัวอย่างแน่นอน ประกอบกับความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยลดลง ทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ต้องเปลี่ยนเป็นงานที่ใช้กำลังน้อยลง หรือลาออกจากงาน จะส่งผลถึงรายได้ของครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความทุกข์กังวล และคิดว่าตนเองเป็นบุคคลไร้ค่ามากยิ่งขึ้น จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 18 คน พบว่ารายได้เป็นตัวแปร 1 ใน 3 ตัว ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วย 9 คนมีรายได้ลดลงจากเดิมร้อยละ 31-38 (Levy & Wynbrandt 1975 : 1328-1330) การศึกษาของพาลมอร์และลุยคาร์ท (Palmore & Luikart 1972 : 68-79) เกี่ยวกับตัวแปรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้คุณภาพชีวิต ในบุคคลอายุระหว่าง 46-59 ปี ส่วนบุคคลที่มีอายุต่ำกว่าพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรลดลงเล็กน้อย เคเมอร์เรนและคณะ (Cameran, et al. 1973, 1974 cited in Burckhardt 1982 : 18) ได้ประเมินการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตทั้งหมด

ของคนพิการและรายงานว่า รายได้เป็นผลที่สำคัญที่สุดที่จะกำหนดให้ความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างกัน

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพราะธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มาริโน และคูเซอร์ (Marino & Kooser 1981 : 56) ให้ความเห็นว่า ปฏิกริยาการตอบสนองความเครียดของบุคคลจะแตกต่างกันตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย

จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่มีประวัติเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบ่อย อาจแสดงว่ามีความรุนแรงของโรคมากจนทำให้ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจและร่างกายทรุดโทรมลง หรืออาจแสดงว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมดูแลตนเองท่ามกลางความเจ็บป่วยได้ การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล ทั้งในเรื่องโรคของตนเอง ค่าใช้จ่ายในการรักษาและเกิดความเบื่อหน่าย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งเป็นผู้ที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากสมรรถภาพการทำงานของหัวใจลดลง ซึ่งส่งผลให้ระบบต่างๆ ในร่างกายทำงานได้ไม่เต็มศักยภาพตามไปด้วย ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ ภาวะจิตใจ อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป อาทิ มีความเศร้า วิตกกังวล หงุดหงิด หรือรู้สึกโดดเดี่ยว และกลัวการถูกทอดทิ้งจากคนรอบข้าง ผู้ป่วยจึงมีชีวิตรอยู่ด้วยความจำใจ ไม่เป็นสุข ขาดความพึงพอใจในชีวิตหรือขาดคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เมื่อใดก็ตามถ้าผู้ป่วยได้รับความสนใจเอาใจใส่จากคนรอบข้าง มีโอกาสปฏิบัติสัมพันธ์กับสังคมโดยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะช่วยบรรเทาภาวะความทุกข์ทางจิตใจของผู้ป่วยลงได้และผู้ป่วยจะเกิดความพึงพอใจในชีวิต

บอร์ทเนอร์ และฮัลท์สช์ (Bortner & Hultsch 1976:45) ได้ศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุพบว่าตัวแปรทางด้านจิตสังคม เช่น การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตได้ดีกว่าตัวแปร ข้อมูลพื้นฐานต่างๆ ของผู้ป่วย

อีวาน และนอร์ทวูด (Evan & Northwood 1982: 11) ได้ศึกษาความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าการติดต่อสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และความรู้สึกทางจิตใจไปในทางที่ดี และความรู้สึกเหล่านี้จะมีผลต่อการปรับตัว และการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต

เพียร์ และซอลเตอร์ (Pierce & Salter 1988 : 189) กล่าวว่า การเข้าร่วมปฏิสัมพันธ์ในสังคมกับบุคคลอื่น เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต และเป็นความสามารถปฏิบัติหน้าที่ในระดับสูง บุคคลจะรู้สึกกว่าตนเองมีคุณค่ามีแหล่งประโยชน์ที่จะสนับสนุนความต้องการของตนเองให้สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ สามารถควบคุมตนเองได้ดี

งานวิจัย และการศึกษาที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต หรือความพึงพอใจในชีวิตในทางตรง เช่น การศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุพบว่า ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอด้านการเงิน เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลอย่างเห็นว่นต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต (Andrew & Withney 1976; Cambell, et al. 1976; Lasson 1978 cited in Magily 1984 : 140)

บุรคฮาร์ดท์ (Burckhardt 1985 : 11) ได้ศึกษาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุโรคข้ออักเสบ พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าอายุ และความพอเพียงด้านการเงิน

มากิลี (Magily 1984 : 140-143) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหญิงชราที่หูหนวก พบว่าผู้ป่วยหญิงชราที่มีความพิการทางการได้ยินสูง จะทำให้ลดการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ผลที่ตามมาคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก็ลดต่ำลงด้วย

เลวีและไวน์แบรนด์ท์ (Levy & Wynbrandt 1975 : 1328) ได้ศึกษาผู้ป่วยที่ทำฮีโมไดอะไลซิส (Hemodialysis) จำนวน 18 คน ในเรื่องคุณภาพชีวิต

พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องรายได้และมีชีวิตครอบครัวที่เลื่อมลง แต่ถ้าเคยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมาก่อนการเจ็บป่วย จะประสบความสำเร็จในการปรับสภาพอารมณ์และจิตใจ

การศึกษาและวิจัยทั้งหมดดังกล่าว แสดงถึง การสนับสนุนทางสังคมว่ามีผลทดแทนความสูญเสียและการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น มีความรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าอยู่ และสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิต และดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพตามอัตภาพได้ดียิ่งขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต

โอเรม (Orem 1980 : 35) ได้ให้ทัศนะถึงความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับความผาสุกในชีวิตหรือคุณภาพชีวิตว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลได้ปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกในชีวิต

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตโดยตรงมักพบได้น้อย ส่วนใหญ่จะพบการศึกษาทางอ้อม เช่น การศึกษาของฮาร์เปอร์ (Harper 1984 : 34) พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองสร้างความรู้สึกลงใจในการควบคุมตนเองได้ และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับอึดทนในทัศนด้านสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ยังสร้างขวัญกำลังใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยสิ่งเหล่านี้จะสัมพันธ์กับการเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในบุคคล เช่น ผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จะมีขวัญและกำลังใจสูงกว่าพวกที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มิลเลอร์ (Miller 1986 : 11-12) ได้กล่าวเพิ่มเติมว่า การไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ผลที่ออกมาจะแสดงถึงอารมณ์ทางลบ (เช่น ความรู้สึกอึดทน การมองโลกในแง่ร้าย) สิ่งเหล่านี้เป็นข้อบ่งชี้ถึงการมีอำนาจในตนเอง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล

บุรคฮาร์ดท์ (Burckhardt 1985 : 11-16) พาติลลา และแกรนท์ (Padilla & Grant 1985 : 45-60) ได้ยืนยันถึง: ความสำคัญของการพึ่งพาตนเองว่า

มีผลต่อการรับรู้คุณค่าในตนเองอันจะช่วยส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความสุขใจ และทำนองเดียวกันความสุขใจจากการรับรู้ว่าคุณค่าจะส่งผลให้บุคคล มีพฤติกรรมในการควบคุมตนเอง ได้ดี อันแสดงถึงบุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง ได้ดีด้วย

การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง การดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในทางตรงมีดังนี้ สมจิต หนูเจริญกุล (Somchit Hanucharunkul 1983 : 113) ได้ ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา และพบว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.78 และเมื่อปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานทั้งหมดถูกควบคุม การดูแลตนเองทั้งหมด สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 30 นั้นแสดงถึงว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ฮอสกินส์ (Hoskin 1985 cited in Somchit Hanucharunkul 1983 : 42) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งในปอดคู่กันเรื้อรัง ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิต

จากการศึกษาดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยผ่านความรู้สึกลึกในการควบคุมตนเอง และ ความรู้สึกมีค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลถึงการรับรู้คุณภาพชีวิตในที่สุด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามธิบดี โดยไม่จำกัดเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับที่ระบุไว้ในประชากร การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 100 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจว่ามีภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง และได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการของโรค
2. เป็นผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน หรือได้รับการนัดให้มาตรวจไม่ต่ำกว่า 3 ครั้งในรายที่แพทย์นัดตรวจนานเกินเดือนละครั้ง
3. เป็นผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งเนื่องจากโรคหัวใจและโรคระบบไหลเวียนโดยไม่รวมผู้ป่วยโรคเลือดและน้ำเหลือง
4. ไม่มีประวัติเป็นโรคเรื้อรังชนิดอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคไต ฯลฯ และไม่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์

5. มีอายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไป
6. มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น และการพูด
7. มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่งภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา
2. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire : PRQ-Part 2) ของแบรนด์และไวน์เนอร์ท (Brandt & Weinert 1981) ที่อาศัยแนวความคิดของไวส์ (Weiss 1974) โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน คือ
 1. ความรักใคร่ผูกพัน
 2. การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การได้รับข้อมูล คำแนะนำ การสนับสนุนทางอารมณ์และการช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของ
 3. การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน ได้แก่ การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น
 4. การรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มสังคม
 5. การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมมีทั้งหมด 25 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา 5 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น ข้อความที่ใช้ในแบบสอบถามประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายทางบวก จำนวน 20 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 และข้อ 25 และข้อความที่มีความหมายทางลบจำนวน 5 ข้อ คือ ข้อ 4, 7, 10, 16 และข้อ 24 ในแต่ละข้อความผู้ตอบต้องเลือกเพียงคำตอบ

เดียวที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับการสนับสนุนที่ตนเองได้รับ ลักษณะของคำตอบเป็น
มาตราประมาณค่า (Likert scale) 1-7 จุด

การตอบแบบสอบถามพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

- 7 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความ
ในประโยคนั้น
- 6 = เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น
- 5 = ค่อนข้างเห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกค่อนข้างเห็นด้วยกับข้อความใน
ประโยคนั้น
- 4 = เฉยๆ หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกใดๆ กับข้อความในประโยคนั้นหรือ
ความรู้สึกที่เห็นด้วยเท่ากับความรู้สึกที่ไม่เห็นด้วย
- 3 = ค่อนข้างไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกค่อนข้างไม่เห็นด้วย กับข้อความใน
ประโยคนั้น
- 2 = ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกไม่เห็นด้วย กับข้อความในประโยคนั้น
- 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง กับข้อความใน
ประโยคนั้น

การให้คะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ถ้าเลือก 1 ได้ 1 คะแนน

ถ้าเลือก 2 ได้ 2 คะแนน

ถ้าเลือก 3 ได้ 3 คะแนน

ถ้าเลือก 4 ได้ 4 คะแนน

ถ้าเลือก 5 ได้ 5 คะแนน

ถ้าเลือก 6 ได้ 6 คะแนน

ถ้าเลือก 7 ได้ 7 คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ถ้าเลือก 1 ได้ 7 คะแนน

ถ้าเลือก 2 ได้ 6 คะแนน

ถ้าเลือก 3 ได้ 5 คะแนน

ถ้าเลือก 4 ได้ 4 คะแนน

ถ้าเลือก 5 ได้ 3 คะแนน

ถ้าเลือก 6 ได้ 2 คะแนน

ถ้าเลือก 7 ได้ 1 คะแนน

คะแนนทั้งหมดของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจะกระจายอยู่ระหว่าง 25 ถึง

175 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

3. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อความที่กล่าวถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ข้อความที่ใช้ในแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายทางบวกจำนวน 12 ข้อ คือ ข้อ 3, 4, 5, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21 และข้อ 23 และข้อความที่มีความหมายทางลบจำนวน 12 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 18, 20, 22 และข้อ 24. ในแต่ละข้อความผู้ตอบต้องเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเป็นจริงที่ตนเองปฏิบัติอยู่ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ คือ

ทำเป็นประจำ หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกวัน

ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นบางวัน

ไม่เคยทำ หมายถึง ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย

การให้คะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ถ้าเลือก ทำเป็นประจำ ได้ 3 คะแนน

ถ้าเลือก ทำเป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน

ถ้าเลือก ไม่เคยทำ ได้ 1 คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ถ้าเลือก ทำเป็นประจำ ได้ 1 คะแนน

ถ้าเลือก ทำเป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน

ถ้าเลือก ไม่เคยทำ ได้ 3 คะแนน

คะแนนทั้งหมดของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจะกระจายอยู่ระหว่าง 24

ถึง 72 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดี

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ดี

4. แบบวัดคุณภาพชีวิต เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของบรุคฮาร์ต (Burckhardt 1982) ประกอบด้วยแบบวัด 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต โดยใช้แบบวัดแอลเอสไอ-แซค (LSI-Z หรือ Life Satisfaction Index) ของวูดและคณะ (Wood, et al. 1969) ซึ่งได้ดัดแปลงจากเครื่องมือเดิม คือ เครื่องมือวัดระดับความพึงพอใจในชีวิต (The Life Satisfaction Ratings)

แบบวัดส่วนนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ข้อความที่ใช้ในแบบสอบถามประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายทางบวกจำนวน 8 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9 และข้อ 12 และข้อความที่มีความหมายทางลบจำนวน 5 ข้อคือ ข้อ 3, 6, 10, 11 และข้อ 13 ในแต่ละข้อความผู้ตอบต้องเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ คือ

เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของตนเอง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกเกี่ยวกับ

การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

การให้คะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ถ้าเลือก เห็นด้วย ได้ 2 คะแนน

ถ้าเลือก ไม่แน่ใจ ได้ 1 คะแนน

ถ้าเลือก ไม่เห็นด้วย ได้ 0 คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ถ้าเลือก เห็นด้วย ได้ 0 คะแนน

ถ้าเลือก ไม่แน่ใจ ได้ 1 คะแนน

ถ้าเลือก ไม่เห็นด้วย ได้ 2 คะแนน

คะแนนของแบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิตจะกระจายอยู่ระหว่าง 0

ถึง 26 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่า มีความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต มาก

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่า มีความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต น้อย

ส่วนที่ 2 แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง (Domain Satisfaction Rating Scale) ของฟลานาแกน (Flanagan 1978) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ

การตอบแบบวัดในส่วนนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 การวัดว่าเรื่องต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ 15 เรื่องนั้นผู้ป่วยมีความพึงพอใจในแต่ละเรื่องมากน้อยเพียงใด ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประมาณค่า (Likert scale) 1-7 จุด

การตอบแบบสอบถามพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

7 = พึงพอใจอย่างยิ่ง หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องนั้นอย่างยิ่ง

6 = พึงพอใจมาก หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องนั้นมาก

5 = พึงพอใจเล็กน้อย หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องนั้นเล็กน้อย

- 4 = เจียว หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกใดๆ เกี่ยวกับเรื่องนั้นหรือ
มีความรู้สึกพึงพอใจเท่ากับ ไม่พึงพอใจ
- 3 = ไม่พึงพอใจเล็กน้อย หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องนั้นเล็กน้อย
- 2 = ไม่พึงพอใจมาก หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องนั้นมาก
- 1 = ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องนั้นอย่างยิ่ง

การให้คะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

ถ้าเลือก 1 ได้ 1 คะแนน

ถ้าเลือก 2 ได้ 2 คะแนน

ถ้าเลือก 3 ได้ 3 คะแนน

ถ้าเลือก 4 ได้ 4 คะแนน

ถ้าเลือก 5 ได้ 5 คะแนน

ถ้าเลือก 6 ได้ 6 คะแนน

ถ้าเลือก 7 ได้ 7 คะแนน

คะแนนของแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่องจะกระจายอยู่ระหว่าง 15

ถึง 105 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่า มีความพึงพอใจชีวิตในเรื่องต่างๆ มาก

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่า มีความพึงพอใจชีวิตในเรื่องต่างๆ น้อย

ตอนที่ 2 การวัดว่าเรื่องต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ 15 เรื่องนั้น แต่ละเรื่องมี

ความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประมาณค่า

(Likert scale) 1-5 จุด

5 = สำคัญมากที่สุด หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นมีความสำคัญต่อชีวิตของตนมากที่สุด

4 = สำคัญมาก หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นมีความสำคัญต่อชีวิตของตนมาก

3 = สำคัญปานกลาง หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกว่าเรื่องนั้นมีความสำคัญต่อชีวิตของตนปานกลาง

2 = ลำคําน้อย หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกว่าเรื่งนั้นมีความสำคัญต่อชีวิตของ
ตนน้อย

1 = ไม่สำคัญเลย หมายถึง ขณะนี้ผู้ตอบมีความรู้สึกว่าเรื่งนั้นไม่มีความสำคัญต่อชีวิตของ
ตนเลย

แบบวัดนี้ไม่ได้นำมาใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติ แต่นำมาใช้ประกอบการ
อภิปรายผลในตอนท่ี 1 ของแบบวัดความพึงพอใจเฉพาะเรื่ง

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of Life
Rating) เป็นแบบวัดท่ีให้ผู้ป่วยประเมินภาวะจิตวิสัย โดยสรุปเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดย
รวมทั้งหมดของตนเอง ซึ่งมีเพียงคำถามเดียวโดยให้ผู้ตอบคิดว่าขณะนี้คุณภาพชีวิตของเขา
อยู่ในระดับใด ผู้ตอบต้องเลือกเพียงคำตอบเดียวท่ีตรงกับความรู้สึกท่ีเป็นจริง ลักษณะ
คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

ไม่ดีเลย หมายถึง ผู้ตอบคิดว่าโดยสรุปแล้วในขณะนี้คุณภาพชีวิตของตนอยู่
ในระดับไม่ดีเลย

ไม่ดี หมายถึง ผู้ตอบคิดว่าโดยสรุปแล้วในขณะนี้คุณภาพชีวิตของตนอยู่
ในระดับไม่ดี

ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบคิดว่าโดยสรุปแล้วในขณะนี้คุณภาพชีวิตของตนอยู่
ในระดับปานกลาง

ดีพอใช้ หมายถึง ผู้ตอบคิดว่าโดยสรุปแล้วในขณะนี้คุณภาพชีวิตของตนอยู่
ในระดับดีพอใช้

ดีมาก หมายถึง ผู้ตอบคิดว่าโดยสรุปแล้วในขณะนี้คุณภาพชีวิตของตนอยู่
ในระดับดีมาก

การให้คะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

ถ้าเลือก ไม่ดีเลย ได้ 1 คะแนน

ถ้าเลือก ไม่ดี ได้ 2 คะแนน

ถ้าเลือก ปานกลาง ได้ 3 คะแนน

ถ้าเลือก ดีพอใช้ ได้ 4 คะแนน

ถ้าเลือก ดีมาก ได้ 5 คะแนน

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมจะกระจายอยู่ระหว่าง 1 ถึง 5 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดี

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่ดี

ดังนั้นคะแนนของแบบวัดคุณภาพชีวิตคือผลรวมของคะแนนที่ได้จากแบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง และแบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม

คะแนนทั้งหมดของแบบวัดคุณภาพชีวิตจะกระจายอยู่ระหว่าง 16 ถึง 136 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตดี

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตไม่ดี

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ

1. นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของแบรด์และไวน์เนอร์ทไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ซึ่งประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางอายุรศาสตร์ 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ

ด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์ 3 ท่าน

ด้านจิตวิทยาการพยาบาล 2 ท่าน

ด้านการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ 1 ท่าน

2. นำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ซึ่งประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคหัวใจ 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคหัวใจ 5 ท่าน

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 3 ท่าน

3. นำแบบวัดคุณภาพชีวิตของบุคลากรทำให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่านพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ซึ่งประกอบด้วย

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์ 3 ท่าน

อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน

อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ 1 ท่าน

หลังจากผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบวัดทั้งสามชุดมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษาและการเรียงลำดับข้อความตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 20 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) โดยใช้สูตร (พรศรี ศรีธัญญาพร 2529 : 122)

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

α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น

n = จำนวนข้อของเครื่องมือ

s_i^2 = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

σ^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือแต่ละฉบับเป็นดังนี้

1. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่น = .84

2. แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น = .73

3. แบบวัดคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย

3.1 แบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิตได้ค่าความเชื่อมั่น = .89

3.2 แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง ได้ค่าความเชื่อมั่น = .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช และผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งดังกล่าว เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดวันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1.1 โรงพยาบาลศิริราช ทุกวันศุกร์ เวลา 12.00 น. - 16.00 น.

1.2 โรงพยาบาลรามาธิบดี ทุกวันอังคาร เวลา 12.00 น. - 16.00 น.

2. ขอรายชื่อผู้ป่วยจากสมุดนัดตรวจ และศึกษารายงานประวัติของผู้ป่วย

หัวใจวายเลือดคั่งที่จะได้รับการตรวจรักษา ในช่วงเวลาที่ศึกษาเลือกผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงตามที่กำหนด และบันทึกรายชื่อไว้

3. เมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาตามนัด ผู้วิจัยของความร่วมมือจากผู้ป่วยช่วงระหว่างรอรับการตรวจ และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงจุดประสงค์ในการตอบแบบสอบถาม

4. เมื่อผู้ป่วยตกลงให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

4.1 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านและเขียนได้ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบวัดคุณภาพชีวิต โดยก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะอธิบายถึงวิธีการตอบ และอ่านข้อความรวมทั้งคำตอบตามแบบวัดที่ละข้อให้ผู้ผู้ป่วยฟัง และบันทึกคำตอบของผู้ป่วยลงในแบบวัด

4.2 ผู้ป่วยที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบวัดทั้ง 3 แบบวัดด้วยตนเอง โดยอธิบายถึงวิธีการตอบคำถามโดยละเอียด และให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบวัดโดยไม่จำกัดเวลา เมื่อตอบแบบวัดทั้งหมดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ถ้าพบข้อใดไม่มีคำตอบผู้วิจัยจะซักถามเพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์

4.3 ในระหว่างการสัมภาษณ์และการตอบแบบวัดด้วยตนเองของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะใช้เวลาในการตอบประมาณ 30-40 นาที ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ตลอดเวลา โดยจะสัมภาษณ์หรือตอบแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และแบบวัดคุณภาพชีวิต ตามลำดับ

5. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบวัดทั้งหมดของผู้ป่วยแต่ละรายมาคิดเป็นคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำคะแนนจากแบบวัดทั้งสามที่ประกอบเป็นคะแนนคุณภาพชีวิต ได้แก่ แบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่องและแบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม ไปเปลี่ยนให้เป็นคะแนนมาตรฐานที่ (Normalized T-Score) โดยมีขั้นตอนในการทำดังนี้

- 1.1 เรียงลำดับคะแนนแต่ละชุดจากมากไปหาน้อย
- 1.2 หาความถี่ของแต่ละคะแนนว่ามีคนได้คะแนนนั้นเท่าไร (f)
- 1.3 หาความถี่สะสมจากข้างล่างขึ้นข้างบน (cf)
- 1.4 โดยเอาความถี่สะสมที่อยู่ได้รวมกับครึ่งหนึ่งของความถี่ในชั้นคะแนนนั้น

(cf + 1/2f)

- 1.5 หาเปอร์เซ็นต์ไคล์ของ 1.4 จากสูตร

$$\text{Percentile} = (cf + 1/2f) \times 100/N$$

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

- 1.6 ลบ Percentile ด้วย 50 ทุกจำนวน

1.7 เทียบค่าเปอร์เซ็นต์ไคล์ให้เป็นคะแนนมาตรฐานที่ (Normalized Z-score) โดยดูจากตาราง

- 1.8 เปลี่ยนคะแนนมาตรฐานที่ให้เป็นคะแนนมาตรฐานที่ โดยใช้สูตร

$$T = 10Z + 50$$

2. นำคะแนนมาตรฐานที่ (Normalized T-score) ของแบบวัดทั้งสาม (จากข้อ 1) มารวมกันเป็นคะแนนคุณภาพชีวิต

3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS[®] (Statistical Package for the Social Science) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

3.1 แจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละของลักษณะของข้อมูลส่วนตัว

3.2 หาช่วงคะแนน(Range) และค่าเฉลี่ย (Mean) ของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิต

3.3 หาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิต

3.4 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ สถานภาพส่วนตัวของผู้ป่วย (อันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา) การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิต ซึ่งมีสูตรดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2526 : 26)

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2] [N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละตัวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั่วไวยาวเยื่อคั่ง

x = คะแนนของตัวทำนายแต่ละตัว

y = คะแนนของตัวเกณฑ์

N = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t-test) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2526 : 28)

$$t = \frac{r \sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

เมื่อ N = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

df = $N-2$

r = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละตัวกับคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

4. หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุ (Multiple correlation coefficient)

ระหว่างตัวทำนายทั้งหมด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้
เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาน
โรงพยาบาลภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
กับคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นตัวเกณฑ์ โดยผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน
(Stepwise multiple regression) จากตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับตัวเกณฑ์
มากที่สุด จนถึงตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับตัวเกณฑ์น้อยที่สุดตามลำดับดังนี้

4.1 ขั้นแรกหาตัวแปรอิสระตัวหนึ่ง โดยดูความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม
มากที่สุดมาวิเคราะห์สร้างสมการถดถอยสมการแรกก่อน และทดสอบความมีนัยสำคัญของ
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในขั้นที่ 1 โดยดูจากค่าเอฟ (F-test) ถ้าพบว่าค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ในขั้นนี้มีนัยสำคัญจะพิจารณาค่าที่ (t) ที่ใช้ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์
ถดถอย (b) ของตัวทำนายตัวแรก ถ้าพบว่ามีนัยสำคัญ แสดงว่าตัวทำนายตัวแรกนี้เป็น
ตัวทำนายที่จัดว่าดีที่สุดตัวแรก

4.2 ขั้นที่สอง หาตัวแปรอิสระตัวที่สองที่เมื่อนำมารวมกับตัวทำนายตัวแรกแล้ว
สามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามได้มากกว่าตัวอื่นมาวิเคราะห์สร้างสมการถดถอย
และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุในขั้นที่ 2 หลังจากนั้น พิจารณา
ผลการวิเคราะห์ โดยดูค่าเอฟส่วนรวม และเมื่อพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในขั้นนี้มี

นัยสำคัญ จะพิจารณาค่าที่ (t) ที่ใช้ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายตัวแรก และตัวทำนายตัวที่สอง ถ้ามีนัยสำคัญแสดงว่ามีตัวทำนายตัวแรก และตัวทำนายตัวที่สอง เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุดชุดหนึ่ง

4.3 ขั้นต่อมา ไป ก็หาตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ที่ยังคงเหลืออยู่มาเข้าสมการ ต่อมา ไปตามลำดับมาวิเคราะห์สร้างสมการถดถอย และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุในขั้นต่อมา ไป หลังจากนั้นพิจารณาผลการวิเคราะห์โดยค่าเอฟส่วนรวม ดังในข้อ 4.2 จนกระทั่งค่าที่ (t) ที่ใช้ในการทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอยในขั้นนั้นๆ ไม่มีนัยสำคัญ แสดงว่าตัวทำนายตัวสุดท้ายในขั้นนั้นจะใช้เป็นตัวทำนายไม่ได้ ถึงแม้ค่าเอฟส่วนรวมในขั้นนี้จะมีนัยสำคัญก็ตาม ดังนั้นกลุ่มของตัวทำนายที่ใช้ทำนายก็จะสิ้นสุดลงและได้กลุ่มตัวทำนายที่เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดชุดหนึ่ง

เนื่องจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุ (Multiple correlation coefficient) กำหนดไว้ว่า ตัวแปรที่จะนำมาคำนวณจะต้องเป็นตัวแปรที่วัดได้ในระดับอันตรภาค (Interval scale) ขึ้นไป (ยูดี ภาษา และคณะ 2526 : 338) ดังนั้นในการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่วัดได้ระดับนามบัญญัติและมาตราเรียงลำดับ ดังนี้คือ

ปรับตัวแปรที่วัดได้ในระดับนามบัญญัติ (Nominal scale) เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ดังนี้ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์และลัดดาวัลย์ รอดมณี 2527 : 7)

เพศ	กำหนดให้	เพศชาย	=	1
		เพศหญิง	=	0
สถานภาพสมรส	กำหนดให้	สถานภาพสมรสโสด	=	1
		สถานภาพสมรสคู่	=	2
		สถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยกกันอยู่	=	3
ระดับการศึกษา	กำหนดให้	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	=	1
		มัธยมศึกษา	=	2
		ปว.ช.หรืออนุปริญญา	=	3
		ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	=	4

ผลการวิจัย และ การอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

1. สถานภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 100 คน เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่ง จากโรงพยาบาลศิริราช 65 คน โรงพยาบาลรามธิบดี 35 คน

ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่งภายใน 6 เดือน ที่ผ่านมา

สถานภาพส่วนบุคคล		จำนวน (n = 100)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	35	35
	หญิง	65	65
อายุ	20-30 ปี	35	35
	31-40 ปี	29	29
	41-50 ปี	18	18
	51-60 ปี	10	10
	60 ปีขึ้นไป	8	8
สถานภาพสมรส	โสด	27	27
	คู่	69	69
	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	4	4
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	54	54
	มัธยมศึกษา	24	24
	บว.ช หรืออนุปริญญา	15	15
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7	7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน (n = 100)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 4,000 บาท	46	46
4,000-7,000 บาท	40	40
มากกว่า 7,000 บาท	14	14
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย		
1-5 ปี	37	37
6-10 ปี	32	32
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	31	31
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษ ในโรงพยาบาล		
ไม่เคยเข้ารับการรักษ	68	68
1-3 ครั้ง	32	32
3 ครั้งขึ้นไป	0	0

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 65 และมีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 35 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 54 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 4,000 บาท ร้อยละ 46 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจวายเลือดคั่งนาน 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 37 และไม่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 68

2. คะแนนการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

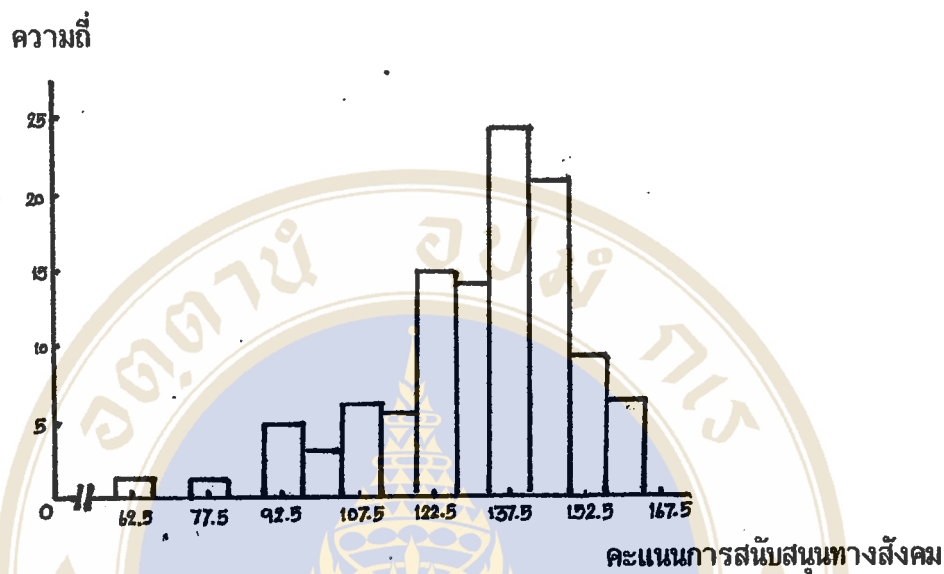
ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

แบบวัด	ช่วงคะแนน		$\bar{X}$	S.D.
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง		
การสนับสนุนทางสังคม	25-175	65-161	131.34	18.54
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	24-72	49-68	58.98	3.90
คุณภาพชีวิต		59.13-134.14*	103.42*	17.44*

* เป็นคะแนนมาตรฐานที่ (Normalized T-score) เนื่องจากคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตประกอบด้วยคะแนนจากแบบวัด 3 ชุด ซึ่งมีเกณฑ์ให้คะแนนแบบวัดแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงแปลงคะแนนของแบบวัดแต่ละชุดให้เป็นคะแนนมาตรฐานที่ก่อน แล้วจึงนำคะแนนมาตรฐานที่ของแบบวัดแต่ละชุดรวมกันเป็นคะแนนของแบบวัดคุณภาพชีวิต

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยเมื่อเทียบกับคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดแต่ละชุดแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางที่ค่อนข้างสูง และคะแนนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 131.34 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 18.54 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท่ากับ 58.98 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.90 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 103.42 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 17.44 ซึ่งการแจกแจงข้อมูลมีลักษณะดังนี้

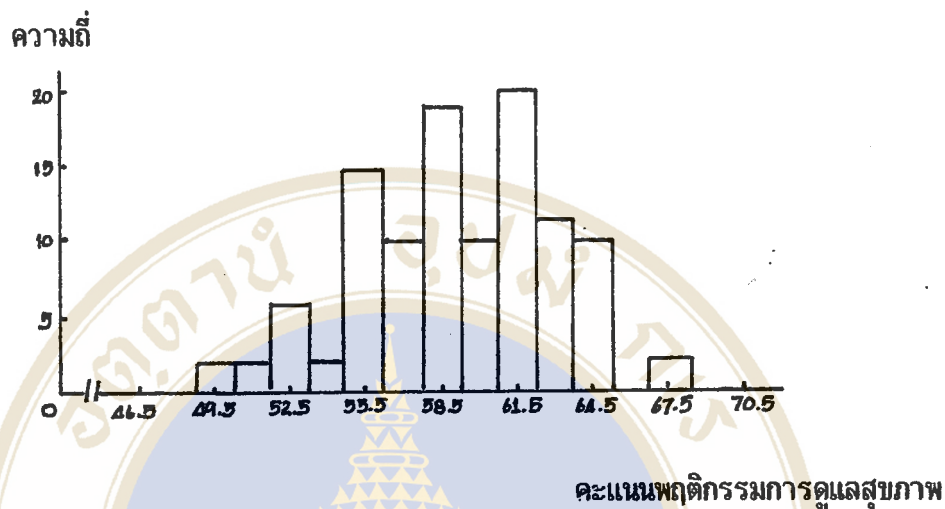
2.1 ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม



แผนภูมิที่ 3 การกระจายของคะแนนแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย 100 ราย

การกระจายของคะแนนแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม มีลักษณะเป็นรูปเค้งเบ้ซ้าย (Negative skew) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง แสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

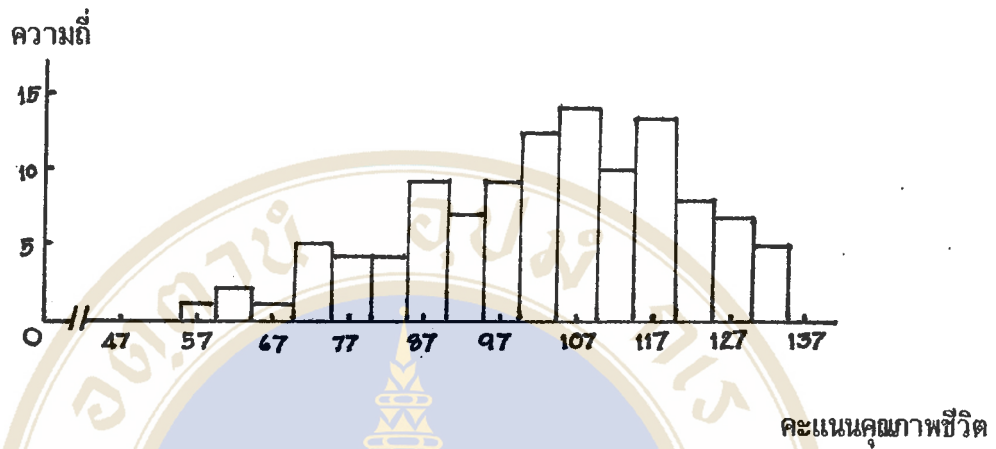
2.2 ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ



แผนภูมิที่ 4 การกระจายของคะแนนแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย 100 ราย

การแจกแจงข้อมูลของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีลักษณะเป็นรูปโค้งเบ้ซ้าย (Negative skew) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ค่อนข้างสูง แสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดี

2.3 ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของแบบวัดคุณภาพชีวิต



แผนภูมิ 5 การกระจายของคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 100 ราย

การแจกแจงข้อมูลของคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต มีลักษณะเป็นรูปโค้งเบี้ยซ้าย (Negative skew) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง แสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย และตัวทำนายกับตัวเกณฑ์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญโดยการทดสอบค่าที (t-test)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนายและตัวทำนายกับตัวเกณฑ์ โดยแสดงในรูปเมทริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

ตัวแปร	เพศ	อายุ	สถานภาพสมรส	ระดับการศึกษา	รายได้เฉลี่ย	ระยะเวลา	จำนวนครั้ง	การสนับสนุน	พฤติกรรม
เพศ	1.0000								
อายุ	.3765	1.000							
สถานภาพสมรส	.0825	.5372	1.000						
ระดับการศึกษา	.1675	.2059	.1915	1.000					
รายได้เฉลี่ย	.1031	.4954	.4483	.6217	1.000				
ระยะเวลา	-.3288	-.0618	-.1050	.0702	.0609	1.000			
จำนวนครั้ง	.2157	.0232	.0575	0.0	-.0428	.1022	1.000		
การสนับสนุน	-.1226	.1195	.1280	.3076***	.2653**	.0917	-.1358	1.000	
พฤติกรรม	.0038	.3073***	.1147	.1395	.2085	-.0412	-.0518	.3023**	1.000
คุณภาพชีวิต	-.0605	.1437	.1854	.3580***	.3725***	-.0145	-.0783	.6484***	.3143***

*** p < .001 , ** p < .01

เพศชาย = 1 เพศหญิง = 0

สถานภาพสมรสโสด = 1 สถานภาพสมรสคู่ = 2 สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ = 3

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3580$)

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3725$)

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .6484$)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3143$)

ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และ
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจ-
วายเลือดคั่งภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวทำนาย ดังต่อไปนี้

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3076$)

อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .001 ($r = .3073$)

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .2653$)

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .3023$)

4. การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนาย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับคุณภาพชีวิต

ขั้นที่	ตัวทำนาย	R	R ²	R ² Change	F Change	b	Beta	t
1	การสนับสนุนทางสังคม	.6484	.4204	.4204	71.076***	.5560	.5912	7.665***
2	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	.6809	.4636	.0433	7.821**	5.1836	.2157	2.797**
	Contant					21.1386		
R ² Adjusted = .4526 Overall F = 41.922***								

***=p < .001 , **=p<.01

จากตารางที่ 4 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคม และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งสามารถทำนายโดยอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 46.36 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้จะเห็นว่าตัวทำนายตัวแรกที่ได้รับเลือกเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมากที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถทำนายโดยอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 42.04 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากนั้นเมื่อเพิ่มตัวทำนายทีละตัวเข้าไปในแต่ละขั้นตอนของการวิเคราะห์ ตัวทำนายที่ได้รับการเลือกเข้าไปพิจารณาในขั้นที่ 2 คือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 46.36 โดยสัมประสิทธิ์

การทำนายที่เปลี่ยนไปมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเพิ่มตัว
ทำนายในขั้นตอนต่อไป ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่เปลี่ยนไปไม่มีนัยสำคัญ
การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนเพื่อหาตัวทำนายคุณภาพชีวิตจึงยุติลงใน
ขั้นที่ 2

จะเห็นว่าเมื่อวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนแล้ว ตัวทำนายที่ดีที่สุดที่สามารถ
อธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมและ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน



การอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิต โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามารักษ์ จำนวน 100 ราย ผลการวิจัยผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลตามสมมติฐานซึ่งปรากฏผลดังนี้

สมมติฐานที่ 1 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r=.6484$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานดังกล่าว แสดงว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีคุณภาพชีวิตดี ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัยท่านอื่นๆ อาทิ การศึกษาของอีวานส์และนอร์ทวูด (Evans & Northwood 1983 : 64) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก การศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (Somchit Hauucharunkul 1988 : 109) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา การศึกษาของประภา รัตนเมธานนท์ (2532 : 100) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจากการศึกษาของลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532 : 90) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โดยปกติบุคคลทั่วไปมักคาดหวังว่าเมื่อตนเจ็บป่วยหรือมีความทุกข์จะมีคนคอยดูแลและช่วยเหลือโดยเฉพาะอย่างยิ่งจาก สมาชิกในครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่ง ที่จำเป็นต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นในด้านแรงงานและบริการบางอย่างรวมทั้งด้านสิ่งของ เงินทอง ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา เพราะภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิตจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เศร้าโศก จนกระทั่งเกิดความกดดันในชีวิต มีความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานเหล่านี้ของผู้ป่วยได้ โดยเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนให้ความรักดูแลเอาใจใส่สนใจยกย่องหรือเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีการติดต่อและผูกพันซึ่งกันและกัน (Cobb 1976 : 300) ความรู้สึกดังกล่าว

เป็นความต้องการด้านอารมณ์ซึ่งเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณได้รับการตอบสนองจะทำให้เกิด
ความมั่นใจในตนเอง เกิดพลังใจและแรงจูงใจในการเผชิญปัญหาและต่อสู้กับอุปสรรค
ต่างๆ อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับความคิดของ ไดเมทาโทและเฮย์
(Dimatteo & Hays 1981 อ้างถึงใน กฤษฎา ตงศิริ 2531 : 96) ที่ว่าระบบสนับสนุนทางสังคม (Social Support System) ของบุคคล ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนในด้าน
ต่างๆ อาทิ การประคับประคองอารมณ์ การรู้เห็นคุณค่าและให้ความสำคัญการให้คำแนะนำ
และการอำนวยความสะดวกสบายที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลในเครือข่ายสังคมของเขา ซึ่ง
ได้แก่ คู่สมรส บุคคลในครอบครัว ญาติหรือเพื่อนสนิทรวมทั้งแพทย์พยาบาลนั้นเป็นปัจจัย
สำคัญที่ก่อให้เกิดกำลังใจ และความหวัง และขณะเดียวกันการสนับสนุนเหล่านี้ก็เป็นการ
ตอบสนองความต้องการพื้นฐานอันเป็นองค์ประกอบในการดำเนินชีวิตของบุคคล เมื่อบุคคล
ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอก็ทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิตการที่
ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของเขาจะเป็น
เครื่องหล่อเลี้ยงจิตใจที่แม้จะมีความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ให้มีความสุขได้โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นเสมือนสิ่งล้าง (Buffer) ภาวะเครียด (Brandt & Weinert 1981 : 277) และจากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ การมีคู่ชีวิต
จะมีคนคอยช่วยเหลือคำจูน มีคนคอยให้กำลังใจ ปลอบใจ ผู้ป่วยจะมีความมั่นคงทาง
ด้านอารมณ์ ในกลุ่มคนที่ไม่มีคู่ชีวิตจึงมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าคนโสด หรือที่อยู่ตัวคนเดียว

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่งที่รับรู้ว่าคุณได้รับการช่วยเหลือ
สนับสนุนทางสังคมมากจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมสามารถ
ทดแทนความรู้สึกที่สูญเสียต่างๆ ในชีวิตของผู้ป่วยได้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดี เป็นพลัง
กระตุ้นให้เกิดการตอบสนองในทางบวก โดยทำให้เกิดความสนใจในการประเมินสิ่งที่ทำให้
เกิดความเครียดเป็นการลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิตผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการ
ศึกษาของแลมเบิร์ตและแลมเบิร์ต (Lambert & Lambert 1985 : 405-415) ที่
พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางด้านจิตใจของผู้ป่วย

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และการศึกษาของฮับบาร์ด และคณะ (Hubbard, et al. 1984 : 266-267) ที่พบว่าผู้มีสุขภาพจิตดีและชีวิตที่ยืนยาวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .3143$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัยท่านอื่นๆ เช่น การศึกษาของ ฮอสกินส์ (Hoskins 1985 cited in Somchit Hanucharurnkul 1988 : 42) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองเรื้อรัง และการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (Somchit Hanucharurnkul 1988 : 113) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย ซึ่งบุคคลแต่ละคนเริ่มต้นและยึดเป็นแบบแผนในการปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความ เป็นอยู่ที่ดีของตนไว้ (Orem & Taylor 1985 : 52; Orem 1985 : 84) พฤติกรรมการดูแลตนเองได้กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ต้องเรียนรู้และเป็นกิจกรรมที่กระทำด้วยความตั้งใจของบุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เพื่อให้เกิดบูรณาภาพของร่างกาย การทำหน้าที่ และพัฒนาการของชีวิต ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีได้นั้นจะต้องผ่านกระบวนการเรียนรู้ รวมทั้งมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยความเต็มใจจริงว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีและสม่ำเสมอในชีวิตประจำวันจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี สามารถป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้ง่าย (C. David Jenkin 1980 : 1105) มีความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนมีความพึงพอใจในชีวิต (Leonide L. Martin 1978 : 3) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพดี จะส่งผลให้อาการต่างๆ รวมทั้งความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่เบาบางลงได้ ผลที่จะตามมาก็คือ ผู้ป่วยจะเกิดความหวังและมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังและมีทัศนคติในทางบวกต่อโรคและการรักษา ผู้ป่วยจะคิดอย่างมีเหตุผลว่าโรคหัวใจวายเลือดคั่งเป็นโรคหนึ่งเหมือนกับโรคอื่นๆ ที่อาจทำให้ตายหรือไม่ตายก็ได้ และผู้ป่วยจะเชื่อว่าการรักษาและการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีจะสามารถควบคุมโรคได้ ความคาดหวังในทางบวกจะก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ อาการและความรุนแรงของโรคก็จะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความปกติสุข (Well-being) และการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพได้ และการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในทางที่ดีนั้น มาร์ไคด์และมาร์ติน (Markides & Martin 1979 : 89) ได้กล่าวว่าจะทำให้มีพลังในการปรับตัวต่อความเครียดต่างๆ จนประสบผลสำเร็จ และรู้สึกพึงพอใจ ในขณะที่เดียวกันก็จะสามารถดำรงไว้ซึ่งบทบาทของตนในการทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งกิจวัตรประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคม บุคคลจะตระหนักถึงคุณค่าแห่งตนในการที่สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างอิสระ ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดศักดิ์ศรีและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (Stride 1988 : 557) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษดา ดวงศรี (2531 : 102) ที่พบว่า ประเด็นที่ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอประเมินว่ามีความพึงพอใจมากที่สุดคือ ความพึงพอใจที่ยังคงสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่า เกิดความเชื่อมั่นในสุขภาพของตนว่ายังคงแข็งแรงพอที่จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพได้

จากข้อมูลส่วนบุคคลจะเห็นได้ว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างมีตั้งแต่ 1 ปี จนถึงมากกว่า 10 ปี จำนวนเท่าๆ กัน แต่เมื่อพิจารณาจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหัวใจวายเลือดคั่งภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ปรากฏว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล จึงแสดงให้เห็นว่า แม้ว่า จะเจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลานานเพียงใดก็ตาม ถ้ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีและเหมาะสม ก็ทำให้อาการและความรุนแรงของโรคไม่เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่เป็น ซึ่งสอดคล้องกับคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่มียะเนนที่ค่อนข้างสูง (ดูในภาคผนวก ง) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจวัตรได้โดยมีการพึ่งพาผู้อื่นน้อยมาก จึงส่งผลให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตในทางที่ดี

สมมติฐานที่ 3 เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ด้วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่งภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งได้

ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่งภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลสุขภาพสามารถร่วมทำนาย โดยอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 48.83 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานดังกล่าว ทั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุดได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 46.36 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นตัวแรกที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งได้นั้น เป็นไปตามเหตุผล ซึ่งอภิปรายไว้แล้วในสมมติฐานที่ 1 ส่วนรายได้เฉลี่ยต่อเดือน สามารถอธิบายได้ดังนี้

รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตในด้าน การตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ซึ่งพาลมอร์และลุยการ์ท (Palmore & Luikart 1972: 75) กล่าวว่าผู้มีรายได้เพียงพออาจสนองความจำเป็นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตได้ เช่น อาหารที่เพียงพอ บ้าน ความปลอดภัย การสันทนาการ ฟินเลย์สัน (Finlayson 1979 อ้างถึงใน กฤษฎา ตงศิริ 2531 : 89) กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของบุคคลนั้นเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการสนับสนุนด้านการเงิน ค่าใช้จ่าย และความสามารถในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ รวมทั้งมีความสามารถดัดแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของตน จึงทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของคนชราโดย เขมิกา ยามะรัต (2527 : 29) ซึ่งพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความพึงพอใจในชีวิต เนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือการมีส่วนร่วมทางสังคม การมีงานอดิเรก หรือการใช้เวลาว่างของคนชราบางครั้งต้อง

อาศัยเงินเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่จะช่วยให้คนชราได้มีโอกาสทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้รายได้ยังช่วยให้คนชราได้มีโอกาสได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องเมื่อเจ็บป่วย เพราะช่วยให้ได้รับประทานอาหารที่ดีมีคุณค่า การอยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ การดูแลสุขภาพอนามัย และมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล สามารถรับการรักษอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ มีความเครียดจากการหาเลี้ยงชีพ จนไม่ค่อยมีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมักแก้ปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าจะวางแผนล่วงหน้า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจวายเลือดคั่ง และได้รับการรักษามานาน เพราะนอกจากค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ต้องสูญเสียเพื่อยังชีพแล้ว ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งไปในเรื่องการติดตามการรักษาในโรงพยาบาล แต่บริการเหล่านี้ยังไม่สามารถกระทำได้อย่างทั่วถึง เช่นเดียวกับการศึกษาของ บอมและบอม (Baum & Baum 1980 อ้างถึงใน เขมิกา ยามะรัต 2527 : 29) ซึ่งพบว่าคนชราชาวอเมริกันส่วนมากจะมีความทุกข์กับรายได้ที่จะมาใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยรู้สึกสูญเสียความมั่นคงขาดหลักประกันในชีวิต รู้สึกว่าตนเป็นบุคคลไร้ค่าต้องเป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยจึงรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และไม่มีความสุขในชีวิต

การศึกษาอื่นๆ ที่สนับสนุน ได้แก่การศึกษาวิจัยของลาร์สัน (Larson cited in Johnson, et al. 1982 : 28) ซึ่งรายงานไว้ว่า ความปกติสุขของประชากรชาวอเมริกาที่มีอายุมากกว่า 60 ปี นั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นคงทางการเงิน การศึกษาของเมเยอร์โรวิทซ์และคณะ (Meyerowitz, et al. 1983 : 232-235) ซึ่งได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 50 คน พบว่าภาวะทางการเงินทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตเนื่องจากการสูญเสียรายได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของลิวี และไวน์แบรนท์ (Levy & Wynbrant 1976 : 1328-1330) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยชายจำนวน 6 คนใน 18 คนที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมมีคุณภาพชีวิตไม่ดีเนื่องจากรู้สึกผิดที่จัดการเรื่องเงินในครอบครัวล้มเหลว และผู้ป่วยส่วนใหญ่มิมีความทุกข์จากการสูญเสียรายได้

อภิปรายเพิ่มเติม

นอกจากทั้งหมดที่กล่าวมา การศึกษาวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า

เพศ และอายุ ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .01$) แสดงว่า ไม่ว่าผู้ป่วยจะเป็นเพศชายหรือหญิง หรือมีอายุน้อยเพียงใดก็ตาม จะไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเขา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเป็นเอกพันธ์ กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 20-30 ปี ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตมีความใกล้เคียงกัน ส่วนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพศชายและอายุ 51-60 ปี มีจำนวนน้อยกว่ามาก เพศและอายุจึงไม่เป็นตัวแทนที่ดี แต่อย่างไรก็ตามสำหรับคนทั่วไปแล้วหัวใจเปรียบเสมือน จุดศูนย์กลางของร่างกาย เป็นศูนย์รวมของชีวิต และเป็นส่วนหนึ่งของภาพลักษณ์ที่สำคัญของคน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นกับหัวใจ ผู้ป่วยจะรู้สึก ว่าตนเองต้องเผชิญกับการสูญเสียอย่างมาก (Lambert, et al. 1979 : 125) และ มีความรู้สึกไม่แตกต่างกันไม่ว่าผู้ป่วยเพศหญิงหรือเพศชาย หรืออยู่ในกลุ่มอายุใด แฮทเชอร์ และคณะ (Hatcher, Durham & Richey 1985 : 35) ได้รายงานไว้ว่า ผู้ป่วยไม่ว่า เพศหญิงหรือชาย ไม่ว่าจะมีความอายุน้อยเท่าใด ถ้าต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย และความพิการ หรือต้องสูญเสียหน้าที่ของร่างกายตามปกติไป จะมีผลกระทบต่ोजิตใจที่คล้ายคลึงกัน และ ในผู้ป่วยโรคหัวใจ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้ถูกต้องตามแผนการรักษาไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรับประทานอาหาร การติดตามการรักษา การงดสูบบุหรี่ฯ ส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกัน รวมทั้งจากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะส่วนใหญ่คล้ายคลึงกัน ดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน

สถานภาพสมรสของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .01$) นั่นคือไม่ว่าผู้ป่วยจะมีสถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่จะไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเขา ผลของการศึกษาครั้งนี้ขัดกับความเชื่อที่ว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เป็น โสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดคนคอยปลอบโยนให้กำลังใจ แต่กลุ่มผู้ป่วยที่มี สถานภาพสมรสคู่จะมีการช่วยเหลือค้ำจุนกันมาก และช่วยลดความเครียดต่างๆ ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Eaton 1987 ; Thoists 1982; Warheit 1979 cited in

Somchit Hanucharurnkul 1988 : 16) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ

69 มีสถานภาพสมรสคู่ ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อดังกล่าว ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด และสถานภาพหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มีเพียงร้อยละ 27 และ 4 ตามลำดับ ซึ่งบุคคลเหล่านี้อาจไม่ได้อยู่ตามลำพังคนเดียว ไม่ได้ขาดคู่คิด หรือขาดบุคคลที่จะให้ความช่วยเหลือค่าจุน เพราะลักษณะของครอบครัวไทยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวที่อบอุ่น มีความผูกพันกับญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านต่างกับลักษณะของครอบครัวตะวันตก ซึ่งมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว จึงมีความห่างเหินจากญาติพี่น้อง เกิดความว้าเหวและขาดความอบอุ่นได้ง่าย ดังนั้นเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ ไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวได้เหมือนก่อน สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวก็จะเข้ามารับบทบาทแทนอาจเป็นบิดา มารดา หรือญาติพี่น้อง ซึ่งสังคมไทยมีลักษณะเป็นระบบเครือญาติอยู่แล้วจึงไม่ค่อยขาดคนช่วยเหลือ (สุพัตรา สุภาพ 25247) ฉะนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความเครียดลดลง และสุขภาพจิตดีขึ้น ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .01$) แสดงว่าไม่ว่าผู้ป่วยจะเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจวายเลือดคั่งมานานเท่าไรก็ตาม หรือเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก็ครั้งจะไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเขา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคหัวใจวายเลือดคั่งเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคนี้ ในระยะแรกจะมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจและพฤติกรรมการตอบสนองได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว โกรธ ซึมเศร้า ปฏิเสธและถดถอยไม่ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับและพยายามปรับตัวต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพอันได้แก่ การมาติดตามรับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยาและยา ฯลฯ ทำให้สามารถควบคุมภาวะโรคได้ดี และเป็นปฏิกิริยาสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับคะแนนแบบวัดพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ค่อนข้างสูง

ทำให้เกิดกำลังใจ เชื่อถือในการรักษา ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้เหมาะสมจนสามารถทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่างได้ตามปกติ จะใช้เวลานานประมาณ 3-6 เดือน หลังเจ็บป่วย (คณะกรรมการโครงการพัฒนางานพยาบาลแผนกอายุรกรรม 2529-2530 : 27) และจากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้โดยไม่แตกต่างกันเนื่องจากแนวทางการปฏิบัติตนตามแผนการรักษามีความคล้ายคลึงกันมาก ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน และดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับที่ตนเองเคยดำเนินอยู่ และการเข้ารับการศึกษานในโรงพยาบาลแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและมั่นใจว่าชีวิตจะปลอดภัยกว่าเมื่ออยู่ที่บ้าน เพราะได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคลากรที่มสุขภาพ และมีอุปกรณ์การช่วยชีวิตครบถ้วน นอกจากนี้ การได้รับการบริการฟรีจากโรงพยาบาลของรัฐในเรื่องค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและค่ายา ซึ่งอำนวยความสะดวกต่อผู้ป่วยมาก ทำให้การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแต่ละครั้งมีผลกระทบไม่มากนักต่อความปกติสุขหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกจากที่กล่าวมาแล้ว การทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของตนเองซึ่งผู้ป่วยจะประเมินจากความรู้สึกของเขาในปัจจุบัน ยังอาจเป็นสาเหตุให้คุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลซึ่งเป็นเหตุการณ์หรือเป็นประสบการณ์ในอดีตของผู้ป่วย

ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r > .3580$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจอห์นสันและคณะ (Johnson, et al. 1982 : 29-34) ซึ่งทำการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตประจำวันของประชากรชาวอเมริกันผิวดำสูงอายุที่ยากจนและอาศัยอยู่ในเขตเมืองจำนวน 45 คน พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการศึกษช่วยให้บุคคลมีสติปัญญา ารู้และมีเหตุผล เมื่อไม่รู้ในเรื่องใดก็มีความไม่รู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยจะฟังคำแนะนำจากบุคลากรที่มสุขภาพ การศึกษาจึงช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับโรคของตนได้ดีขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมภาวะความเจ็บป่วยด้วยความเข้าใจ

านเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตรงกันข้ามกับผู้ที่มิระดับการศึกษาน้อย มักพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและแผนการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตน ทั้งนี้เพราะความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการศึกษาให้เข้าใจ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการอธิบาย ใช้ประสบการณ์การเรียนรู้ของตนเอง อย่างลองผิดลองถูก ทำให้มีแนวโน้มที่จะเลิกทำการค้นหาความรู้หรือละเลยการปฏิบัติตนตามคำแนะนำได้ง่าย เนื่องจากความรู้ที่มีจำกัดและความไม่เข้าใจถึงประโยชน์หรือความจำเป็นในการปฏิบัติตนจึงทำให้อาการของโรคทรุดลง และไม่มีความสุขในชีวิต



สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามธิบดีระหว่างเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2533 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2533 จำนวน 100 รายที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและแบบวัดคุณภาพชีวิต นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยคำนวณความถี่ และอัตราร้อยละ
2. คำนวณช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และคะแนนคุณภาพชีวิต
3. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่งภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และทดสอบความมีนัยสำคัญที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าที (t-test)
4. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุระหว่างตัวทำนายได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่งภายใน 6 เดือน

ที่ผ่านมา การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับตัวแปรที่คือคุณภาพชีวิต โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ผลการวิจัยพบว่า

1. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
3. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด โดยสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 46.36 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านบริการพยาบาล

ในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งนั้น ฝ่ายบริหารและฝ่ายบริการพยาบาลควรมุ่งให้ความสนใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบหรือมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และร่วมประสานงานกันอย่างจริงจังในการปรับเปลี่ยน แก้วไข หรือส่งเสริมปัจจัยเหล่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีโดย

1.1 จัดโครงการอบรม หรือการสัมมนาเฉพาะสาขาขึ้นในหน่วยงานโดยเน้นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care) โดยเฉพาะการให้ความสนใจเกี่ยวกับผลกระทบด้านจิตสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1.2 จัดโปรแกรมการสอนที่เป็นมาตรฐานขึ้นเพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง โดยทำการสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มโดยในการสอนควรจะมีคู่มือ เอกสารหรือสื่อทัศนูปกรณ์ประกอบการสอน รวมทั้งจัดวิธีการสอนที่เหมาะสม

ชัดเจน เข้าใจง่าย ตามระดับการศึกษา และความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย สร้างแนวทางและทำการประเมินความรู้ ความเข้าใจที่ผู้ป่วยได้รับ ภายหลังการสอน เพื่อให้ผู้ป่วยทราบแนวทางในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง สามารถเผชิญปัญหาและคาดการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองได้ เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลตนเอง และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1.3 จัดบุคลากรสำหรับทำหน้าที่ติดตามประเมินความรู้ และการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเป็นระยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้คำแนะนำและติดตามให้ผู้ป่วยปฏิบัติให้สอดคล้องกับระยะของโรคและความสามารถด้านร่างกาย ตลอดจนจัดบริการให้คำปรึกษา เกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติตัว กิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยกระทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบแนวทางในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการดูแลตนเองอันจะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.4 จัดให้มีโครงการส่งเสริมแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโดย

1.4.1 ให้คำแนะนำหรือจัดอบรมแก่กลุ่มบุคคลใน เครือข่ายสังคมของผู้ป่วย เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของตนเองในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่นการให้ข้อมูลกับญาติที่ใกล้ชิดและทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกำลังรอการตรวจรักษาจากแพทย์ โดยให้ญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วย แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสมและวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

1.4.2 ร่วมประสานความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและญาติ โดยทำตัวเป็นสื่อกลางในการพูดคุยให้ผู้ป่วยและญาติมีเป้าหมายของการปฏิบัติเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจและมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมโดยไม่พึ่งพาญาติจนเกินไป และช่วยบรรเทาความรู้สึกเป็นทุกข์ของญาติผู้ป่วย

1.4.3 จัดอบรมพยาบาลประจำคลินิกโรคหัวใจ และประจำแผนกตรวจโรคอายุรกรรมตึกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ให้มีความรู้ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย โดยอาจใช้แบบสำรวจเรื่องต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพมาเป็นแนวทางประกอบเนื้อหาของการอบรม

2. ด้านบริหารการพยาบาล

2.1 ผู้บริหารการพยาบาล ควรจัดอบรมให้บุคลากรที่มีสุขภาพที่เกี่ยวข้องทราบถึงมโนทัศน์ของการสนับสนุนทางสังคม และการนำการสนับสนุนทางสังคมไปใช้กับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.2 ควรมีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนให้มีบริการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนและต่อเนื่อง มีการจัดอบรมบุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับการให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อเป็นการเตรียมบุคลากรให้พร้อมที่จะทำหน้าที่ในการสอนอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการศึกษา

การจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลควรเน้นให้นักศึกษาตระหนักถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ, รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและระดับการศึกษา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร่วมกับให้นักศึกษาได้มีประสบการณ์ตรงในการให้และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว โดยคำนึงถึงความแตกต่างกันของรายได้ และระดับการศึกษา

เพื่อให้นักศึกษาได้มีประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในสถานการณ์จริงควรบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วย และแนวทางการประเมินภาวะนี้ โดยการประเมินจากคุณภาพชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างแท้จริง บรรจุเนื้อหาในเรื่อง แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และแนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

4. ด้านการวิจัย

4.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบความคล้ายคลึงและความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง

4.2 ควรศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ อคติในทัศนคติต่อโรค และความเชื่ออำนาจควบคุมภายนอกภายใน เป็นต้น

4.3 ควรศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการสอนญาติเพื่อส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย เช่น โปรแกรมเกี่ยวกับเทคนิคของญาติในการช่วยบรรเทาความทุกข์ให้กับผู้ป่วย ทำหน้าที่ของญาติที่ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งต้องการ

4.4 ควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่เหมาะสม

4.5 ควรเปลี่ยนรูปแบบการเก็บข้อมูลจากการให้ตอนแบบสอบถาม เป็นการสัมภาษณ์ เพราะอาจจะได้รายละเอียดของข้อมูลที่แตกต่างกัน และนำมาเปรียบเทียบกับ การศึกษาวิจัยครั้งนี้

4.6 ควรศึกษาเกณฑ์การวัดคุณภาพชีวิตของคนไทยที่นักวิชาการหลายๆ ท่าน ได้ศึกษาไว้ และนำมาสร้างเป็นเครื่องมือที่จะใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อจะได้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงกับการดำเนินชีวิตของคนไทย

บรรณานุกรม

- กฤษฎา ตงศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับความ
พึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- กรรณิการ์ กังคานนท์. การศึกษาเรื่องการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522.
- เขมิกา ยามะรัต. ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญ
กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527.
- คณะกรรมการโครงการพัฒนางานพยาบาล, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
คู่มือการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ,
2529. (อัครสำเน)
- เจริญ จันทลักษณ์ และอนันต์ชัย เขื่อนธรรม. สถิติเบื้องต้นแบบประยุกต์.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2523.
- จริยาวัตร คมพาศน์. "การพัฒนาคุณภาพชีวิต." วารสารพยาบาล. 32
(ตุลาคม-สิงหาคม 2526) : 327-332.
- จารุวรรณ พันธุสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วม-
มือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. "ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม." ในการประชุมวิชาการครั้งที่ 3
ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้. หน้า 142-169. สมพันธ์ หิณชี่นันท์,
บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2528.
- _____. ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
2529.
- ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์ และ ณรงค์ เทียนส่ง. ประชากรศาสตร์และประชากรศึกษา.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2521.

- ชมพูนุท อ่องจรีต และพัลลภา โพธิ์ฤกษ์. "ภาวะหัวใจวาย". ใน ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. หน้า 576-589. สมชาติ โสจายะ บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ และพันธุ์พิษณุ สาครพันธุ์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯเวชสาร, 2524.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. ฉบับปรับปรุงใหม่. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2527.
- ดิเรก ฤกษ์ห่วย. "คุณภาพชีวิต." ข่าวสารเกษตรศาสตร์. 28(6) (ธ.ค.2526-ม.ค.2527) : 98-101.
- ดวงมณี วิเศษกุล. โรคและอาหารเฉพาะโรค. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2525.
- ทัศนีย์ จินางกูร. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- นริศ ศรีวัฒสนนท์. "Pathophysiology of Congestive Heart Failure." ใน กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต. (การประชุมวิชาการครั้งที่ 2 วันที่ 18-21 ธันวาคม 2527). หน้า 209-215. สมพันธ์ ธิญีรนนนท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : ประชาชน, 2527.
- นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- นวลชนิษฐ์ ลิ้มปณัสส์. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิตสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

- นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. "จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข." เอกสารการสอนชุดวิชา สังคมวิทยาการแพทย์. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2528.
- บดี ธนะมัน. "บทพื้นฐานวิชาการความจำเป็นพื้นฐานและคุณภาพชีวิต". จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 31 (ตุลาคม 2530) : 821-828
- ประภา รัตน์เมธานนท์. การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- พยงค์ จูทา. Topics in Cardiology. พิมพ์ครั้งที่ 4. มพท., 2527.
- พรศรี ศรีอัญญาพร. สถิติและการวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สามเจริญพานิช, 2529
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. การจัดบุคลากรเพื่อคุณภาพการดูแล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยเกษม, 2522.
- ยุวดี ฤาชา และคณะ. วิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2526.
- รัตนา มาศเกษม. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- เรมवल นันท์ศุภวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต. ภาควิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.
- ลัดดาวัลย์ สิ่งคำฟู. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.

ศุภชัย ศุกรวรรณ. "มุมมองหนึ่งของสิทธิมนุษยชนกับคุณภาพชีวิต." วารสารประชากรศึกษา. 12 (เมษายน 2529) : 85-87.

สรัญญา เอียร์โอส. "คุณภาพชีวิต." โฉมทัศน์. 4(2) (กค.-ธค.2526) : 57-59.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ ลัดดาวัลย์ รอดมณี. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์, 2527.

สุพัทธา สุภาพ. สังคมวิทยา. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิชจำกัด, 2524.

สมจิต วัฒนาขยากุล. สถิติวิเคราะห์เบื้องต้น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2524.

สมจิต หนูเจริญกุล. "การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว." ในการพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 7 หน้า 88-111. สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. มปท. : 2528.

สาธารณสุข, กระทรวง. กองสถิติสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุขแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภา, 2529.

..... เอกสารเผยแพร่จำนวนตายด้วยสาเหตุที่สำคัญกับอัตรา (ต่อประชากรแสนคน), 2521-2525.

..... สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สรุปรายงานการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2526.
(อัดสำเนา)

..... สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ :
พิมพ์ที่องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2532.

เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์อักษรไทย, 2521.

เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย และ เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา. หลักการพยาบาลอายุรศาสตร์ :
การพยาบาลผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือด. 2524. (อัดสำเนา)

สุพรรณงะ ทิพานุกะ. "สาเหตุตายที่สำคัญของประชากรในประเทศไทย พ.ศ. 2523-2526."

วารสารการอนามัยและสิ่งแวดล้อม. 8 (มกราคม-เมษายน 2528) :

85-116.

อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม
การปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

อัญเชษฐ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา. "การไหลเวียนเลือดและปริมาณเลือด." ใน สรีรวิทยา 1.

พิมพ์ครั้งที่ 2 หน้า 167-173. คณะจารย์ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2526.

อุทุมพร จามรมาน. "คุณภาพชีวิตของคนกรุงเทพมหานคร." วารสารจิตวิทยาคลินิก.

18 (มกราคม-มิถุนายน 2530) : 1-23.

Andreason, N.T.C. & Norris, A.C. "Long Term Adjustment and
Adaptation Mechanism in Severely Burned Adult." Journal
Nervous and Mental Disease. 154(July 1972) : 352-362.

Andrew, F. & McKennell, A. "Measures of Self-Reported Well-being
Their Affective, Cognitive and other Components."
Social Indicators. 8(February 1980) : 127-155.

Baker, B.I., et al. "Predictive Value of M-mode Echocardiography
in Patients with Congestive." American Heart Journal.
111 (April 1986) 697-702.

Barrera, M. "Social support in the adjustment of pregnant
adolescents : Assessment issues." In Social Network
and Social Support. pp. 69-96. Edited by G.H. Gottlieb.
London : SAGE Publication, 1982.

- Berkman, L.F. & Syme, S.L. "Social Networks, Host Resistance, and Mortality : a Nine Year Follow-up Study of Alameda County Residents." American Journal of Epidemiology. 109(February 1979) : 186-203.
- Billings, D. McG. & Stokes, L.G. Medical Surgical Nursing. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1982.
- Blazer II, D.G. Depression in Late Life. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1982.
- Boogaard, M.A.K. "Rehabilitation of the Female Patient after Myocardial Infarction." The Nursing Clinics of North America. 19(September 1984) : 433-440.
- Brotner, R.W. & Hultsch, D.F. "A Multivariate Analysis of Correlates of Life Satisfaction in Adulthood." Journal of Gerontology. 25 (April 1979) : 41-47.
- Brandt, P.A. & Weinert, C. "The PRQ-a Social Support Measure." Nursing Research. 30(September/October 1981) : 277-280.
- Braunwald, E. "Heart Failure." In Harrison's Principle of Internal Medicine. 9th ed. Edited by T.R. Harrison et al. Tokyo : McGraw-Hill Kogakusha, 1981.
- Briody, M.E. "The role of the nurse in modification of cardiac risk factor". Nursing Clinics of North America, 1984, 19, 387.
- Brown, J.S. & McGreevy, M. "The Hale Elderly : Health Behavior and its Correlates." Research in Nursing & Health. 9 (December 1986) : 317-329.
- Brown, J.S., et al. "Life Satisfaction and Chronic Diseases: Exploration of Theoretical Model." Medical Care : 19(November 1981) : 1136-1146.

Brunner, L.S. & Suddarth, D.S. Textbook of Medical-Surgical Nursing. 5th ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1984.

Burckhardt, C.A.S. "The Impact of Arthritis on Quality of Life." Doctoral Dissertation University of Colorado, 1982.

_____. "The Impact of Arthritis on quality of life." Nursing Research. 34. (February 1985) : 11-16.

Campbell, A. "Subjective Measure of Well-being." American Psychologist. 31 (January 1976) : 117-124.

Caplan, R.D. "Patient, Provider, and Organization : Hypothesized Determinants of Adherence." In New Directions in Patients Compliance. p. 39. Edited by S.J. Cohen. Lexington : D.C. Health & Company, 1977.

Cameran, P. "Social Stereotypes 3 Faces of Happiness." Psychology Today. 8(August 1974) : 63-64.

Cobb, S. "Social Support as a Moderator of Life Stress". Psychosomatic Medicine. 38(September/October 1976) : 300-314.

_____. " Social support and health through the life course. In Aging from birth to death. pp. 93-106. Edited by M.W. Riley New York : Westvies press. 1979.

Cohen, S. & Willis, T.A. "Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis." Psychological Bulletin. 98 (September 1985) : 310-357.

Cronenwelt, L.R.H. "Relationship Among Social Network Structure, Perceived Social Support, and Phychological outcome of Pregnancy." Doctoral Dissertation the University of Michigan, 1984.

- Cutler, S.J. "Voluntary Association Participation and Life Satisfaction :A Cuationary Research Note." Journal of Gerontology. 28(January 1979) : 96-99.
- Dalkey, N. & Rourke, D. The delphi procedure and rating quality of life factors, in the quality of Life concept. Washington, D.C., Environmental Protection Agency, 1973.
- Dean, H. "Choosing Multiple Instruments to Measure the Quality of Life." Oncology Nursing Forum.12(September/October 1985) : 98-100.
- Dimsdale, J.E., et al. "The Role of Support in Medical Care". Social Psychiatry. 14(July 1979) : 175-180.
- Dubos, R. "The State of Health and the Quality of Life". The Western Journal of Medicine. 125(July 1976) 8-9.
- Eaton, W. "Life events, social supports, and psychiatry symptom : A reanalysis of the New Haven data." Journal of Health and Social behavior. 19(1978) : 230-234.
- Evans, R.L. & Northwood, L.K. "Social Support Needs in Adjustment to Stroke." Arch. Phys. Med. Rehabil. 54 (February 1982) : 61-64.
- Evans, R.W., et al. "The Quality of Life of Patient with End-Stage Renal Disease". The New England Journal of Medicine. 132(February 1985) : 553-559.
- Ferran, C.E. & Powers, M.J. "Quality of Life Index : Development and Psychometric Properties". Advances in Nursing Science. 8(October 1985) : 15-24.
- Flanagan, J.C. "A Research Approach to Improving Our Quality of Life". American Psychologist. 31(February 1978) : 138-147.

_____. "Measurement of Quality of Life : Current State of the Art." Arch. Phys. Med. Rehabil. 63 (February 1982) : 56-59.

Franciosa, J.A., et al. "Survival in Men with severe Chronic Left Ventricular Failure due to Either Coronary Artery Disease of Idiopathic Dilated Cardiomyopathy." The American Journal of Cardiology. 51(March 1985) : 831-836.

Gitter, A.G. & Mostofsky, D.I. "The Social Indicator : an index of the Quality of Life". Social Biology. 20 (September 1973) : 289-297.

Gore, S. "The Effect of Social Support in Moderating the Health Consequences of Unemployment." Journal of Health and Social Behavior. 19(June 1978) : 157-158.

Graham, K.Y. & Longman, A.J. "Quality of Life and Person with Melanoma" Cancer Nursing. 10(July 1987) : 338-346.

Haes, J.C.M. & Knippenberg, F.C.E. "The Quality of Life of Cancer Patients : A Review of The Literature." Social Science Medicine 20(September 1986) : 809-817.

Hammon, B.B. & Lee, G. Quick Reference to Emergency Nursing. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1984.

Hanucharurnkul, S. Social Support, Self care and Quality of Life in Cancer patients receiving radiotherapy in Thailand. A dissertation of the requirements for the degree of doctor of philosophy (nursing) in the Graduate School of Wayne State university, 1988.

- Harper, D.C. "Application of Orem's Theoretical Constructs to Self-Care Medication Behaviors in the Elderly." Advances in nursing science. 6 (April 1984) : 29-44.
- Hatcher, B.J., Durham, J.D. & Richey, M. "Overcoming Stroke Related Depression." Journal of Gerontological Nursing. 11(November 1985) : 35-39.
- Haug, M.R. & Folmar, S.J. "Longevity, Gender and Life Quality." Journal of Health and Social Behavior. 27(December 1986) : 331-345.
- Holmes, S. "Pursuit of Happiness." Nursing Mirror. 161(September 1985) : 43-45.
- Holmes, S. & Dickerson, J. "The Quality of Life : Designs and Evaluation of a Self-Assessment Instrument for Use with Cancer Patients". Internal Journal Nursing Studies. 24(1987) : 15-24.
- Hubbard, P., Muhlenkamp, A.F. & Brown, N. "The Relationship between Social Support and Self-Care Practice." Nursing Research. 33 (September/October 1984) : 266-269.
- Israel, B.A. "Social Network and Social Support : Implication for Natural Helper and Community Level Intervention." Health Education Quarterly. 12(November 1985) : 80.
- Jacobson, E.E. "Type and Time of Social Support." Journal of Health and Social behavior. 27(September 1986) : 246-250.
- Jackle, M.J. "Life Satisfaction and Kidney Dialysis" Nursing Forum. 13(March 1974) : 360-370.
- Johnson, F., Cloyed, C. & Wer, J.A. "Life Satisfaction of Poor Urban Black Aged". Advance in Nursing Science. 4(April 1982) : 27-34.

- Johnson, F.L., et. al. "Life satisfaction of the elderly American Indian". International Nursing Study. 23(September 1986) : 265-273.
- Joseph, L.S. "Self-Care and Nursing Process," Nursing Clinics of North America. 15, 1(March, 1980).
- Julian, D.G. "Quality of Life after Myocardial Infarction." American Heart Journal. 114(July 1987) : 241-244.
- Kahn, R.L. "Aging and Social Support." In Aging from Birth to Death : Interdisciplinary Perspectives. p. 85. Edited by M.W. Riley. Colorado : Westview press, 1979.
- Kaplan, B.H., Cassel. J.C. & Gore, S. "Social Support and Health." Medical Care. 15(May 1977) : 50-51.
- Laborde, J.M. & Powers, M.J. "Satisfaction with Life for Patients Undergoing Hemodialysis and Patients Suffering from Osteoarthritis." Research in Nursing and Health. 3(March 1980) : 19-24.
- Lambert, V.A. & Lambert, C.E.Jr. "The Patients with an Alteration in cardiovascular Function." In The Impact of Physical Illness and Related Mental Health Concepts. pp.170-204. Englewood cliffs, N.J. : Prentice-Hall Inc., 1979.
- _____. "The Relationship between Social Support and Psychological Well-being in Rheumatoid Arthritic Women from Two Ethnic Group." Health Care for Women International. 6. (1985) : 405-415.
- Levin, L.S. "Patient Education and Self-Care : How do they differ." Nursing Outlook. 27(March 1978) : 170-175.
- Levy, N.B. & Wynbrandt, G.D. "The Quality of Life on Maintenance Hemodialysis." Lancet. 1 (June 1975) : 1328-1330.

- Lewis, F. "Experienced Personal Control and Quality of Life in Late-Stage Cancer Patients." Nursing Research. 31 (April 1982) : 390-392.
- Lieberman, M.A. "The Effects of Social Supports on Response to Stress." In Handbook of Stress : Theoretical and Clinical Aspect. pp. 764-782. Edited by L. Goldberg and S. Brenznitz. New York : Adnison of Macmilland Publishing Co., Inc., 1972.
- Luckman, J. & Sorensen, K.C. Medical Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach. Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1974.
- Lynda, H. & Nancy, S. Self-Care Nursing : Promotion of Health. New Jersey : Prentice-Hall Inc., Englewood Clifts., 1985.
- Mckeehan, L.M., Cowling, W.R. & Wykle, M.L. "Cantril Self-Anchoring Ladders : Methodological Considerations for Nursing Science" Nursing Research Methodology Issues and Implementation pp.285-293. Edited by P.L. Chinn, Rockville : An Aspen Publication, 1986.
- Mc Sweeny, A.J.,et.al. "Life quality of patients with Chronic obstructive Pulmonary Disease". Archives of Internal Medicine. 142(March 1982) : 473-478.
- Marino, L.B. & Kooser, J.A. "The Psychosocial care of cancer clients and their families : periods of high risk". In Cancer Nursing. pp. 53-86 Edited by L.B. Marino. st.Louis : The C.V. Mosby Company, 1981.

Magily, J.K. "Quality of Life of Hearing Impaired Older Women."

Nursing Research. 34 (January 1979) : 86-93.

_____. "Quality of Life of Hearing Impaired Older Women."

Nursing Research. 34 (May/June 1984) : 140-143.

Markides, K.S. & Martin, H.W. "A Causal Model of Life

Satisfaction Among the Elderly". Journal of

Gerontology. 34(January 1979) : 86-93.

Maslow, A.H. Motivation and Personality. 2nd ed. New York :

Harper & Row, 1970.

Meyerowitz, B.E. ,et al. "Quality of Life for Breast Cancer

Patients Receiving Adjuvant Chemotherapy." American

Journal of Nursing. 83 (February 1983) : 232-235..

Miller, J.F. Coping With Chronic Illness Overcoming Power

lessness. Philadelphia. F.A. Davis Company, 1983.

Moynihan, M. "Assessing the Educational Needs of Post-Myocardial

Infarction Patients." The Nursing Clinics of North

America. 19(September 1984) : 441.

Mullin, V.I. "Implement the Self-Care Concept in the Acute care

Setting." Nursing Clinics of North America. 15(March

1980) : 177-190.

Muhlenkamp, A.F. & Sayles, J.A. "Self-Esteem, Social Support,

And Positive Health Practices." Nursing Research.

Neugarten, B.L., Havighurst, R.J. & Tobin, S.S. "The Measurement

of Life Satisfaction" Journal of Gerontology. 16(April

1961) : 134-143.

- Nicholas, B. Population Growth, Individual demographic Decisions, and The Quality of Life : In A Sourcebook on Population Education, Population Education Project, Mahidol University, Bangkok, 1975.
- Niemi, M.L., et al. "Quality of Life 4 Years After Stroke." Stroke 19(September 1988). 1101-1107.
- Norbeck, J.S., Lindsey, A.M. & Carrieri, V.L. "The Development of an Instrument to Measure Social Support." Nursing Research. 30 (September/October 1981) : 264-269.
- Norbeck, J.S. "The Use of Social Support in Clinical Practice." Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service. 20(December 1982) : 22-29.
- Orem, D.E. "The Self-Care Deficit Theory of Nursing : A General Theory" In Nursing Model and The Family. pp.205-217. Edited by I.W. Clements and F.B. Robert. New York : John Wiley & Sons Company, 1983.
- _____. Nursing : Concepts of Practice. 3 rd. ed. New York : McGraw-Hill book Company, 1985.
- Orem, D.E. & Taylor S. "Orem's General Theory of Nursing." In Case Study in Nursing Theory. pp. 37-71. Edited by Winstead-Fry, P. New York : National League for Nursing, 1986.
- Osberg, J.S., et al. "Predicting Long-term Outcome among Post-Rehabilitation Stroke Patients." American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 67(June 1988) : 94-103.

- Ott, C.R., et al. "A Controlled Randomized Study of Early Cardiac Rehabilitation : The Sickness Impact Profile as an Assessment Tool." Heart & Lung. 12(March 1983) : 162-170.
- Padilla, G.V., et al. "Quality of Life Index for Patients with Cancer." Research in Nursing and Health. 6(September 1983) : 117-126.
- Padilla, G.V. & Grant, M.M. "Quality of life as a cancer nursing outcome variable". Advances in Nursing Science. 8(October 1985) : 45-60.
- Palmore, E. & Luikart, C. "Health and Social Factors Related to Life Satisfaction" Journal of Health & Social Behavior. 13(March 1972) : 68-79.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. Norewalk : Appleton-Century Crofts, 1982.
- _____. Health promotion in Nursing practice. 2nd Norewalk : Appleton-Century Crofts, 1987.
- Phipp, W.J. ,et al. Medical and Surgical Nursing : Concepts and Clinical practice. St. Louis : The C.V. Mosby Compay, 1983.
- Pierce, L.L. & Salter, J.P. "Stroke Support Group : A Reality." Rehabilitation Nursing. 13 (July/August 1988) : 189-190.
- Pinneo, R. "Living with Coronary Artery Disease : the Nurse's Role." The Nursing Clinics of North America. 19 (September 1984) : 459-467.
- Spitzer, W., Dobson, A. & Hall, J. "Measuring the QuLife of Cancer Patients. A Concise QL-Index for Use by Physicians". Journal of Chronic Disease. 34(June 1981) : 585-597.

- Stride, N.M. "An Investigation of the Dependence of Severely Disabled People in a Hospital." Journal of Advanced Nursing. 13(September 1988) : 557-564.
- Stromberg, M.F. "Selecting and Instrument to Measure Quality of Life." Oncology Nursing Forum. 11(September/October 1984) : 88-91.
- Taylor, S.H. "Drug Therapy an Quality of Life in Angina Pectoris." American Heart Journal. 114(July 1987) : 234-240.
- Thoits, P.A. "Conceptual Methodological and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress." Journal of Health and Social Behavior. 23 (June 1982) : 145-159.
- _____. "Social support as Coping assistance." Journal of Consulting and Clinical Psychology. 54(1986) : 416-423.
- Tilden, V.P. "Issues of Conceptualization and Measurement of Social Support in the Construction of Nursing Theory" Research in Nursing and Health. 8(June 1985) : 201-202.
- Unverferth, D.V. ,et al. "Factors influencing the one year Motality of Dilated Cardiomyopathy." The American Journal of cardiology. 54(July 1984) : 147-152.
- Waxler, R. "The Patient with Congestive Heart Failure." The Nursing Clinic of North America. 11(May 1976) : 297-308.
- Weinert, C. "A Social Support Measure : PRQ 85." Nursing Research. 36(September/October 1987) : 273-275.
- Weiss, R. "The Provision of Social Relationships." In Doing Unto Others. pp. 17-26. Edited by Zick Rubin. Englewood Cliffs : N.J. Prentice Hall, 1974.

Wenger, N.K., Hurst, J.W. & McIntyre, M. Cardiology of Nurses.

New York : McGraw-Hill Book Company, 1980.

Wood, V., Wylic, M.L. & Sheafor, B. "An analysis of a short self report measure of life satisfaction : Correlation with rater judgement". Journal of Gerontology 24(October 1969) : 465-469.

Wortman, C.B. "Social support and the cancer patient : Conceptual and Methodological issue." Journal of American Cancer Society. 53(May 1984): 2339-2360.

Young, K.J. & Longman, A.J. "Quality of Life and persons with Melanoma : a pilot study." Cancer Nursing. 6(June 1983) : 219-225.





ความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย

หลังจากได้นำแบบวัดทั้งหมดไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่งซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) แล้ว ผู้วิจัยได้นำมาวัดดังกล่าวไปใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่งซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 ราย และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดอีกครั้ง ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดแต่ละฉบับเปรียบเทียบกับค่าความเชื่อมั่นที่ได้จากการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 20 ราย ดังนี้

ตารางที่ 5 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย และ 20 ราย

แบบวัด	ค่าความเชื่อมั่น	
	n = 100	n = 20
1. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม	0.9256	.84
2. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	0.8812	.73
3. แบบวัดคุณภาพชีวิต		
- ความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต	0.8475	.89
- ความพึงพอใจเฉพาะเรื่อง	0.8324	.93

จากตารางที่ 5 พบว่ามีเฉพาะแบบวัดคุณภาพชีวิตเท่านั้น เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้นแล้ว ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือลดลง ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่งส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณภาพชีวิตคล้ายคลึงกัน แต่อย่างไรก็ตามค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตก็ยังอยู่ในเกณฑ์สูงสำหรับแบบวัดอื่นๆ คือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพนั้นเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้นพบว่าค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือสูงขึ้น ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเครื่องมือที่มีความเชื่อถือได้สูง และมีความคงที่ในการวัด



การจัดลำดับความสำคัญและความพึงพอใจของแบบวัดความพึงพอใจเฉพาะเรื่อง

เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ประกอบเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตว่าผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่งให้ความสำคัญกับเรื่องใดในชีวิตของเขา และปัจจุบันเขามีความพึงพอใจกับเรื่องเหล่านั้นมากน้อยเพียงใด ซึ่งจะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางประกอบการวางแผนในการพยาบาลต่อไป ผู้วิจัยจึงได้นำคะแนนความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่องมาหาค่าเฉลี่ยรายข้อตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจและคะแนนความสำคัญของแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง

แบบวัดความพึงพอใจเฉพาะเรื่อง		ค่าเฉลี่ย	
ด้านต่าง ๆ		ความพึงพอใจ	ความสำคัญ
1. ความสุขสบายด้านวัตถุ		5.93	4.68
2. การมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง		5.05	4.75
3. สัมพันธภาพที่ดีกับญาติพี่น้อง		5.84	4.47
4. การมีเงินใช้จ่ายในครอบครัว		5.28	4.61
5. การได้ช่วยเหลือและดูแลบุตรหลาน		5.81	4.28
6. การมีเพื่อนสนิท		5.35	3.96
7. การได้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น		5.31	3.84
8. การมีส่วนร่วมในกลุ่มเพื่อน สมาคม หรือชมรม		4.97	3.59
9. การศึกษาเล่าเรียน		5.01	4.61
10. การมีเป้าหมายและหลักเกณฑ์ในการดำเนินชีวิต		5.21	4.23
11. การมีงานทำนอกบ้านหรือในบ้าน		5.25	4.39
12. การได้แสดงความคิดสร้างสรรค์		4.93	3.79
13. การพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น		5.21	3.70
14. การอ่านหนังสือ ฟังเพลง หรือดูการละเล่น		5.09	3.51
15. การทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ		5.13	3.74

ตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในเรื่องต่างๆ ค่อนข้างสูง และเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากกว่าเรื่องอื่นๆ คือ ความสุขสบายด้านวัตถุ รองลงมาคือ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับญาติพี่น้อง เรื่องที่กลุ่มตัวอย่างมีวัดความพึงพอใจน้อยกว่าเรื่องอื่นๆคือ การได้แสดงความคิดสร้างสรรค์ รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในกลุ่ม สมาคม หรือชมรม

ในเรื่องการให้ความสำคัญ กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับเรื่อง การมีสุขภาพแข็งแรงและความสุขสบายด้านวัตถุมาก. แต่เรื่องการอ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูการละเล่น และเรื่องการมีส่วนร่วมในกลุ่มเพื่อน สมาคม ชมรม กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญน้อย

เมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจและคะแนนความสำคัญในตารางที่ 6 มาจัดลำดับตามความมากน้อยของคะแนน พบว่าผู้ปวยให้ลำดับความสำคัญและลำดับความพึงพอใจดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ลำดับความสำคัญและความพึงพอใจในเรื่องต่างๆ ของแบบวัดความพึงพอใจ
ในชีวิตเฉพาะเรื่องโดยเรียงตามความมากน้อยของค่าเฉลี่ย

แบบวัดความพึงพอใจเฉพาะเรื่อง ด้านต่างๆ	ลำดับที่ ความสำคัญ	ลำดับที่ ** ความพึงพอใจ
การมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง	1	12
ความสุขสบายด้านวัตถุ	2	1
การมีเงินใช้จ่ายในครอบครัว	3	6
การศึกษาเล่าเรียน	4	13
สัมพันธภาพที่ดีกับญาติพี่น้อง	5	2
การมีงานทำนอกบ้านหรือในบ้าน	6	7
การได้ช่วยเหลือและดูแลบุตรหลาน	7	3
การมีเป้าหมายและหลักเกณฑ์ในการดำเนินชีวิต	8	8
การมีเพื่อนสนิท	9	4
การได้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น	10	5
การได้แสดงความคิดสร้างสรรค์	11	15
การทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ	12	10
การพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น	13	8
การมีส่วนร่วมในกลุ่มเพื่อน สโมสร ชมรม หรือชมรม	14	14
การอ่านหนังสือ ฟังเพลง หรือดูการละเล่น	15	11

** ลำดับที่ความพึงพอใจมาก (เช่น 14, 15) หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในเรื่องนี้น้อย

** ลำดับที่ความพึงพอใจน้อย (เช่น 1, 2) หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในเรื่องนี้น้อยมาก

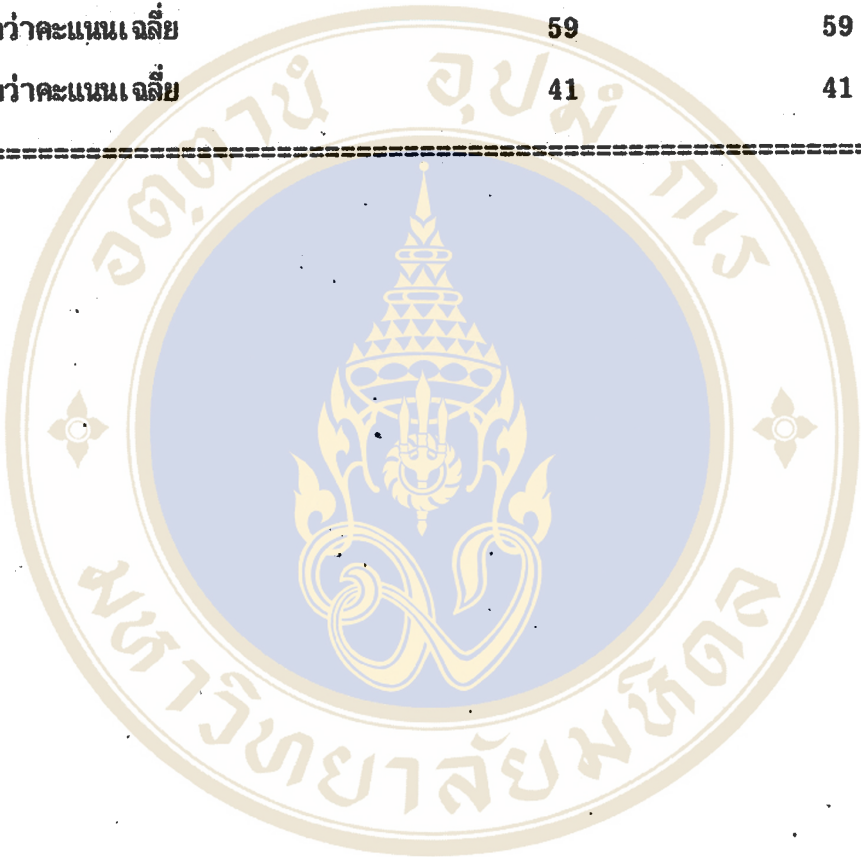
จากตารางที่ 7 พบว่าเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในชีวิตของเขามาก แต่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในเรื่องนี้น้อย ได้แก่ เรื่องการมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง , การศึกษาเล่าเรียน และการได้แสดงความคิดสร้างสรรค์ ดังนั้นในการวางแผนให้การพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคนี้จึงควรเน้น และให้ความสนใจเรื่องดังกล่าว เพราะจะช่วยส่งผลถึงการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยได้





1. ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนการสนับสนุนทางสังคม

คะแนนการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (n = 100)	ร้อยละ
สูงกว่าคะแนนเฉลี่ย	59	59
ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ย	41	41



2. ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนรายข้อและจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงถึง
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 100$)

ข้อความ	$\bar{X}$	เห็นด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ค่อนข้าง เห็นด้วย	รู้สึก เฉยๆ	ค่อนข้าง ไม่เห็น	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น อย่างยิ่ง
1. ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึก อบอุ่นและปลอดภัย	6.16	51	33	6	6	-	3	1
2. ฉันรู้สึกว่าคุณเองมีความ สำคัญต่อกลุ่ม	5.14	14	36	20	21	1	5	3
3. คนส่วนใหญ่บอกให้ฉันรู้เมื่อ ฉันทำงานดี	5.15	15	32	24	18	5	5	1
4. ฉันไม่สามารถพึ่งพาญาติที่ น้องหรือเพื่อน เมื่อมีปัญหา	4.94	4	5	16	10	10	43	12
5. ฉันได้พบปะอย่างเพียงพอ กับบุคคลที่ทำให้ฉันมีความ รู้สึกว่ามีค่า	5.27	10	38	27	22	1	1	1
6. ฉันใช้เวลาไปกับคนที่มี ความสนใจตรงกับฉัน	5.51	17	43	20	15	4	1	-
7. ฉันมีโอกาสน้อยที่จะดูแลผู้อื่น	3.79	4	29	19	10	15	16	7
8. มีคนบอกฉันว่าเขาชอบที่ จะทำงานร่วมกับฉัน	4.95	15	24	24	24	5	7	1
9. ฉันมีบุคคลที่พร้อมจะช่วย เหลือในระยะเวลายาวได้ ถ้าฉันต้องการ	5.30	26	35	16	5	7	6	5
10. ไม่มีใครที่จะรับฟังความ รู้สึกของฉันได้	4.89	4	9	9	13	16	35	14

2. ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนรายข้อ และจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงถึง
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 100$) [ต่อ]

ข้อความ	$\bar{X}$	เห็นด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ค่อนข้าง เห็นด้วย	รู้สึก เฉยๆ	ค่อนข้าง ไม่เห็น	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
11. ในกลุ่มเพื่อนของฉัน เรา ชอบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	5.68	24	52	8	5	7	3	1
12. ฉันมีโอกาที่จะกระตุ้น ผู้อื่นให้พัฒนาความสนใจ และทักษะ	5.28	18	32	24	18	4	2	2
13. คนในครอบครัวทำให้ฉัน รู้ว่าฉันมีความสำคัญต่อ ครอบครัว	6.07	48	30	10	8	1	3	-
14. ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่จะ ช่วยเหลือฉันถึงแม้ว่าฉัน จะไม่สามารถตอบแทน เขาได้	5.38	23	42	16	3	5	7	6
15. เมื่อฉันอารมณ์เสียมีผู้ที่ ฉันสามารถอยู่ด้วยและ ปล่อยยให้ฉันเป็นตัวของตัวเอง	5.15	15	39	23	10	1	6	6
16. ฉันรู้สึกว่าไม่มีใครมีปัญหา เหมือนฉัน	4.18	5	21	16	12	10	27	9
17. ฉันชอบกระทำบางสิ่งเป็น พิเศษที่จะทำให้ชีวิตของ คนอื่นมีความเพลิดเพลิน มากขึ้น	5.15	12	41	20	13	6	7	1

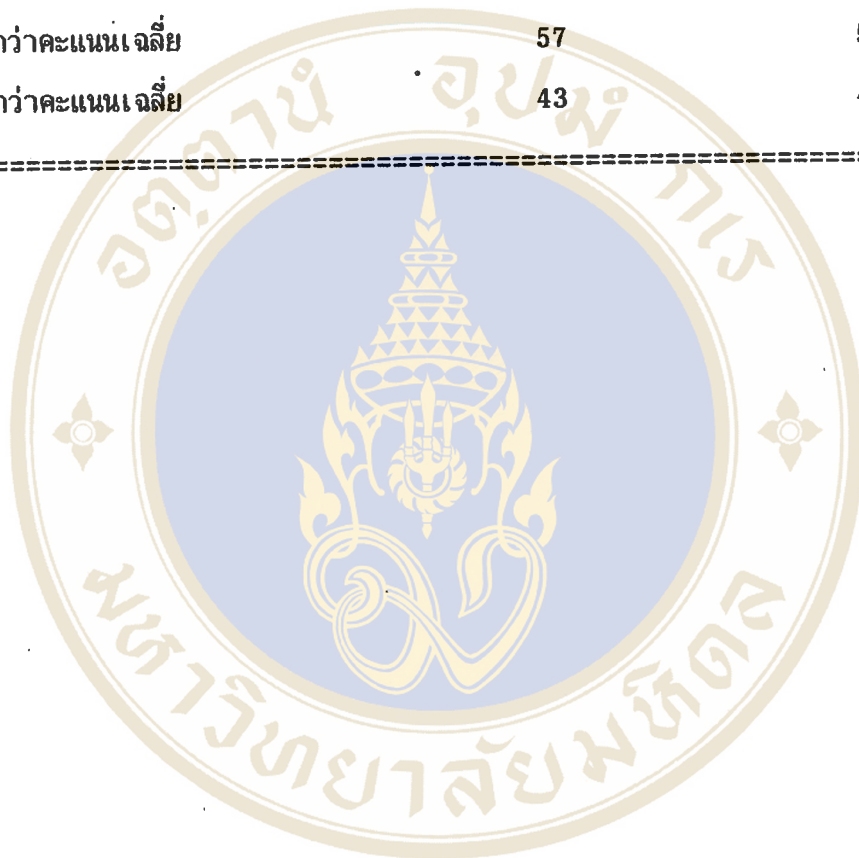
2. ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนรายข้อและจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงถึง
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 100$) [ต่อ]

ข้อความ	$\bar{X}$	เห็นด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ค่อนข้าง เห็นด้วย	รู้สึก เฉยๆ	ค่อนข้าง ไม่เห็น	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น อย่าง ยิ่ง
18. จินทรภาพว่าคนอื่นมีความ ซื่อสัตย์ในตัวฉัน	4.69	8	21	32	22	9	4	4
19. ฉันมีบุคคลที่รักและเอาใจ ใส่ในตัวฉัน	5.84	29	47	12	6	4	1	1
20. ฉันมีผู้ที่ร่วมทำงาน เข้า สังคมและร่วมในกิจกรรม รื่นเริงต่างๆ ด้วย	5.46	22	41	14	14	4	3	2
21. ฉันรับผิดชอบในการจัด การช่วยเหลือเมื่อมี ผู้ต้องการ	5.59	23	38	26	6	3	3	1
22. ถ้าฉันต้องการคำแนะนำ จะมีผู้คอยช่วยเหลือฉันให้ สามารถแก้ไขสถานการณ์ นั้นๆ ได้	5.50	16	43	26	10	1	3	1
23. ฉันมีความรู้สึกว่ามีคน ต้องการฉัน	5.58	20	49	10	13	6	2	-
24. คนส่วนมากทำให้ฉันคิดว่า ฉันไม่ใช่เพื่อนที่ดีเท่าที่ ควรจะเป็น	4.88	4	7	13	12	14	37	13
25. ถ้าฉันเจ็บป่วยมีผู้ที่จะให้ คำแนะนำแก่ฉันในการ ดูแลตัวเอง	5.81	26	47	19	1	4	3	-



1. ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	จำนวน (n = 100)	ร้อยละ
สูงกว่าคะแนนเฉลี่ย	57	57
ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ย	43	43



2. ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนรายข้อและจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่แสดง

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ จำแนกตามความถี่ของพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (n = 100)

ข้อความ	$\bar{X}$	ทำเป็น ประจำ	ทำเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ทำ
1. ท่านรับประทานอาหารจำพวกไขมันสัตว์ เช่น หมูสามชั้น ขาหมู หนังไก่และไขมันจากพืช เช่น กระเทียม น้ำมันมะพร้าว	1.88	16	80	4
2. ท่านดื่มเกลือ น้ำปลา ซอสหรือซีอิ๊ว ขณะรับประทานอาหาร	1.82	32	54	14
3. ท่านรับประทานอาหารผักต่างๆ และผลไม้พวก ส้ม กล้วย	2.54	54	46	-
4. ท่านรับประทานอาหารแต่ละมื้อพออิ่มเท่านั้น	2.71	72	27	1
5. ท่านดื่มน้ำ วันละ 6-8 แก้ว	2.67	70	27	3
6. ท่านดื่มชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	2.53	7	33	60
7. ท่านซื้อยาที่แพทย์ไม่ได้สั่ง เช่น ยานอนหลับ ยาระบาย ยาสมุนไพร ยาแก้ปวด ลดไข้ มารับประทาน	2.49	2	47	51
8. ท่านเพิ่มขนาดยาเองเมื่อรู้สึกว่าอาการไม่ดีขึ้น	2.92	1	6	93
9. ท่านหยุดรับประทานโดยไม่ได้รับการปรึกษาแพทย์	2.77	1	21	78
10. ท่านลืมรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	2.45	5	45	50
11. ท่านออกกำลังกาย เช่น เดินเล่นหรือบริหารร่างกายด้วย มือเปล่า ครั้งละ 10-20 นาที	2.21	30	61	9
12. ท่านออกกำลังกายภายใน 30 นาที หลังรับประทานอาหาร หรือออกกำลังกายก่อนนอน	2.51	4	41	55
13. ท่านออกกำลังกายหรือทำงานโดยเริ่มใช้กำลังเพียง เล็กน้อยก่อนถ้าไม่เหนื่อยจึงค่อยๆ เพิ่มการใช้กำลัง มากขึ้นแต่ถ้าเหนื่อยจะหยุดพักทันที	2.52	57	38	5
14. ท่านนอนหลับสนิทคืนละประมาณ 6-8 ชั่วโมง	2.55	56	43	1
15. ในตอนกลางวันหลังจากทำงานและทำกิจวัตรประจำวัน เสร็จสิ้นท่านจะนอนพักผ่อน	2.29	38	53	9

2. ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนรายข้อและจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่แสดง
พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ จำแนกตามความถี่ของพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (n = 100)[ต่อ]

ข้อความ	$\bar{x}$	ทำเป็น ประจำ	ทำเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ทำ
16.ท่านมีเวลาพักผ่อนช่วงกลางวัน เช่น พักวิทย์ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ นั่งหรือนอนพักวันละ 1-2 ชั่วโมง	2.46	52	42	6
17.ท่านได้ปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติเช่น ใจสั่นหรือ หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบากเป็นต้น	2.55	60	35	5
18.เมื่อมีอาการเป็นหวัด เจ็บคอ เป็นไข้หรือสงสัยว่าจะมีการ ติดเชื้อท่านปล่อยให้หายเอง	2.45	11	33	56
19.ท่านแปร่งฟันหรือบ้วนปากหลังรับประทานอาหาร	2.65	67	31	2
20.ท่านสูบบุหรี่	2.82	4	10	86
21.ท่านมาพบแพทย์ตามนัด	2.93	95	3	2
22.ท่านรู้สึกว่าคุณเองมีอาการหงุดหงิดหรือโกรธง่ายกว่าเมื่อ ก่อนป่วย	1.91	24	61	15
23.ท่านยังไปมาหาสู่ พบปะพูดคุย โทรศัพท์หรือจดหมายติดต่อ กับผู้อื่นเหมือนก่อนป่วย	2.33	44	45	11
24.เมื่อมีปัญหาหรือมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านจะหมกมุ่นคิดถึง ปัญหานั้นคนเดียวโดยไม่บอกใคร	2.02	22	54	24



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ วิเชียร ทองแดง
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ สมศรี เชื้อหิรัญ
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. รองศาสตราจารย์ ดร. จริยาวัตร คมพัยคม
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. อาจารย์ พิษณุ ประเสริฐสินธุ์
ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ.
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรรณิการ์ สุวรรณโคต
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ วิเชียร ทองแดง
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ภักดี
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. คุณพิชรา อินทรสุข
พยาบาลหัวหน้าหออภิบาลโรคหัวใจ โรงพยาบาลศิริราช
8. คุณพจนา สุพรรณสมบูรณ์
พยาบาลหัวหน้าแผนกอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลราชวิถี
9. คุณบุญสม มิตรพระพันธ์
พยาบาลหัวหน้าหน่วยศัลยกรรมและทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบวัดคุณภาพชีวิต

1. รองศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ สมศร เชื้อหิรัญ
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รองศาสตราจารย์ ดร. จริยาวัตร คมพาศน์
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์ พิษณุ ประเสริฐสินธุ์
ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ.
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรรณิการ์ สุวรรณโคต
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ลงใน () หน้าข้อความ หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ

() ชาย

() หญิง

2. อายุ.....

3. ระดับการศึกษา.....

4. สถานภาพสมรส

() โสด

() คู่

() หม้าย หย่า แยกกันอยู่

5. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....

6. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย.....

7. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่งภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา.....ครั้ง

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง: แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบถึงการสนับสนุนช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากบุคคลอื่นในการเจ็บป่วยครั้งนี้ จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามชุดนี้ โดย กรุณาทำเครื่องหมาย รอบตัวเลขที่ตรงกับความเป็นจริงตามความรู้สึกที่ท่านเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยต่อข้อความต่อไปนี้ โดยให้ตอบเพียงข้อละ 1 คำตอบ การเลือกให้ถือเกณฑ์ดังนี้ คือ

- 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 6 หมายถึง เห็นด้วย
- 5 หมายถึง ค่อนข้างเห็นด้วย
- 4 หมายถึง รู้สึกเฉยๆ
- 3 หมายถึง ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตัวอย่าง

1. ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย 7 6 5 4 3 2 1
2. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อกลุ่ม 7 6 5 4 3 2 1
3. ฉันได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อมีความจำเป็น 7 6 5 4 3 2 1
4. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บจากผู้อื่น 7 6 5 4 3 2 1
5. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจากผู้อื่น 7 6 5 4 3 2 1
6. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยาจากผู้อื่น 7 6 5 4 3 2 1
7. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารและการรับประทานอาหาร 7 6 5 4 3 2 1
8. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน 7 6 5 4 3 2 1
9. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด 7 6 5 4 3 2 1
10. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับปัญหา 7 6 5 4 3 2 1
11. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด 7 6 5 4 3 2 1
12. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับปัญหา 7 6 5 4 3 2 1
13. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด 7 6 5 4 3 2 1
14. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับปัญหา 7 6 5 4 3 2 1
15. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด 7 6 5 4 3 2 1
16. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับปัญหา 7 6 5 4 3 2 1
17. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด 7 6 5 4 3 2 1
18. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับปัญหา 7 6 5 4 3 2 1
19. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด 7 6 5 4 3 2 1
20. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับปัญหา 7 6 5 4 3 2 1
21. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด 7 6 5 4 3 2 1
22. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับปัญหา 7 6 5 4 3 2 1
23. ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด 7 6 5 4 3 2 1
24. คนส่วนมากทำให้ฉันคิดว่าฉันไม่ใช่เพื่อนที่ดีเท่าที่ควรจะเป็น 7 6 5 4 3 2 1
25. ถ้าฉันเจ็บป่วย มีผู้ที่จะให้คำแนะนำแก่ฉันในการดูแลตัวเอง 7 6 5 4 3 2 1

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงการปฏิบัติตัวของท่านต่อภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาอย่างรอบคอบว่าตรงกับพฤติกรรมที่ท่าน ปฏิบัติอยู่ แล้วทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่างนั้นเพียงคำตอบเดียว การ ตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ทำเป็นประจำ	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกวัน
ทำเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นเป็นบางวัน
ไม่เคยทำ	หมายถึง	ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ
---------	-------------	----------------	----------

1. ท่านรับประทานอาหารประเภทไขมันจาก

สัตว์ เช่น หมูสามชั้น ขาหมู ทังโก และ

ไขมันจากพืช เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมัน

ปาล์ม กะทิ

2. ท่านดื่มเกลือ, น้ำปลา, ซอส หรือ ซีอิ๊ว

ขณะรับประทานอาหาร

23. ท่านยังคงไปมาหาสู่ พบปะพูดคุย โทรศัพท์

หรือจดหมายติดต่อกับผู้อื่นเหมือนก่อนป่วย

24. เมื่อมีปัญหามีเรื่องไม่สบายใจ ท่านจะ

หมกมุ่นคิดถึงปัญหานั้นคนเดียวโดยไม่บอกใคร

แบบวัดคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง: แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความรู้สึกเป็นปกติสุขในสภาพปัจจุบันของท่านขณะเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจวายเลือดคั่ง มี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของท่าน โปรดทำเครื่องหมายลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับชีวิตของท่าน ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว (โปรดทำทุกข้อ)

ตัวอย่าง

ท่านมีความรู้สึกเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของท่านอย่างไร

ข้อความ

เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ

1. เมื่อฉันอายุมากขึ้น สิ่งต่างๆ ดูเหมือนจะดีกว่า
ที่ฉันคาดไว้
2. ฉันคิดว่าฉันมีโอกาสดี ในช่วงชีวิตมากกว่าคนอื่น
ที่ฉันรู้จัก
3. .
4. .
5. .
6. .
7. .
8. .
9. .
10. .
11. .
12. ฉันได้รับสิ่งต่างๆ ตามที่ฉันคาดหวังไว้มากพอควร
13. ไม่ว่าใครจะพูดอย่างไร ฉันยังคงคิดว่าชะตาชีวิต
ของคนส่วนใหญ่มีแต่จะเลวลงมากกว่าดีขึ้น

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจและการให้ความสำคัญกับสิ่งต่างๆ ในชีวิตของท่าน

โปรดทำเครื่องหมายวงกลม รอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่าน ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว (โปรดตอบทุกข้อ) การเลือกให้ถ้อยเกณท์ ดังนี้คือ

ความสำคัญต่อชีวิตของท่าน

5 หมายถึง สำคัญมากที่สุด

4 หมายถึง สำคัญมาก

3 หมายถึง สำคัญปานกลาง

2 หมายถึง สำคัญน้อย

1 หมายถึง ไม่สำคัญเลย

ความพึงพอใจกับสิ่งเหล่านั้น

7 หมายถึง พึงพอใจอย่างยิ่ง

6 หมายถึง พึงพอใจมาก

5 หมายถึง พึงพอใจเล็กน้อย

4 หมายถึง เฉยๆ (พึงพอใจ

เท่ากับไม่พึงพอใจ)

3 หมายถึง ไม่พึงพอใจเล็กน้อย

2 หมายถึง ไม่พึงพอใจมาก

1 หมายถึง ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง

ตัวอย่าง ท่านคิดว่าสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้มีความสำคัญต่อชีวิตของท่านอย่างไร และขณะนี้ท่านมีความพึงพอใจกับสิ่งเหล่านั้นมากน้อยเพียงใด

ความสำคัญต่อชีวิตของท่าน

ความพึงพอใจกับสิ่งเหล่านั้น

1. ความสุขสบายด้านวัตถุ เช่น
ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม

อาหาร

5 4 3 2 1

7 6 5 4 3 2 1

2. การมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง

5 4 3 2 1

7 6 5 4 3 2 1

14. การอ่านหนังสือ ฟังเพลง

หรือดูการละเล่น

5 4 3 2 1

7 6 5 4 3 2 1

15. การทำกิจกรรมเพื่อการ

พักผ่อนหย่อนใจ

5 4 3 2 1

7 6 5 4 3 2 1



ส่วนที่ 3 เป็นข้อความโดยสรุปเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของท่าน ท่านคิดว่าโดยสรุปแล้วท่านมี
คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ไม่ดีเลย

ไม่ดี

ปานกลาง

ดีพอใช้

ดีมาก

