

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งได้แก่ เพศ ความรุนแรงของโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการบริการซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ดังจะเสนอเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

- 1.1 อุบัติการณ์ของโรค
- 1.2 ผลกระทบ
- 1.3 พยาธิสภาพ
- 1.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค
- 1.5 ผลกระทบของการเกิดโรค
- 1.6 แนวทางการรักษา
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2. ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ

- 2.1 ความหมายของความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ
- 2.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ
- 2.3 ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
- 2.4 การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้แก่

1. เพศ
2. ความรุนแรงของโรค
3. ความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 3.1 แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 3.2 การประเมินและเครื่องมือวัด

4. ภาวะซึมเศร้า

4.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

4.2 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

4.3 การประเมินและเครื่องมือวัด

5. การสนับสนุนทางสังคม

5.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

5.2 แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม

5.3 การประเมินและเครื่องมือวัด

6. ความพึงพอใจในการบริการ

6.1 ความหมายของความพึงพอใจในการบริการ

6.2 แนวคิดความพึงพอใจ

6.3 การประเมินและเครื่องมือวัด

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

1.1 อุบัติการณ์ของโรค

ปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในประเทศไทยค่อยๆเพิ่มขึ้นเรื่อยๆในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข และรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ครั้งที่ 1 เมื่อปี พ.ศ. 2534-2535 ในประชากรอายุ 30 ปีขึ้นไปพบว่าความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจ 10.5 คน ต่อประชากร 1,000 คน โดยจะพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 75 ปี ขึ้นไปทั้งสองเพศและความชุกสูงสุดใน กรุงเทพฯ 19.7 คน ต่อประชากร 1,000 คน สถิติการเข้ารับการรักษาในสถานบริการจากหลอดเลือดหัวใจตีบ 11.1 คน เพิ่มเป็น 23.1 คน ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2531 และ 2536 ตามลำดับ ด้านปัจจัยเสี่ยงของประชากรในประเทศไทยพบว่ามีสูงพอสมควร นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านสังคม ตลอดจนปัจจัยทางด้านประชากรที่ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ปัญหาของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในประเทศไทยจะสูงมากขึ้น การป้องกันโดยการลดปัจจัยเสี่ยงเป็นสิ่งจำเป็นและต้องได้รับการปฏิบัติโดยเร็ว

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นสาเหตุการตายที่พบมากในประเทศอุตสาหกรรม เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1994 จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ 487,490 คน คิดเป็นเกือบครึ่งหนึ่งของการตายจากโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และในประเทศอังกฤษเมื่อ ปี ค.ศ. 1996 จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ 148,186 คน สำหรับประเทศไทยปี พ.ศ. 2539 สถิติผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 2,748 คน หรืออัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้เป็น 4.7 คน ต่อประชากร 100,000 คน เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2543 จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 6,261 คนหรืออัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 10.1 คน ต่อประชากร 100,000 คนจะเห็นว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดของประชากรไทยในช่วง 4 ปี ที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2543)

1.2 ผลกระทบ

ตัวผู้ป่วย ทำให้เกิดความเครียด กลัว วิตกกังวล เกิดภาวะซึมเศร้า สูญเสียภาพลักษณ์ ลึนหวัง เกิดความท้อแท้ เกิดความไม่แน่นอนในชีวิต การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

ครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลง เป็นภาระของครอบครัว รายจ่ายเพิ่มขึ้นรายได้ลดลง

ประเทศชาติ สูญเสียค่าใช้จ่ายหรือสูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น เป็นภาระของประเทศและเป็นดัชนีชี้วัดถึงคุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศ

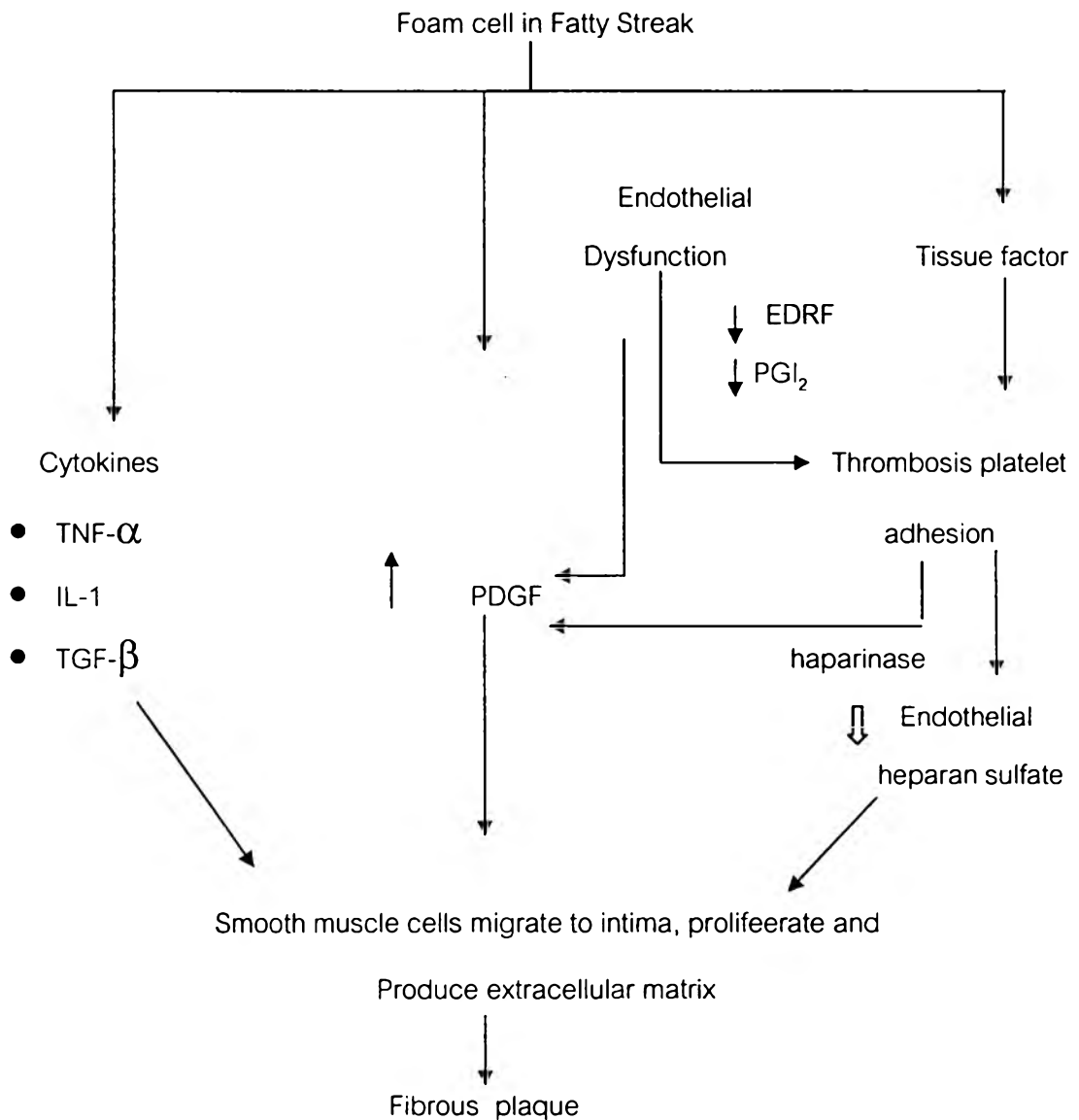
1.3 พยาธิสภาพ

กลไกการเกิดพยาธิสภาพของภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็ง ยังไม่สรุปแน่ชัดว่ามาจากสาเหตุใด แต่พยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับเซลล์เอ็นโดทีเลียมและเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดรวมทั้งส่วนประกอบของเลือดที่ไหลเวียนซึ่งได้แก่ โมโนไซต์ เกล็ดเลือด lipoprotein และสารเคมีต่างๆที่มีปัจจัยเสี่ยงต่างๆมีส่วนเกี่ยวข้องทำให้เกิดพยาธิสภาพมีสมมุติฐานชื่อ response-to-injury hypothesis ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้นำมาใช้อธิบายกลไกการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็ง อธิบายว่าเซลล์เอ็นโดทีเลียมชั้นในสุดที่บุผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีได้รับความเสียหาย (injury) มีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อาจเกิดจากปัจจัยเสี่ยงเดียวหรือหลายปัจจัยเสี่ยงร่วมกันและอาจมีสาเหตุร่วมกับแรงกระแทกจากการไหลเวียนเลือดซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ทำมุมแตกแขนงออกมาหรือเกิดจากความดันโลหิตสูงจนเซลล์เอ็นโดทีเลียมได้รับความเสียหายรอยต่อระหว่างเซลล์ฉีกขาดแยกออกจากกัน ในภาวะปกติเซลล์เอ็นโดทีเลียมจะเรียงตัวชิดกันเพียงชั้นเดียวมีหน้าที่ป้องกันช่องว่างใต้เซลล์เอ็นโดทีเลียมไม่ให้ทำปฏิกิริยากับส่วนประกอบของเลือดหรือสารต่างๆจากเลือดที่ไหลเวียนอยู่

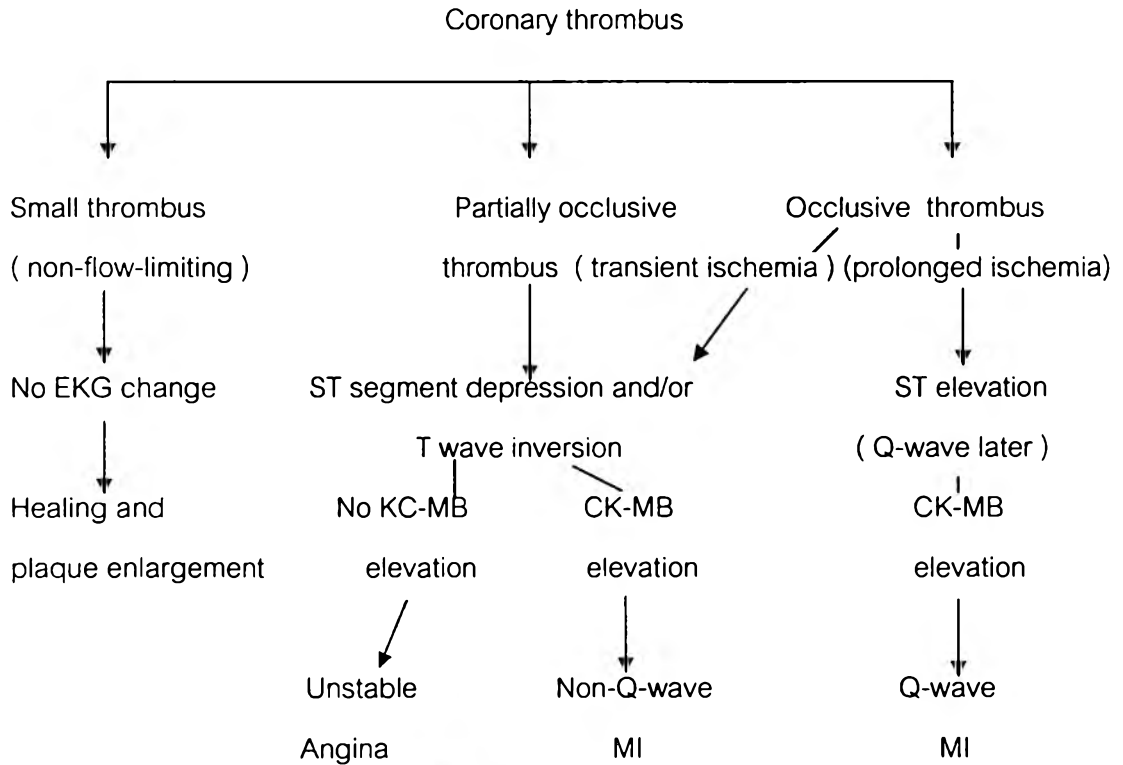
เมื่อเซลล์เอ็นโดทีเลียมได้รับความเสียหายมีผลให้หน้าที่การทำงานเสียไปจะหลั่ง cytokine ที่มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ สาร tumor necrosis factor (TNF) และ monocyte chemoattractant protein (MCP) และยอมให้เม็ดเลือดขาวโมโนไซต์ ที่เซลล์ลิ้มโฟไซด์และเกล็ดเลือดรวมทั้ง LDL cholesterol มาเกาะที่ผนังชั้นในของหลอดเลือด ถ้าระดับ LDL Cholesterol ในเลือดสูงยิ่งเพิ่มการสะสมสารไขมันในช่องว่างใต้เซลล์เอ็นโดทีเลียม สารไขมันส่วนใหญ่เป็น LDL cholesterol นี้จะถูกย่อยด้วยออกซิเจนอนุมูลอิสระ (oxygen free radical) และน้ำย่อยที่หลั่งจากเซลล์เอ็นโดทีเลียม โมโนไซต์และเกล็ดเลือด โดยปฏิกิริยา oxidation ให้อยู่ในรูป oxidized LDL หรือ modified LDL นอกจากนี้ oxidized LDL ยังทำหน้าที่เป็น chemoattractant คือ เป็นตัวดึงดูดโมโนไซต์จากเลือดที่ไหลเวียนมาเกาะที่ผนังเซลล์เอ็นโดทีเลียม และโมโนไซต์เคลื่อนที่ผ่านเซลล์ชั้นเอ็นโดทีเลียมมายังช่องว่างใต้เซลล์ชั้นเอ็นโดทีเลียม แล้วเปลี่ยนชื่อเป็นแมคโครฟาจซึ่งมีบทบาทมากในการเกิดภาวะ การแข็งตัวของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็ง โดยแมคโครฟาจจะหลั่งสาร interleukin I (IL-1) และ TNF ซึ่งสารเหล่านี้จะช่วยให้เม็ดเลือดขาวมาเกาะติดที่ผนังเซลล์เอ็นโดทีเลียม ส่วนเกล็ดเลือดที่เกาะติดจะถูกกระตุ้น (activated platelet) ให้หลั่งปัจจัยการเจริญเติบโต ได้แก่ platelet-derived growth factor (PDGF) ซึ่งกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อเรียบจากชั้นกลางของผนังหลอดเลือดให้เคลื่อนที่มายังช่องว่างใต้เซลล์เอ็นโดทีเลียมนอกจากนี้ทั้ง PDG และแมคโครฟาจยังกระตุ้นให้เซลล์กล้ามเนื้อเรียบเคลื่อนที่มายังผนังชั้นในให้แบ่งตัวเพิ่มจำนวนเซลล์แมคโครฟาจจะกินและย่อย oxidized LDL จำนวนมากให้เปลี่ยนรูปเป็น foam cell (lipid-laden macrophage) ซึ่งเป็นขั้นตอนในการเกิด fatty streak ขั้นตอนต่อไปจาก fatty streak จะ

เปลี่ยนแปลงไปเป็น fibrous plaque ดังนี้โดย foam cell ใน fatty streak จะหลั่งปัจจัยต่างๆ ได้แก่ PDGF, cytokine และ growth factor เพื่อให้เซลล์กล้ามเนื้อเรียบเคลื่อนที่จากชั้นกลางเข้ามายังชั้นในของผนังหลอดเลือดตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพและแบ่งตัวเพิ่มจำนวนเซลล์ สร้างเส้นใยอิลาสติกและคอลลาเจน รวมทั้งหลังสาร proteoglycan ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการสร้างเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน การเจริญเติบโตและการแบ่งเซลล์เพิ่มจำนวนเซลล์ ถ้า foam cell ฉีกขาดและสัมผัสกับเลือดที่ไหลเวียน foam cell จะหลั่ง tissue factor และสารที่ทำให้เลือดแข็งตัว (thrombogenic substance) ซึ่งเกี่ยวข้องกับกลไกการแข็งตัวของเลือดโดยมีเกล็ดเลือดมาเกาะติดที่บาดแผลฉีกขาดและเกล็ดเลือดได้รับการกระตุ้นให้หลั่ง PDGF และ heparinase โดย PDGF มีผลให้เซลล์กล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดเคลื่อนที่จากชั้นกลางมาชั้นในและแบ่งตัวเพิ่มจำนวนเซลล์ heparinase เป็นเอนไซม์ทำหน้าที่สลาย heparan sulfate ทำให้ heparan sulfate ลดลงในภาวะปกติ heparan sulfate มีหน้าที่ยับยั้งการเคลื่อนที่และแบ่งตัวเพิ่มจำนวนเซลล์ของกล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดและผลจากเซลล์เอ็นโดทีเลียมผิดปกติจะหลั่ง PDGF เพิ่มขึ้นแต่หลัง EDRF-NO และ prostacyclin (PGI₂) ลดลงยิ่งส่งผลให้กล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดเคลื่อนที่จากชั้นกลางมาชั้นใน และแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้นทำให้ fatty streak เปลี่ยนแปลงไปเป็น fibrous plaque โดยในแกนของ fibrous plaque ประกอบด้วยซากเซลล์ ซึ่งเกิดจากเซลล์กล้ามเนื้อเรียบกินและย่อยสารไขมันอยู่ในรูปของ foam cell และผลึกโคเลสเตอรอล ส่วนเปลือกของ fibrous plaque จะประกอบด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ ดังนั้นภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งจึงเกิดจากกระบวนการอักเสบเรื้อรังที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงโคโรนารีจนมีผลทำให้เซลล์เอ็นโดทีเลียมผิดปกติ (แผนภาพที่ 2)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก ที่เรียกว่า angina pectoris ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ คือ เจ็บลึกๆ หรือปวดแน่นตรงกลางหน้าอก อาจร้าวขึ้นกรามหรือแขนซ้ายด้านใน อาการที่เกิดมักสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย หรือความเครียด บางรายอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียน และเหงื่อออกร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก แต่มีอาการเหนื่อยง่ายเวลาออกกำลังกาย ดังนั้นกลุ่มอาการที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันประกอบด้วย unstable angina และ myocardial infarction ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากลิ่มเลือด หรือ thrombus มาอุดตันบริเวณหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ถ้าขนาดลิ่มเลือดใหญ่พอหรือลิ่มเลือดใหญ่จนอุดตันทั้งหมด (occlusive thrombus) จะทำให้เกิดอาการที่เรียกว่า unstable angina ถ้ากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนานเกิน 20 นาที กล้ามเนื้อหัวใจจะตาย เรียกว่า myocardial infarction การวินิจฉัยเพื่อแยก 2 ภาวะอาศัยการดูผลเลือดที่บ่งชี้ถึงกล้ามเนื้อหัวใจตาย (cardiac marker) ได้แก่ CK-MB และ Troponin T และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถ้า ST elevation มักมีลิ่มเลือดอุดตัน Q wave บอกว่ามี infarction เกิดขึ้น (แผนภาพที่ 3)



(แผนภาพที่ 2) แสดงการเปลี่ยนแปลงจาก Fatty Streak ไปเป็น Fibrous plaque
 อ้างใน กอบกุล บุญปราศภัย, พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล
 (พี.เอ ลิฟวิง จำกัด, 2546), หน้า 21



(แผนภาพที่ 3) แสดงผลการเกิดลิ่มเลือดเกาะติดผนังด้านในหลอดเลือดแดงโคโรนารี
 อ่างใน กอบกุล บุญปราศภัย, พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล
 (พี.เอ ลีฟวิง จำกัด, 2546), หน้า 54

1.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค

จากการศึกษาระบาดวิทยาและข้อมูลการรักษาผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง พบว่าปัจจัยเสี่ยงเป็นตัวเร่งให้กระบวนการเกิดโรคและเกิดภาวะแทรกซ้อน ในภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็ง บางคนมีปัจจัยเสี่ยงหลายข้อรวมกันจึงเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้แบ่งออกเป็น (วรมนต บำรุงสุข, 2548 ; อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์, 2543)

1.4.1 ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ (nonmodifiable risk factors) ได้แก่

1.4.1.1 อายุ (age) อายุมากขึ้นโอกาสพบโรคนีก็มีมากขึ้น โดยการเกิดโรคจะดำเนินไปอย่างช้าๆในช่วงอายุ 40-60 ปี อุบัติการณ์การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็น 5 เท่า

1.4.1.2 เพศ (sex) ชายมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งมากกว่าหญิงที่ยังมีประจำเดือน ไม่เป็นโรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และ ภาวะความดันโลหิตสูง ในวัยหมดประจำเดือนพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ลดลง ดังนั้นในช่วงอายุ 60-70 ปี อุบัติการณ์การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจึงเท่ากันทั้งสองเพศ

1.4.1.3 ประวัติครอบครัวหรือกรรมพันธุ์ (family history) ผู้ที่มีบุคคลในครอบครัว ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย บิดา มารดา และพี่น้องที่มีประวัติเป็นภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็ง หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติในครอบครัวเป็นโรคนี้นี้

1.4.2 ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้หรือป้องกันได้ (modifiable risk factor) คือ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถ แก้ไข โดยวิธีหลีกเลี่ยง ควบคุม รักษาดูแล และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ถูกวิธีก็สามารถป้องกันภาวะกล้ามเนื้อหัวใจโคโรนารีแข็ง ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีได้ ได้แก่

1.4.2.1 ภาวะสารไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอันดับแรก สารไขมันในเลือดสูงที่สำคัญได้แก่ LDL cholesterol และ triglyceride ส่วน HDL จะเป็นตัวป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็ง โดยมีหน้าที่กำจัดโคเลสเตอรอล ออกจากเลือด ด้วยการส่งผ่านไปที่ตับและขับออกทางน้ำดี

1.4.2.2 ภาวะความดันโลหิตสูง จะเพิ่มแรงเสียดทานกับเซลล์เอนโดทีเลียมมีผลทำให้เซลล์เอนโดทีเลียมบุผนังหลอดเลือดได้รับความเสียหายเกิดการฉีกขาดและเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งตามมา การแก้ไขภาวะความดันโลหิตสูงจะลดอัตราเสี่ยงการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็ง ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงและควบคุมได้ด้วยอาหารและยา อัตราการตายลดลง ร้อยละ 50

1.4.2.3 การสูบบุหรี่ สารนิโคติน (nicotine) ในบุหรี่มีผลโดยตรงทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง เกิดเลือดมาจับกลุ่มกัน ระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์และ LDL cholesterol ในเลือดเพิ่มขึ้น ระดับ HDL cholesterol ในเลือดลดลงและจากการวิจัยพบว่าขณะสูบบุหรี่จะมีการหลั่งสารเคททีโคลามีน ซึ่งมีผลให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว เพิ่มการใช้ออกซิเจน หัวใจออกแรงบีบตัวเพิ่มขึ้น และยังเพิ่มการหลั่ง free fatty acid และกลูโคสมีผลทำให้เซลล์เอนโดทีเลียมได้รับความเสียหายและหน้าที่การทำงานเสียไป

1.4.2.4 โรคเบาหวานและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีผลทำให้ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานต่อหลอดเลือดในอวัยวะต่างๆลดลง

1.4.2.5 ความอ้วน ลักษณะอ้วนในชวงบนของลำตัว หน้าอก ท้อง เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งมากกว่าผู้ที่อ้วนในช่วงล่างของลำตัว ความอ้วนมีผลให้หัวใจทำงานหนักตามมาด้วยหัวใจโต

1.4.2.6 การขาดการออกกำลังกาย ผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอพบว่า HDL cholesterol ในเลือดสูง การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ผนังหลอดเลือดยืดขยายได้ดีระดับโคเลสเตอรอล และน้ำตาลในเลือดลดลง น้ำหนักตัวลดลง และความดันโลหิตลดลง

1.4.2.7 ภาวะเครียด เมื่อเกิดภาวะเครียดร่างกายจะหลั่งสารเคมีที่โคเลสเตอรอลมีผลต่อหลอดเลือดส่วนปลายและมีผลต่อการแข็งตัวของเกร็ดเลือด

1.5 ผลกระทบจากการเกิดโรค

1.5.1 การเสียชีวิตอย่างปัจจุบันด่วน (sudden death) จาก ventricular fibrillation เนื่องจากปริมาณกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก จนหัวใจไม่สามารถบีบเลือดออกไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอจึงเกิดภาวะช็อกจากความผิดปกติของหัวใจ

1.5.2 ภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) จากการหดตัวของเวนตริเคิลลดลง การยืดขยายของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง นอกจากนี้ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและอาการแทรกซ้อนอื่นๆจะช่วยให้ภาวะหัวใจล้มเหลวยิ่งขึ้น

1.5.3 ภาวะช็อกจากความผิดปกติของหัวใจ (cardiogenic shock) คือ ปริมาณเลือดที่หัวใจบีบตัวส่งเลือดออกมาเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายลดลงไม่เพียงพอกับความต้องการของเนื้อเยื่อ ความดันโลหิตลดลงมีผลให้

1.5.3.1 เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

1.5.3.2 stroke volume ลดลงทำให้ขนาดของเวนตริเคิลซ้ายขยายใหญ่ ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น

1.5.4 เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) สาเหตุจากการอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจตายและลูกกลมมาที่ชั้นผิวจากชั้นผิวมาที่ชั้นเยื่อหุ้มหัวใจมีอาการเจ็บหน้าอกและเจ็บมากขึ้นขณะหายใจลึกๆ

1.5.5 Thromboemboli หมายถึง ภาวะที่ลิ่มเลือดหลุดเข้าไปอยู่ในเลือดที่ไหลเวียนมีสาเหตุมาจากภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้การหดตัวของหัวใจห้องล่างในส่วนที่เป็นกล้ามเนื้อตายลงทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดและไหลช้าลงบริเวณนี้เกิดการสร้างลิ่มเลือดเกาะติดผนังกล้ามเนื้อหัวใจ ลิ่มเลือดนี้อาจหลุดเข้าไปในระบบไหลเวียนโลหิต

1.5.6 การฉีกขาดของกล้ามเนื้อหัวใจ เกิดหลังจาก necrosis ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแอ นุ่มและส่วนใหญ่จะตาย

1.5.7 ผนังของหัวใจห้องล่างโป่ง เนื่องจากแผลเป็นของกล้ามเนื้อตาย บริเวณที่โป่งไม่สามารถหดตัวขณะหัวใจห้องล่างหดตัวส่งเลือดออกไป ประสิทธิภาพการหดตัวของหัวใจห้องล่างลดลงมากกล้ามเนื้อส่วนที่เหลือทำงานมากขึ้นจะนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว

1.6 แนวทางการรักษา

1.6.1 การรักษาด้วยยา การใช้ยาแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1.6.1.1 กลุ่ม nitrate มี 2 แบบ คือ ออกฤทธิ์เร็วและสั้นกับออกฤทธิ์ในระยะยาว ออกฤทธิ์เร็วและสั้น ได้แก่ nitroglycerin (glycerol trinitrate) ออกฤทธิ์ในระยะยาว ได้แก่ isosorbide dinitrate และ pentaerythritol tetranitrate ยาในกลุ่มนี้ใช้สำหรับการบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบไม่มีอาการ ออกฤทธิ์โดยขยายหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ หลอดเลือดดำขยายเพื่อลดปริมาณเลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจ เพื่อเป็นการลด preload (คือปริมาณเลือดในหัวใจห้องล่างขณะหัวใจคลายตัว) และลดการกดหลอดเลือดบริเวณ subendocardial โดยให้หลอดเลือดขยายเพื่อเลือดจะได้ไหลเวียนได้เต็มที่ขณะหัวใจคลายตัวก่อนที่หัวใจจะบีบตัว ยากลุ่มนี้ลดแรงตึงตัวของผนังหัวใจห้องล่าง ทำให้แรงหดตัวของเลือดออกจากหัวใจลดลงซึ่งก็สอดคล้องกับปริมาณเลือดดำที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจลดลงหลอดเลือดแดงคลายตัวเป็นการลดแรงต้านการทำงานของหัวใจขณะหดตัวถือเป็นการลด afterload (คือ ความดันเลือดในหัวใจห้องล่างขณะหัวใจหดตัว) นอกจากนี้ nitrate ยังยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

1.6.1.2 กลุ่ม beta-blocker คือยาที่ทำหน้าที่ปิดกั้นตัวรับชนิดเบต้า โดยลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ตัวรับเบต้ามี 2 ชนิด β_1 และ β_2 β_1 -receptor พบที่หัวใจส่วน β_2 -receptor พบที่ส่วนต่างๆของร่างกาย ได้แก่ หลอดเลือดและกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม ถ้าเป็นยาปิดกั้นตัวรับชนิด β_1 จะออกฤทธิ์โดยลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่วนยาปิดกั้นตัวรับชนิด β_2 ออกฤทธิ์โดยทำให้หลอดเลือด และหลอดลมหดตัวสำหรับอาการเจ็บหน้าอกใช้ยาปิดกั้นตัวรับชนิด β_1 จะได้ผลดีเพราะลดการทำงานของหัวใจ และลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ แต่ถ้าใช้ยาปิดกั้นไม่แยกชนิดตัวรับจะมีผลทำให้ลดปริมาณเลือดออกจากหัวใจ

1.6.1.3 กลุ่ม calcium channel blocker คือยาปิดกั้นช่องทางแคลเซียมเข้ากล้ามเนื้อหัวใจและเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดยาออกฤทธิ์โดยทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีขยายตัวและหลอดเลือดแดงส่วนปลายขยายตัว ลดการเมตาบอลิซึมของกล้ามเนื้อหัวใจ มีผลให้ลด preload ลดความดันโลหิต ลดการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ และลดอัตราการเต้นของกล้ามเนื้อหัวใจแต่เพิ่มการไหลเวียนในหลอดเลือดแดง

1.6.1.4 แอสไพริน ใช้เป็นยามาตรฐานในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีออกฤทธิ์โดยยับยั้งเกล็ดเลือดมาเกาะกลุ่มและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ที่เจ็บหน้าอกรุนแรง



1.6.2 การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplast หรือ PTCA) คือวิธีการใช้บอลลูนใส่เข้าไปขยายหลอดเลือดที่อุดตันจาก fibrous plaque โดยใช้ยาชาเฉพาะที่ และเริ่มสวนหัวใจด้วยบอลลูน โดยมี guide wire นำผ่านเข้าทางหลอดเลือดแดง femoral หรือ brachial จนถึงหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งแตกแขนงออกจากเอออร์ตา มาที่ตำแหน่งหลอดเลือดตีบหรืออุดตันโดยใช้บอลลูนถ่างตรงบริเวณที่อุดตันเพื่อดัน fibrous plaque ที่อุดตันให้แบนราบหรือหลุดออก

นอกจากนี้ยังมี coronary stent ซึ่งเป็นขดลวดสแตนเลสสำหรับสอดเข้าหลอดเลือดโคโรนารีถ่างไว้เพื่อป้องกันหลอดเลือดตีบหลังใส่บอลลูน ผู้ที่ใส่ stent ถ่างไว้ต้องได้รับยาบียังเกล็ดเลือดมาเกาะและยาลดการแข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันแผลทำให้หลอดเลือดตีบตัน หรือบางรายอาจทำการตัด fibrous plaque ออกจากหลอดเลือดด้วยใบมีดโค้งที่ใช้ความเร็วสูง หรืออาจใช้ยิงด้วยแสงเลเซอร์

1.6.3 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่อุดตัน (Coronary Artery Bypass Grafting surgery หรือ CABG surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารียังคงได้รับความนิยมสำหรับคนไข้โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ไม่สามารถถ่างขยายด้วยบอลลูนหรือรักษาทางยาการทำผ่าตัด CABG โดยใช้หลอดเลือดดำ saphenous vein จากขามามาเชื่อมต่อระหว่างหลอดเลือดเอออร์ตากับหลอดเลือดแดงโคโรนารีตรงบริเวณที่ต่อจากตำแหน่งที่อุดตันของหลอดเลือดหรือจะใช้หลอดเลือด internal mammary artery ต่อกับ left anterior descending coronary artery (LAD) เป็นทางเบี่ยงแทนตำแหน่งที่อุดตันการผ่าตัดนี้จะช่วยลดอาการเจ็บหน้าอกและช่วยให้คนไข้อายุยืนขึ้น

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

การจัดระบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในระยะแรกนั้น ผู้ป่วยมักได้รับการดูแลในหน่วยบำบัดพิเศษ หรือ CCU (Coronary care unit) ซึ่งมักจะใช้ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยควรจะได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเท่าที่ความสามารถจะกระทำได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับทราบถึงวัตถุประสงค์ของแผนการรักษาพยาบาล และเหตุผลของการกระทำต่างๆต่อผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม แต่ต้องระวังไม่ให้ข้อมูลมากจนผู้ป่วยรู้สึกกังวล และเมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นขีดอันตรายสามารถย้ายออกจากหน่วย CCU ระบบการพยาบาลอาจจะเปลี่ยนไปเป็นทดแทนในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ และต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน นอกจากนั้นพยาบาลจะต้องให้ความรู้กับญาติที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และพัฒนาความสามารถของญาติที่จะดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไปด้วย

สำหรับการดูแลที่จำเป็นในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีดังนี้

1. ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการติดเครื่องเฝ้าระวังเพื่อดูการทำงานของหัวใจ เครื่องใช้ต่างๆ ใน CCU ด้วยภาษาที่ง่ายๆ บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าแพทย์และพยาบาลที่ชำนาญจะคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

2. ให้ผู้ป่วยนอนพักในท่าที่สุขสบายโดยให้ศีรษะสูงเล็กน้อย (Semi Fowler's position) เพื่อให้กระบังลมลดต่ำลง ช่วยให้ปอดขยายได้เต็มที่ ลดจำนวนเลือดที่ไหลกลับเข้าหัวใจ ป้องกันไม่ให้เลือดไปกองในหลอดเลือดที่ไปปอด

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนพัก (Rest) การนอนพักเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากมีการบาดเจ็บ และการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจ การนอนพักเป็นการลดการทำงานของหัวใจ ป้องกันไม่ให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายลุกลามเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ ส่วนระยะเวลาที่ต้องพักนั้น แล้วแต่ขนาดของบริเวณที่กล้ามเนื้อตาย และความเห็นของแพทย์

แพทย์แต่ละคนอาจจะมีความคิดเห็นแตกต่างกันในเรื่องการจำกัดกิจกรรมการออกแรงของผู้ป่วย แต่โดยมากขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ และการที่มีโรคแทรกซ้อนต่างๆ บางครั้งจะไม่ให้ผู้ป่วยทำอะไรด้วยตนเองเลย พยาบาลอาบน้ำโกนหนวดให้ แต่ผู้ป่วยบางคนอาจจะอนุญาตให้ทำอะไรได้ด้วยตนเอง ให้พักผ่อนในเก้าอี้ที่สุขสบายข้างเตียง หรือใช้เก้าอี้เพื่อถ่ายอุจจาระปัสสาวะข้างเตียงได้ (commode) หรือไปห้องน้ำที่ใกล้ๆ ได้ วันละ 1 ครั้ง เวลาถ่ายอุจจาระ

ถ้าไม่มีโรคแทรกซ้อนใดๆ แพทย์ส่วนมากจะแนะนำให้ผู้ป่วยยึดหัดข้อขณะอยู่บนเตียง เพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบและอุดตัน การเกิด emboli ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่า และหายใจเข้าออกลึกๆ เป็นพักๆ เพื่อให้ปอดขยายตัว นอกจากนี้ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจวายมาก หรือช็อค ผู้ป่วยที่ต้องนอนพักบนเตียงและจำกัดกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมด อาจค่อยๆ เพิ่มกิจกรรมการออกแรงทีละเล็กทีละน้อย

พยาบาลจะต้องทราบว่าผู้ป่วยทำอะไรได้และไม่ได้บ้าง ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะต้องบอกสิ่งเหล่านี้ให้พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลทราบทั่วกัน โดยการเขียนไว้ในแผนการพยาบาล เพื่อจะได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้เหมือนกัน ช่วยให้ผู้ป่วยให้อยอมรับแผนการรักษาของตนเอง โดยการให้ข้อมูลและเหตุผลของการที่ผู้ป่วยต้องนอนพักและจำกัดกิจกรรม

หลักการนอนพัก (Rest) ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม

3.1 ไม่ให้ผู้ป่วยออกแรงด้วยตนเอง การเบ่งอุจจาระและปัสสาวะเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด และมีผู้ป่วยจำนวนมากไม่ชอบปัญหาเรื่องถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะไม่สะดวกต้องเบ่ง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนหัวใจเต้นผิดจังหวะถึง

ขั้นอันตรายได้ แพทย์อาจจะอนุญาตให้ผู้ป่วยใช้แก้อ้อสำหรับถ่ายอุจจาระข้างเตียง และมักจะให้ยา
ระบายอ่อนๆ เช่น milk of magnesium ก่อนนอนเพื่อให้อุจจาระอ่อนตัวจะได้ไม่ต้องใช้แรงเบ่ง ถ้า
ผู้ป่วยท้องผูกจะต้องปรึกษาแพทย์เพื่อขอยาระบายทันที ส่วนผู้ป่วยที่ถ่ายปัสสาวะไม่สะดวกต้อง
เบ่ง อาจต้องปรึกษาแพทย์เพื่อใส่สายสวนคาไว้ในระยะแรก

3.2 วางของใช้ต่างๆ ให้ใกล้มือ ผู้ป่วยหยิบจับได้ง่าย เพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่
ต้องใช้แรงมากในการเอื้อมหยิบ

3.3 เน้นถึงการหลีกเลี่ยงการเสียอารมณ์ต่างๆ ซึ่งอาจจะมีผลร้ายเท่าๆ
กับการออกแรง

3.4 จัดระเบียบการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยถูกรบกวนน้อยที่สุดเท่าที่
สามารถจะกระทำได้ การให้ยา การวัดชีพจร อุณหภูมิ การหายใจ และความดันโลหิต ควรกระทำ
พร้อมๆ กัน หรือถ้าหากผู้ป่วยกำลังหลับ ก็ควรจะเลื่อนเวลากระทำออกไป ไม่ควรปลุกผู้ป่วยขึ้นมา
วัดสัญญาณชีพ นอกจากผู้ป่วยกำลังอยู่ในระหว่างการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตราย

3.5 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลในการรักษาพยาบาล และการตรวจ
เพื่อวินิจฉัยต่างๆ หรือให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดความเครียดทางด้าน
อารมณ์ของผู้ป่วย ความไม่เข้าใจของผู้ป่วยอาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้พักผ่อนอย่างเต็มที่

3.6 จัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักจริงๆ บรรยากาศควรจะเงียบสงบ
ถ้าผู้ป่วยอยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษ หรือ CCU ต้องใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น ติด monitor เพื่อเฝ้าดูการ
เต้นของหัวใจ ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ นอกจากนั้นการกระทำของแพทย์ พยาบาลต่อ
ผู้ป่วยหนักคนอื่นๆ อาจจะทำให้ผู้ป่วยตื่นเต้นตกใจและเกิดภาวะการณเต้นของหัวใจผิดจังหวะได้
จึงควรกันม่านผู้ป่วยให้มิดชิดเสียก่อน พยาบาล แพทย์ควรจะพยายามทำให้บรรยากาศของการ
ทำงานสงบราบรื่น การส่งเสียงดังเกินความจำเป็นอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้พัก จึงเป็นอันตรายกับ
ผู้ป่วยเหล่านี้ได้

3.7 เพื่อจะให้ผู้ป่วยได้พักจริงๆ แพทย์มักจะให้ยากล่อมประสาท เช่น
Diazepam เข้า-เย็นอยู่แล้ว พยาบาลจะต้องคอยสังเกต หากผู้ป่วยยังไม่สามารถพักหรืออยู่ใน
ภาวะอารมณ์สงบได้ควรจะรายงานให้แพทย์ทราบ และไม่ควรจะจัดให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ผู้ป่วยที่มี
อาการหนักต้องทำการรักษาพยาบาลอยู่ตลอดเวลา

3.8 จำกัดญาติเยี่ยมเฉพาะบุคคลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย อธิบายให้ญาติ
และผู้ป่วยได้เข้าใจ เพื่อผู้ป่วยจะได้นอนพักจริงๆ

4. การช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาจากความเจ็บปวด และช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับ
ออกซิเจนเพิ่มขึ้น โดย

4.1 ให้ออกซิเจน เมื่อผู้ป่วยเข้ามาในหน่วยฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วยจะต้องให้ออกซิเจน 4-6 ลิตรต่อนาที ทันที ไม่ว่าจะมีความระแวกช็อคหรือไม่ก็ตาม เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น เนื่องจากในระหว่างพัก กล้ามเนื้อหัวใจจะดึงเอาออกซิเจนจากเลือดไปตามหลอดเลือดโคโรนารี ประมาณร้อยละ 70-75 และในระยะนี้เลือดไปเลี้ยงหัวใจน้อยจากหลอดเลือดอุดตัน การให้ออกซิเจนจึงเป็นการเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดที่จะส่งไปเลี้ยงหัวใจจึงอาจช่วยลดอาการเจ็บป่วยลงได้

4.2 ให้อาบน้ำอุ่น เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด และลดความกลัว แพทย์มักจะให้มอร์ฟีนหรือเพทิดีนทันที และจะให้ทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยเจ็บปวด แนะนำให้ผู้ป่วยบอกพยาบาลทันทีที่มีอาการ และพยาบาลจะต้องคอยสังเกตและไต่ถามผู้ป่วย เพราะการที่ปล่อยให้ผู้ป่วยเจ็บปวดและกระสับกระส่ายจะทำให้มีการหลั่งแคททีโคลามีนออกมามาก ทำให้หัวใจเต้นเร็ว และหลอดเลือดหดตัว หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้นทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น และอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือภาวะหัวใจวายได้ และเมื่อได้ยาพวกมอร์ฟีนไปแล้วต้องคอยระวังฤทธิ์ข้างเคียงของยา ซึ่งอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำลงหรือหายใจเข้ามา

4.3 แพทย์อาจพิจารณาให้ไนโตรกลีเซอรินอมได้ลิ้นทุกชั่วโมง หรือหยดทางหลอดเลือดดำ หรือให้ไนโตรกลีเซอรินชนิดขี้ผึ้ง 0.5-1 นิ้ว ทาและปิดไว้บริเวณหน้าอกทุก 6 ชั่วโมง

5. การสังเกตบันทึกและรายงานแพทย์อย่างถูกต้อง พยาบาลจะต้องสังเกตและบันทึกในสิ่งต่อไปนี้

5.1 ในระยะแรกที่รับผู้ป่วยไว้ใน CCU มักจะติด monitor ECG เพื่อตรวจค้นการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ ถ้าเกิดขึ้นจะต้องรีบรายงานแพทย์

5.2 ความเจ็บปวด ต้องสังเกตถึงตำแหน่งความรุนแรงและระยะเวลาของอาการปวดและอาการอื่นที่เกิดร่วมด้วย เช่น หอบเหนื่อย เหงื่อ เป็นต้น

5.3 ตรวจดูชีพจร การหายใจ อุณหภูมิ และความดันโลหิต อาจจะติด monitor ไว้ แต่ถ้าไม่มี monitor อาจจะต้องวัดบ่อยๆ แต่อย่ารบกวนจนผู้ป่วยไม่ได้พัก หลีกเลี่ยงการวัดอุณหภูมิทางทวารหนัก เพราะจะกระตุ้นประสาทวากัส อาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้

5.4 คอยระมัดระวังสังเกตอาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย หรืออ่อนเพลีย เมื่อผู้ป่วยมีกิจกรรม เช่น หลังถ่ายอุจจาระ หลังรับประทานอาหาร

5.5 วัดและจดจำจำนวนสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับและขับออกอย่างถูกต้อง เพราะมีความสำคัญในการตรวจค้นภาวะแทรกซ้อนได้เร็วขึ้น เช่น หัวใจวาย หรือช็อคจากหัวใจ

5.6 เมื่อแพทย์ให้ผู้ป่วยเพิ่มกิจกรรมการออกแรง จะต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงในขณะที่มีกิจกรรม และหลังกิจกรรมนั้นๆ เช่น เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย อ่อนเพลีย การเปลี่ยนแปลงของชีพจร และความดันโลหิต เพื่อแพทย์จะได้พิจารณาเพิ่มกิจกรรมของผู้ป่วยให้เหมาะสม

6. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน จุดประสงค์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในระยะแรกก็เพื่อลดขอบเขตการตายของกล้ามเนื้อและป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือถ้าเกิดขึ้นพยายามค้นพบให้เร็วที่สุด จะได้รับแก้ไขเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจที่ตายได้หาย หรือไม่ลุกลามเป็นมากขึ้น ในระยะแรกแพทย์มักจะให้ 5% เด็กซ์โตรส ในน้ำ รักษาหลอดเลือดดำให้เปิดไว้ เพื่อให้ยาต่างๆ ได้ทันทั่วถึง ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น และถ้ามีหน่วยบำบัดพิเศษ แพทย์มักจะรับผู้ป่วยไว้ในหน่วยนี้เพื่อจะได้ติดเครื่อง monitor ฝ้าดูการทำงานของหัวใจได้ตลอดเวลา

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

จุดประสงค์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น โดยหลีกเลี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำอีก และใช้ชีวิตที่ยืนยาวนั้นอย่างมีความหมายต่อตนเอง ต่อครอบครัว และต่อสังคม แพทย์มักจะกำหนดกิจกรรมการออกแรงของผู้ป่วยในแต่ละระยะ พยาบาลและผู้ป่วยจะต้องเข้าใจ และรู้จักที่จะประเมินความทนทานในกิจกรรมต่างๆ การทำงานร่วมกันเป็นทีม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยทั่วไปสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะแรก 2-5 วันแรกหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ควรอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงโรคพอสมควร เพื่อลดความกลัวและวิตกกังวล และให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการปฏิบัติตน ถ้าผู้ป่วยไม่มีโรคแทรกซ้อนต่างๆดังกล่าวมาแล้ว และสัญญาณชีพปกติใน 24 ชั่วโมงแรก แพทย์มักจะอนุญาตรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง พลิกตัวเองได้ ลุกขึ้นนั่งเองได้ ให้เหยียดเท้า และงอเข่าบ่อยๆ ป้องกันเลือดคั่งและก้อนเลือดอุดตันในหลอดเลือด อาจจะให้ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งข้างเตียงเพื่อถ่ายปัสสาวะในรายที่ถ่ายบนเตียงไม่สะดวก แต่ผู้ป่วยควรจะนอนบนเตียงที่ไม่สูงนัก คือนั่งห้อยขาและลุกขึ้นยืนได้โดยไม่ต้องปีนหรือออกแรง และควรจะจัดถาดอาหารให้ผู้ป่วยพร้อมรินน้ำวางไว้ ของใช้อยู่ในตำแหน่งที่หยิบได้สะดวก ไม่ต้องออกแรงยกหรือเอื้อม

ภายหลัง 24 ชั่วโมง อนุญาตให้ใช้ส้วมถ่ายข้างเตียง เพราะการใช้หมอนอนถ่ายบนเตียงต้องใช้พลังงานมากกว่าการให้ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ และปูที่นอนให้เสร็จจะทำให้ผู้ป่วยใช้พลังงานน้อยกว่าที่จะต้องพลิกไปมาแล้วพยาบาลเปลี่ยนผ้าปูเตียง

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น การเต้นของหัวใจผิดปกติ หวหะ หรือมีภาวะหัวใจวาย แพทย์มักจะให้นอนอยู่บนเตียง และพยาบาลจะต้องช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ เช่น ป้อนอาหาร พลิกตัว ไข่เตียงให้ลุกนั่ง จนกว่าสัญญาณชีพต่างๆจะดีขึ้น

ภายหลัง 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอาจลุกขึ้นนั่งห้อยเท้าข้างเตียงบ่อยๆ และอาจเริ่มลงมานั่งข้างเตียงได้วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที พยาบาลควรจะเปลี่ยนผ้าปูเตียงในระยะนี้

2. ระยะเวลาที่ 2 เป็นระยะที่อยู่โรงพยาบาล แพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยช่วยตัวเองมากขึ้น เช่น ลุกขึ้นนั่งเอง เคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายอยู่เสมอ ประมาณปลายสัปดาห์แรกให้ผู้ป่วยลุกขึ้นเดินข้างเตียง เกาะตามขอบเตียงในครั้งแรกๆ ต่อไปให้เดินโดยไม่ต้องพยุง ให้เดินช้าๆ ในห้อง หลังจากนั้นให้ไปห้องน้ำ

ในขณะที่แพทย์เริ่มเปลี่ยนกิจกรรมให้ผู้ป่วย พยาบาลจะต้องอยู่กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเริ่มกิจกรรมนั้นครั้งแรก คอยถามอาการหอบ เหนื่อย เจ็บหน้าอก ว่ามีหรือไม่ ถ้ามีจะต้องให้ผู้ป่วยหยุดกระทำกิจกรรมนั้นๆ และรายงานให้แพทย์ทราบ นอกจากนั้นจะต้องคอยจับชีพจรว่าเพิ่มมากขึ้นเท่าใดขณะทำกิจกรรมนั้นๆ และใช้เวลานานเท่าใดจึงจะลดลงมาระดับปกติเพื่อเป็นข้อมูลที่แพทย์จะใช้ในการดัดแปลงกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยให้เหมาะสม

ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลนั้น แพทย์จะพิจารณาเป็นรายๆ ส่วนใหญ่ถ้าไม่มีโรคแทรกซ้อน แพทย์มักจะให้อยู่ในโรงพยาบาล 1-2 สัปดาห์ ผู้ป่วยอายุน้อยและฟื้นตัวเร็ว อาจอยู่โรงพยาบาลสั้นกว่านี้ และถ้ามีโรคแทรกซ้อนอาจอยู่นาน 4-5 สัปดาห์ แล้วแต่แพทย์จะเห็นสมควรเป็นรายๆไป แพทย์มักจะแนะนำให้ผู้ป่วยงดความสัมพันธ์ทางเพศอย่างน้อย 4-8 สัปดาห์

3. ระยะเวลาที่ 3 ระยะพักฟื้นที่บ้าน กินเวลาประมาณ 3-8 สัปดาห์ ให้ออกกำลังกายเพิ่มขึ้นช้าๆ งดเว้นการขึ้นบันไดก่อนชั่วคราว ให้เดินตามสบายครั้งละ 15-30 นาที แต่ถ้าเจ็บหน้าอกต้องหยุด ถ้าไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หรือหอบเหนื่อย แนะนำให้เดินเร็วขึ้น ทำงานบ้านเบาๆ ได้ แต่ไม่ควรปูเตียง ชักเสื้อผ้า ถูพื้น เขียนหนังสือ ทำงานนั่งโต๊ะได้ แต่หลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้ความคิดมาก

4. ระยะเวลาที่ 4 ผู้ป่วยที่ออกกำลังกายได้ดี โดยไม่มีอาการแพทย์มักจะอนุญาตให้กลับไปทำงานได้ อาจจะเริ่มในจำนวนชั่วโมงน้อยๆ ส่วนถ้าเป็นงานหนักที่ต้องใช้กำลังกายมาก ควรจะปรึกษาแพทย์ อาจแนะนำให้เปลี่ยนงาน ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงการออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงยกของหนัก ผลักของหนัก ซึ่งจะทำให้หัวใจทำงานมากขึ้นทันทีทันใด และเกิดอาการเจ็บหน้าอกได้

การให้คำแนะนำ เพื่อไม่ให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำอีก และป้องกันไม่ให้เกิดหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวเพิ่ม ควรให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักดูแลตนเอง ดังต่อไปนี้

1. การออกกำลังกายแต่พอดี และสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยบางคนจะทราบดีว่ากิจกรรมอะไรบางอย่างที่กระทำไปแล้วจะเกิดเจ็บหน้าอก ควรจะหลีกเลี่ยง

2. การใช้ยาไนโตรกลีเซอรินอมเมื่อเจ็บหน้าอก หรืออมก่อนที่ตนเองจะเผชิญกับภาวะเครียด ยานี้จะต้องติดตัวอยู่ตลอดเวลา และนำออกมาใช้อย่างง่ายดาย และสะดวกเมื่อเกิดอาการ แพทย์อาจจะให้ผู้ป่วยบางคนรับประทานพวก Isosorbide dinitrate คือพวก Isordil ซึ่งออกฤทธิ์ได้นานกว่าไนโตรกลีเซอริน ยาไนโตรกลีเซอรินที่ยังมีฤทธิ์ดีจะมีรสขำ ไม่ควรที่จะซื้อยาพวกนี้เก็บไว้นานเกิน 2 เดือน เพราะอาจเสื่อมฤทธิ์ได้ เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ให้อมยาได้ลิ้น 1 เม็ดรอให้ยาละลายแล้วกลืน ขณะอมยาได้ลิ้นให้พัก หรือนอนพักเพราะยามีฤทธิ์ ในการขยายหลอดเลือดอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำลงประมาณ 10 นาที อาการยังไม่ดีขึ้นให้อมยาได้ลิ้นอีก 1 เม็ด ถ้าอาการเจ็บหน้าอกยังไม่ดีขึ้นให้รีบมาโรงพยาบาล ขณะเดินทางมาโรงพยาบาลถ้ามีอาการเจ็บหน้าอกสามารถอมยาได้ลิ้นได้

3. การให้คำแนะนำก่อนผู้ป่วยกลับบ้านโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด

3.1 รักษาน้ำหนักตัวให้พอเหมาะ อย่าให้น้ำหนักมากเกินไป

3.2 ควบคุมระดับไขมันในเลือด ลดอาหารไขมันลง

3.3 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเกลือมากเกินไป

3.4 งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และงดสูบบุหรี่ เชื่อว่าสารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก ต่อมหมวกไตชั้น medulla ให้หลั่งแคทีโคลามีนมากขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็ว และแรงขึ้น หลอดเลือดหดตัว หัวใจจึงต้องทำงานหนัก ทำให้ความต้องการออกซิเจนสูงขึ้น นอกจากนั้นยังเชื่อว่าผลของนิโคตินที่ทำให้มีการหลั่งแคทีโคลามีน ยังทำให้โคเลสเตอรอล และไนโตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น รวมทั้งมีการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด (Platelet) เพิ่มขึ้น

3.5 ควบคุมโรคที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือโรคที่ทำให้หัวใจต้องทำงานหนัก เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

3.6 แพทย์มักจะให้รับประทานยาแอสไพริน เพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือดวันละ 1-2 เม็ด รับประทานหลังอาหารทันที เพื่อป้องกันอาการปวดแสบในท้อง

3.7 หลีกเลี่ยงความเครียดและอารมณ์รุนแรง ผู้ป่วยบางคนแพทย์อาจจะต้องให้ยากล่อมประสาท อย่างไรก็ตาม พยาบาลมีส่วนที่จะช่วยผู้ป่วยในเรื่องนี้ได้อย่างมาก ถ้ามีความเข้าใจในเรื่องภาวะเครียดและผลที่เกิดกับหัวใจ

3.8 เพศสัมพันธ์สามารถมีเพศสัมพันธ์ ได้ 2-4 สัปดาห์ หลังจากกลับบ้าน แต่ต้องขึ้นกับความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละราย โดยอัตราการเต้นของหัวใจไม่เกิน 120 ครั้ง/

นาที่ และความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 170 มม.ปรอท ไม่ควรมีกิจกรรมหลังอาหารมื้อหนัก หรือมีกิจกรรมอื่นๆที่หนัก เช่น ออกกำลังกาย หรือถ้าจะมีกิจกรรมจะต้องร่อนอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

3.9 การมาตรวจตามแพทย์ เพื่อติดตามการรักษาและการดำเนินของโรค

2. ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ

ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล การปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำด้วยความเต็มใจซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติ รวมทั้งการปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำให้เหมาะสมกับภาวะของโรคโดย ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ มีความสำคัญต่อการรักษาอย่างยิ่ง ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผลของการรักษาประสบผลสำเร็จ และมีประสิทธิภาพ (Joyce และคณะ, 2004) ดังนั้นความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการทำให้การรักษาโรคมีประสิทธิภาพ

2.1 ความหมายของความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ

ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับคำแนะนำหรือสอดคล้องกับแผนการรักษา ในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Joyce และคณะ, 2004)

Horwitz และ Horwitz (1993) ได้ให้คำจำกัดความของความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพไว้ว่า คือ พฤติกรรมของบุคคลในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยา หรือการปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนวิถีในการดำรงชีวิต ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกับการรักษา และการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ

Haynes และคณะ (1979 อ้างอิงใน Joyce และ คณะ, 2004) อธิบายถึงความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพว่าเป็นพฤติกรรมของบุคคลในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้สอดคล้องกับการรักษา หรือคำแนะนำด้านสุขภาพ

จากความหมายของความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพข้างต้นสรุปได้ว่า ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ คือพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำด้วยความเต็มใจซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือการควบคุม

ปัจจัยเสี่ยงต่างๆให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติ รวมทั้งการปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำให้เหมาะสมกับภาวะของโรคในเรื่อง การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมาตรวจตามนัด และการควบคุมน้ำหนัก

2.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ

ในปัจจุบันได้มีการอธิบายความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ โดยอาศัยรูปแบบและทฤษฎีต่างๆ ไว้อย่างหลากหลาย ได้แก่ รูปแบบชีวการแพทย์ รูปแบบพฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้โดยใช้ปัญญา ทฤษฎีการเรียนรู้ประสิทธิผลแห่งตน ทฤษฎีการกระทำโดยใช้เหตุผล และรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Brannon และ Feist , 1997 อ้างอิงใน สมัยพร อาซาล , 2543)

2.2.1 รูปแบบชีวการแพทย์ ได้กล่าวถึงปัจจัยทางด้านบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ และพื้นฐานด้านจริยธรรม ปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ได้แก่ รูปแบบการใช้ยา อาการข้างเคียงของยา และความรุนแรงและอาการของโรค

2.2.2 รูปแบบพฤติกรรม ในรูปแบบพฤติกรรมเชื่อว่า การกระตุ้นหรือส่งเสริมให้บุคคลมีกำลังใจที่เข้มแข็งเป็นกุญแจสำคัญในการมีพฤติกรรมความร่วมมือที่ดี รูปแบบพฤติกรรมที่ใช้กระตุ้นให้มีกำลังใจ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้รางวัล และการทำสัญญาข้อตกลงกันไว้ในเรื่องการรักษาระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย การให้คำแนะนำ มักนิยมใช้วิธีพูดคุยระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วยโดยตรง และอาจใช้วิธีให้คำแนะนำโดยการเขียนบอกทางจดหมาย การแนะนำทางโทรศัพท์ การให้รางวัลกับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามเหมาะสม อาจใช้วิธีให้รางวัลเป็นปัจจัยภายนอก คือ สิ่งของหรือเงินทอง ส่วนการให้รางวัลที่เป็นปัจจัยภายในของบุคคล คือการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณภาพดีขึ้นกว่าเดิม สำหรับการทำสัญญาระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย อาจเป็นลักษณะการให้สัญญาโดยเป็นวาจา หรือเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรถึงความตั้งใจ บ่งบอกจุดมุ่งหมายที่ต้องการรักษาโรคให้หาย หรือความต้องการมีสุขภาพที่ดี สำหรับรูปแบบพฤติกรรมกระตุ้นให้มีกำลังใจบางรูปแบบอาจก่อให้เกิดความรู้สึกที่เป็นลบ แต่มุ่งเน้นเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการเพิ่มความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ได้แก่ การข่มขู่ถึงอันตรายของโรคเมื่อผู้ป่วยไม่รับประทานยา

2.2.3 ทฤษฎีการเรียนรู้โดยใช้สติปัญญา ทฤษฎีนี้มุ่งอธิบายถึง พื้นฐานการรับรู้ของบุคคล ความสามารถในการปรับตัวต่ออาการของโรค เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาโดยผ่าน ขบวนการเรียนรู้ วิเคราะห์ และเห็นคุณค่าในการที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น ทฤษฎีการเรียนรู้โดยใช้สติปัญญานี้มีหลายรูปแบบดังนี้

2.2.3.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ประสิทธิผลแห่งตน บุคคลที่มีการรับรู้ ใช้สติปัญญาวิเคราะห์การกระทำที่ถูกต้อง หรือไม่ถูกต้องได้จะมีความพึงพอใจ และมีความเชื่อใน

ความสามารถแห่งตน มีความมั่นใจว่าเมื่อตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องนั้นได้ จะทำให้พฤติกรรมนั้นๆ ได้รับผลลัพธ์ตามสิ่งที่คาดหวังไว้ เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อในความสามารถแห่งตนว่า เมื่อปฏิบัติความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพแล้วผลที่ออกมาคือ ตนเองจะหายจากโรค

2.2.3.2 ทฤษฎีการกระทำโดยใช้เหตุผล กล่าวถึงที่บุคคลจะตัดสินใจแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมนั้นต้องผ่านกระบวนการคิดพิจารณาถึงเหตุถึงผลตามข้อมูลที่มีอยู่จริง ซึ่งความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมใดนั้นขึ้นกับทัศนคติของบุคคลนั้นต่อพฤติกรรมดังกล่าว รวมทั้งอิทธิพลทางสังคม หรือความคิดเห็นของบุคคลส่วนใหญ่ในสังคมเห็นว่าบุคคลนั้นควรแสดงพฤติกรรมนั้นมากน้อยเพียงใดเมื่อผู้ป่วยคิดพิจารณาถึงผลของการกระทำตามแผนการรักษาว่าดีต่อตนเอง สิ่งนั้นจะเป็นสาเหตุส่งเสริมให้บุคคลต้องกระทำตามแผนการรักษาอย่างดี

2.2.4 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลนั้นเห็นคุณค่าของเป้าหมายของการกระทำ หรือพฤติกรรมนั้นๆ และเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายได้ พฤติกรรมจะเกิดเมื่อบุคคลรับรู้ถึงความเสี่ยง และความรุนแรงจากการเป็นโรค รับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้จากการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และรับรู้ว่ามีอุปสรรคจากการรักษา รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้เป็นพื้นฐานที่จะเพิ่มหรือลดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

2.2.5 ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของ Joyce และ คณะ (2004) กล่าวว่าพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับคำแนะนำหรือสอดคล้องกับแผนการรักษา ในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการมาตรวจตามนัด

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่าความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของ Joyce และ คณะ (2004) ซึ่งเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษาในเรื่อง การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมน้ำหนักและ การมาตรวจตามนัด ซึ่งความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพจะส่งผลให้การรักษาประสบผลสำเร็จ และมีประสิทธิภาพ

2.3 ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ในการศึกษาครั้งนี้ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หมายถึง

การรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ การรับประทานอาหารมากเกินไป ไม่ถูกสัดส่วน โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง

จะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น ไขมันจะซึมผ่านเซลล์เยื่อบุผนังหลอดเลือด ไปสะสมในผนังหลอดเลือด ทำให้รูของหลอดเลือดแคบลง หลอดเลือดตีบ และเลือดไหลผ่านไม่สะดวก เกิดอาการหัวใจขาดเลือด คือ เจ็บหัวใจขณะออกกำลังกาย เมื่อมีอาการเครียด และอาจเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เร่งให้เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบรุนแรงและเร็วขึ้น การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมจะสามารถป้องกันและแก้ไขโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดหัวใจตีบได้ดี การเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีรายละเอียดดังนี้

(รวมต บำรุงสุข, 2548)

1. รับประทานอาหารให้ได้ปริมาณที่พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย และหลักการง่าย ๆ ที่ยังใช้ได้เสมอคือ การรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ โดยรับประทานอาหารประเภทแป้ง และไขมันให้น้อย และการปรุงอาหารควรใช้น้ำมันจากพืช ในการปรุงอาหารไม่ควรใช้น้ำมันจากสัตว์
2. เลือกรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก โดยเฉพาะผัก ผลไม้ สีเหลือง/แดง หรือผักใบเขียว เช่น กะหล่ำปลี หรือถั่วต่างๆ
3. รับประทานอาหารที่ส่งผลต่อการทำงานของหัวใจให้น้อยที่สุด โดยรับประทานอาหารรสอ่อน นุ่ม นุ่ม ไม่แข็งจนเกินไป หรือเป็นอาหารที่เคี้ยวง่ายย่อยง่าย และไม่ควรรับประทานครั้งละมาก เพราะจะทำให้หัวใจทำงานหนักมากเกินไป หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ย่อยยาก โดยรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย ซึ่งไม่ทำให้อุจจาระแข็ง เช่น ปลา เพราะปลานอกจากจะให้โปรตีนที่มีคุณภาพดีแล้วยังให้น้ำมันอีกด้วย ซึ่งจะมีวิตามินอีสูง จะช่วยทำให้หลอดเลือดหัวใจแข็งแรง
4. หลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่จะไปกระตุ้นให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น เช่น ชา กาแฟ เป็นต้น
5. สำหรับผู้ป่วยบางคนที่โรคอื่นร่วมด้วย เช่น เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ก็จะมีรายละเอียดของการบริโภคอาหารที่แยกย่อยลงไปอีกตามแต่ชนิดของโรคสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายสามารถแบ่งออกได้เป็น 6 หมวด คือ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน วิตามิน เกลือแร่ ไขมัน และน้ำ สารอาหารแต่ละชนิดจะมีหน้าที่แตกต่างกัน แต่จะทำงานร่วมกัน ในการรักษาสุขภาพ

ควรบริโภคอาหารในปริมาณที่พอเหมาะ และสมดุลให้ครบทุกหมู่ ควรหลีกเลี่ยงอาหารหวาน เค็ม และมัน ไขมัน 1 กรัม ให้พลังงาน 9 กิโลแคลอรี โปรตีน แป้ง และน้ำตาล 1 กรัม ให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี ดังนั้น ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เพื่อให้ได้พลังงานน้อยกว่าในปริมาณเท่าๆกัน

การรับประทานยา ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีความจำเป็นที่จะต้องรับประทานยาตลอดระยะเวลาที่ทำการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการรับประทานยาโดยรับทราบว่ามียาอะไรบ้าง มีการรับประทานยาที่ถูกต้องตามจำนวน เวลา ขนาด คุณสมบัติ และฤทธิ์ข้างเคียงของยา พร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เพื่อจะได้รายงานแพทย์ และหาวิธีแก้ไขได้ถูกต้อง การรับประทานยาให้ถูกต้อง และสม่ำเสมอเพื่อผลในการควบคุมโรค และหลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่นที่แพทย์ และพยาบาลไม่ได้แนะนำ เพราะอาจเป็นการเสริมฤทธิ์ หรือขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ได้รับ หรืออาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาได้ และการรับประทานยาจะช่วยให้อาการของโรคทุเลาลง หรือหาย (นิตยา ภาสุนันท์, 2529)

การออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้ในปริมาณที่มากขึ้น ตอบสนองต่อการออกกำลังกายที่หนักขึ้นและต่อเนื่องนานๆอย่างมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

1. การออกกำลังกายช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ
2. ลดอัตราการเต้นของหัวใจ เมื่อมีการใช้ออกซิเจนในปริมาณที่เท่ากัน
3. เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ
4. เพิ่มความหนาแน่นของเส้นเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อลาย
5. เพิ่มความทนทานในการออกกำลังกาย
6. การออกกำลังกายช่วยควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์พอเหมาะ
7. การออกกำลังกายช่วยส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตดี คลายเครียด ลด

ความรู้สึกซึมเศร้า หดหู่ วิตกกังวล

8. รักษาระดับน้ำตาลในเลือด (เพิ่มความสามารถใช้อินซูลิน)
9. ปรับสภาพการทำงานของกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อ
10. ป้องกันการเกิดโรคกระดูกพรุน

ผลของการออกกำลังกายต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจ

1. ชะลอการแข็งตัวของหลอดเลือด การออกกำลังกายจะช่วยลดความรุนแรงในการเกิดหลอดเลือดหนาตัว ชะลอความก้าวหน้าของโรคซึ่งอาจเป็นผลของกิจกรรมทางกายโดยตรง หรือร่วมกับการช่วยเบี่ยงเบนปัจจัยเสี่ยงอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ลดไขมัน ลดความดันโลหิต ลด LDL โคเลสเตอรอล เพิ่ม HDL โคเลสเตอรอล

2. ยับยั้งการเกิดลิ่มเลือด การออกกำลังกายหนักมีผลด้าน fibrinolysis โดยจะสามารถลด plasma fibrinogen เพิ่ม tissue plasminogen activator และลด plasminogen

activator inhibitor ลงได้ นอกจากนี้การออกกำลังกายทั้งระยะสั้น และระยะยาวก็มีผลต่อการทำงานของเกร็ดเลือด

3. ส่งเสริมการทำงานของผนังชั้นในหลอดเลือด ผนังชั้นในของหลอดเลือดจะทำหน้าที่หลั่ง endothelium-derived relaxing factor เช่น nitric oxide ซึ่งมีส่วนสำคัญในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและคนที่สูบบุหรี่ จะมีความบกพร่องของการทำงานดังกล่าว การออกกำลังกายแบบแอโรบิคจะช่วยให้ผนังชั้นในของหลอดเลือดทำงานดีขึ้น

4. ด้านการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด การปรับตัวภายหลังการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยอัตราการเต้นหัวใจลดลงจะส่งผลให้ช่วง diastole นานขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดมากขึ้น และทำให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจซึ่งแปรตามอัตราเต้นของหัวใจและความดันซิสโตลิกลดลงตามไปด้วย

5. ด้านการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผลจากการปรับตัวลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกและลดการหลั่งสาร catecholamine จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิด ventricular fibrillation ทำให้อุบัติการณ์การเสียชีวิตเฉียบพลันของผู้ป่วยลดลง

การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นประจำจะทำโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า โดยแปรตามจำนวนของบุหรี่ที่สูบ ยิ่งสูบมากยิ่งเสี่ยงมาก โดยสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่ทำให้เซลล์บุผนังหลอดเลือดไม่แข็งแรง เป็นช่องทางให้ไขมันโคเลสเตอรอล โดยเฉพาะ LDL โคเลสเตอรอล เคลื่อนลงไปฝังตัวในชั้นเยื่อบุผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดหนา ส่งผลให้ช่องทางเดินภายในหลอดเลือดตีบ แคบลงทำให้เลือดไหลเวียนน้อยหรือช้าลง หรืออาจจะตันจนเลือดไม่สามารถผ่านไปได้ หลอดเลือดต่างๆที่เกิดการแข็งและหนาตัวผิดปกติ เมื่ออยู่ที่อวัยวะใดก็จะเป็นเหตุให้เกิดโรคขาดเลือดของอวัยวะนั้นๆ เช่น ที่หัวใจ ทำให้หัวใจขาดเลือด ซึ่งอาจจะมีหลายระดับตั้งแต่ขาดเลือดน้อยๆ มีอาการเข็งแน่นหน้าอก เหนื่อยง่าย จนกระทั่งขาดเลือดมากจนกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจวาย หรือช็อคเสียชีวิตได้ (วรมต บำรุงสุข, 2548)

กลไกของผลการสูบบุหรี่ต่อหลอดเลือดแดงและหัวใจ มีดังนี้

1. ทำให้ภาวะการแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้น
2. เพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ
3. ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ จะลดความสามารถของเม็ดเลือดแดงในการนำพาออกซิเจนสู่อวัยวะและเซลล์ทั่วร่างกาย
4. ทำให้หลอดเลือดแดงเลี้ยงหัวใจตีบ

5. เพิ่มสาร catecholamine ในเลือดมีผลทำให้หัวใจเต้นแรง และเร็วขึ้น
6. การสูบบุหรี่ทำให้ไขมันในกระแสเลือดเปลี่ยนแปลงกล่าวคือ HDL ต่ำ triglyceride และ LDL cholestrol สูงกว่าในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่
7. ทำลายเซลล์เยื่อภายในหลอดเลือดแดง
8. คาร์บอนที่ประกอบด้วยก๊าซ oxidant หลายชนิดเมื่อเข้าไปอยู่ในกระแสเลือดจะทำให้ antioxidant ลดลง
9. กระตุ้นเม็ดเลือดขาว neutrophil ซึ่งเพิ่มอนุพันธ์อิสระ และสารอื่นๆ ที่เสริมกระบวนการให้หลอดเลือดแข็งตัว

การหยุดสูบบุหรี่จะทำให้ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจลดลงประมาณร้อยละ 50 ภายในเวลา 1 ปี และลดความเสี่ยงต่อไปซ้ำๆ และเสี่ยงน้อยลงจนเทียบเท่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ระยะยาว ส่วนผู้ที่เป็นโรคหัวใจอยู่แล้วและเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทำให้โอกาสในการเกิดซ้ำลดลงได้ประมาณครึ่งหนึ่ง

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะทำให้การทำงานของตับเสื่อมลง ซึ่งตับจะมีหน้าที่ในการขับสารพิษหรือของเสียออกจากร่างกาย และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะไปกระตุ้นให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น รวมถึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจจะต้องทำงานหนักมากขึ้นกว่าปกติ ในการสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกาย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจหนาผิดปกติ ทำให้หัวใจขยายตัวไม่สะดวก จะทำให้เกิดหัวใจวายได้ (รวมต บำรุงสุข, 2548)

การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานจะสามารถลดระดับความดันโลหิต ลดระดับโคเลสเตอรอล ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลและฮอร์โมนอินซูลิน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัจจุบันถือว่าค่า BMI (Body Mass Index) คำนวณจาก น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูง (เมตรยกกำลังสอง) ค่า BMI ที่เหมาะสมคือต้องน้อยกว่า 25 ผู้ที่มีค่า BMI ระหว่าง 25-30 ถือว่าน้ำหนักเกิน และถ้าค่า BMI มากกว่า 30 ถือว่าเป็นโรคอ้วน American Heart Association ได้กำหนดว่า ความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การควบคุมน้ำหนักโดยลดน้ำหนักประมาณร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัวสามารถลดระดับความดันโลหิต ลดระดับโคเลสเตอรอล (รวมต บำรุงสุข, 2548)

การมาตรวจตามนัด เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะต้องรับผิดชอบเพื่อการตรวจรักษาที่ต่อเนื่อง และลดอาการของโรคลงให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพราะปัญหาจากโรคของผู้ป่วยนั้นอาจมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในระยะเวลาอันสั้น และเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ การมาตรวจตามนัดถือเป็นการติดตามความก้าวหน้าของโรคว่าเปลี่ยนแปลง

ไปในทางใด มีภาวะแทรกซ้อนใดเกิดขึ้นหรือไม่ ตลอดจนได้ประเมินปัญหาต่างๆที่อาจเกิดขึ้นจาก พืชข้างเคียงของยา และการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันต่างๆ ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางในการให้ คำแนะนำที่เหมาะสมต่อไป ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอตามวัน และ เวลาที่แพทย์กำหนด แต่ถ้ามีอาการผิดปกติก่อนถึงวันนัดก็ให้รีบมาตรวจรักษาทันที

(กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

2.4 การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้าน สุขภาพ

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะต้องดูแลตนเองไปตลอดชีวิต จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงภาวะความเจ็บป่วย รวมทั้งแนวทางการรักษา และวิธีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมเพื่อนำไปปฏิบัติให้ถูกต้องและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามสมควร พยาบาล อยู่ในฐานะที่จะส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยได้ดีเพราะมีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอื่นๆ โดยการสอน แนะนำ และช่วยแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรค เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา เป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้พยาบาลควรตระหนักถึงปัจจัยเกี่ยวกับความเชื่อ ด้านสุขภาพของผู้ป่วยด้วยว่าผู้ป่วยมีความเชื่อหรือการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และการรักษาอย่างไร ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการรักษา การให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะของโรค

ด้วยเหตุนี้ การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้าน สุขภาพของผู้ป่วยจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลในการประกอบการสอนและการให้ คำแนะนำ ทั้งยังต้องอาศัยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยต่างๆ เช่น พยาบาลผู้สอนทั้งในหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยทั่วไป และพยาบาลในคลินิก ให้มีความพร้อมในการสอนหรือการให้ คำแนะนำ และมีแผนการให้คำแนะนำที่ต่อเนื่อง รวมทั้งตัวผู้ป่วยเองต้องมีความพร้อมและความ ต้องการที่จะเรียนรู้ด้วย ซึ่งการที่จะให้การพยาบาลที่สอดคล้องตรงตามปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วยจำเป็นจะต้องนำกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลเพื่อ ประเมินปัญหา การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการ การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผล เพื่อนำผลที่ได้จากการประเมินมาเป็นข้อมูลย้อนกลับเพื่อว่ายังมีข้อบกพร่องในส่วนใดบ้าง เพื่อ การวางแผนแก้ไขอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การพยาบาลเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ดังนี้

1. เพศ

เพศเป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่างในเรื่องสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม จากการรายงานวิจัยพบว่าในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เพศหญิงจะมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจน้อยกว่าเพศชายและพบว่าเพศหญิงจะไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 50 เนื่องจาก เพศหญิงจะมีข้อจำกัดในเรื่องวัฒนธรรม เช่น การต้องทำงานอยู่บ้าน หรือการต้องทำงานบ้าน (Horgan และคณะ อ้างถึงใน Joyce และคณะ, 2004)

2. ความรุนแรงของโรค

ความรุนแรงของโรค เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคจะมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและบทบาททางสังคม เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะส่งผลให้บุคคล เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพมากขึ้น กล่าวคือถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองมีอาการของโรคที่รุนแรง ผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Horwits และ Horwits (1993) พบว่าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่รับรู้ความรุนแรงของโรคจะมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในการรับประทานยารักษาโรคหัวใจในทางบวกและสอดคล้องกับการศึกษาของ สมัยพร อาซาล (2543) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคที่รับรู้ความรุนแรงของโรคจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในระดับสูงซึ่งความรุนแรงของโรค ประเมินโดยการให้เกณฑ์ของ The Canadian Cardiac Society (CCS อ้างถึงใน วรมนต บำรุงสุข, 2548) โดยประเมินจากความรุนแรงของอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจาก อาการเจ็บหน้าอกในการทำกิจกรรมตามเกณฑ์ของ The Canadian Cardiac Society ดังนี้คือ

Class 1 หมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อเร่งรีบ หรือทำงานหนัก ถ้าเดินหรือขึ้นบันไดไม่มีอาการ

Class 2 หมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกเวลาเดินไกลหรือขึ้นบันไดมากกว่า 1 ชั้น ขึ้นภูเขาหรือทางลาด มีอาการหลังตื่นนอนตอนเช้า หรือมีอาการเวลาเครียดหรือโกรธ

Class 3 หมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อออกแรงเพียงเล็กน้อย เช่น ขึ้นบันได
แค่ 1 ชั้น

Class 4 หมายถึง มีอาการเจ็บหน้าอกบ่อยจนแทบจะทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้
อาจมีอาการขณะนั่งพักเฉยๆ

3. ความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นเห็นคุณค่าของ
เป้าหมายการกระทำหรือพฤติกรรมนั้น และเชื่อว่าพฤติกรรมจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยง
รับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และรับรู้อุปสรรค ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติ
ตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (Brannon และ Feist, 1997 อ้างถึงใน สมัยพร อาซาล, 2543) และ
จากการศึกษาของ Robertson และ Keller (1992) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการรับรู้ถึง
ความรุนแรง อุปสรรค ประโยชน์และ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะมีความร่วมมือในการปฏิบัติ
ตามคำแนะนำด้านสุขภาพโดยการออกกำลังกาย

ความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคล และไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานของความ
เป็นจริงเสมอไป ความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวังหรือ
สมมติฐาน ความเชื่อจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล (Rokeach, 1970)
ความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดเป็นผลที่เกิดขึ้นหลังจากบุคคลได้รับประสบการณ์ต่างๆมาแล้วและ
เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้า
กับสถานการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสมด้วย (สุธีรา อายุวัฒน์, 2527) อาจกล่าวได้ว่าความเชื่อมี
อิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพ
เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา บุคคลที่
เชื่อว่าเมื่อเกิดโรคแล้วอาจเกิดความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต บุคคลนั้นก็จะมี
พฤติกรรมในการหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรค หรือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหนีภัย
จากโรคนั้นซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เป็นความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อ
การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างกันออกไปใน
แต่ละบุคคล จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพในระดับที่
แตกต่างกัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการ
ปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ จากการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) และ สมัยพร อาซาล (2543)
พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติ
ตามคำแนะนำด้านสุขภาพ จึงสรุปได้ว่าบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะเห็น

ความสำคัญของการมีสุขภาพดีโดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค การที่บุคคลมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้นๆจะมีความรุนแรงต่อสุขภาพ และการมีชีวิตของเขา ถ้าหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพนั้น กล่าวว่่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้นถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม จากการศึกษาของ Robertson และ Keller (1992) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการรับรู้ความรุนแรงจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพโดยการออกกำลังกายมากขึ้นเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

3.3 การรับรู้ประโยชน์ การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นสามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และปฏิบัติตามคำแนะนำ จะต้องรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่า สิ่งที่จะปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง จากการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) และ Robertson และ Keller (1992) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ

3.4 การรับรู้อุปสรรค เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่างๆตามสภาพความเป็นจริงที่ขัดขวางการปฏิบัติตัวของบุคคลหรือเป็นอุปสรรคในการให้ความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) และ Brannon และ Feist, (1997 อ้างถึงใน สมัยพร อาซาล, 2543) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ

3.1 แนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพ

Lewin (1994) กล่าวว่า ความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคลว่าเกี่ยวกับห้องอวกาศของชีวิต (life space) โดยประกอบด้วยค่านิยมเชิงบวก (positive valued) ค่านิยมเชิงลบ (negative valued) และค่านิยมที่เป็นกลาง (neutral valued) ซึ่งกิจกรรมและการแสดงออกของบุคคลนั้นจะเป็นกระบวนการของแรงดึงของค่านิยมในเชิงบวก และเป็นแรงผลักในเชิงลบ ซึ่งถ้าแรงผลักรจากเชิงลบมากก็จะทำให้เกิดโรคนั้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมในการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคจะต้องมีความเชื่อในค่านิยมเชิงบวกมากกว่าในเชิงลบซึ่งความเชื่อที่เป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการแสดงออกทางสุขภาพนั้นประกอบด้วยความเชื่อที่ว่า

1. การมีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของบุคคล
2. การเกิดโรคอาจมีความรุนแรงน้อย ปานกลาง หรือมาก
3. การปฏิบัติตัวที่ดีจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะต่างๆ หรือจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ แต่ขณะเดียวกันก็จะมีอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย หรือความเจ็บปวดต่างๆ

Lewin เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนและหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาการที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะบุคคลนั้นเชื่อว่า

1. ตนเป็นผู้ที่มีโอกาสเกิดโรคได้
2. โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน
3. การปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจง มีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเพื่อลดความรุนแรงของโรค และยังมีสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด หรือความอายซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นที่มาของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค

Karl และ Cobb (1966) ได้ประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบ่งพฤติกรรมของบุคคลออกเป็น 3 ลักษณะ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดๆของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะแรกๆที่ไม่มีอาการ
2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย หมายถึง กิจกรรมใดๆที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม
3. พฤติกรรมของผู้ป่วย หมายถึง เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว ได้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้นได้ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และความร่วมมือในการรักษา

Becker (2002) กล่าวถึงองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา 4 ประการ ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสของการเกิดโรค คือ การรับรู้ของบุคคลต่อโอกาสในการเกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้แตกต่างกันออกไป บางคนเชื่อว่าตนเองไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่บางคนเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือปัญหาสุขภาพได้ง่าย
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค คือ การรับรู้ของบุคคลต่อการประเมินผลของการเกิดโรคต่อตนเอง บุคคลต้องรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อร่างกาย

จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคมด้วยจึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา คือ ความเข้าใจของบุคคลต่อการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อความร่วมมือในการรักษาของตนเอง การรับรู้ถึงประโยชน์หรือประสิทธิภาพของการรักษาจะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากขึ้น

4. การรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ ในการรักษา คือ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยเฉพาะ หากการปฏิบัตินั้นรบกวนต่อชีวิตประจำวันหรือบุคคลที่ประสบกับความยากลำบาก ความไม่สะดวก หรือไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากแนวคิดของเบคเกอร์ ได้รับการยอมรับในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตน โดยใช้ความเชื่อทางด้านสุขภาพ และได้มีการนำไปใช้ในการวิจัยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆอย่างแพร่หลายและเป็นที่ยอมรับ

3.2 การประเมินและเครื่องมือวัดความเชื่อด้านสุขภาพ

การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งเป็นองค์ประกอบด้านความคิด นิยมวัดออกมาในรูปแบบของทิศทาง ปริมาณ หรือขนาด ซึ่งสามารถวัดออกมาด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ วิธีการสังเกต วิธีการสัมภาษณ์ และวิธีการใช้แบบสอบถาม ซึ่งการใช้แบบสอบถามนิยมใช้มากที่สุด การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพมีผู้สร้างและพัฒนาเครื่องมือไว้หลายรูปแบบในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของ สมัยพร อาซาล (2543) ซึ่งใช้รูปแบบของความเชื่อด้านสุขภาพโดยอิงกรอบแนวคิดของ เบคเกอร์ (Becker, 2002) โดยการวัดความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรค ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการรักษา โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามรูปแบบของลิเคอร์ท สเตล เพราะมีความสะดวกและเหมาะสมในการให้คะแนนในแต่ละคำตอบของความเชื่อด้านสุขภาพแต่ละด้าน

4. ภาวะซึมเศร้า

4.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า มีผู้ที่ศึกษาและให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้มากมาย พอสรุปได้ดังนี้

Beck (1967) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสรีรวิทยา ได้แก่ มีมโนทัศน์

ในด้านลบ ติดเตียงตัวเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดความสนใจเรื่องเพศ เป็นต้น

Beck และคณะ (1979) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคต ซึ่งมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป คือ การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) การคิดและแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking)

Beeber (1998) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกว่าสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดอัตโนมัติในด้านลบต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดน้อยลง

ทมาภรณ์ นูรณสมภพ (2547) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า คือ ภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดในด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต โดยจะมีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต่ำหนืดตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง และแยกตัวจากสังคม

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึงภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านการคิดและการรับรู้ มีการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ มีความคิดในด้านลบ รู้สึกไร้ค่า รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น

4.2 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า ยังอธิบายได้ไม่ค่อยชัดเจน มีการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าจากสาเหตุหลายประการ ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543 ; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545)

4.2.1 ปัจจัยด้านร่างกาย

ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic transmission) กล่าวถึง การเกิดภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง โดยจากการศึกษา คู่แฝดไข่ใบเดียวกันที่คนหนึ่งมีความผิดปกติทางอารมณ์ พบว่า คู่แฝดอีกคนมีโอกาสที่จะมีความผิดปกติทางอารมณ์ ร้อยละ 65 ขณะที่คู่แฝดไข่คนละใบ พบเพียงร้อยละ 14 และมี

การศึกษา พบว่าถ้าบิดา มารดาเป็นโรคซึมเศร้าบุตรจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า และหากเป็นทั้งคู่ เด็กจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงถึง 4 เท่า

ทฤษฎีทางชีวเคมี (Biochemical theory of depression) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เกิดจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ซึ่งมีความเข้มข้นลดลง ได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) โดพามีน (dopamine) และนอร์อิพิเนพรีน (norepineprine) โดยสารเหล่านี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น และจากการศึกษาของ ซาโน (Sano, 1989 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545) พบว่า ระดับความเข้มข้นของสารซีโรโทนิน จะลดต่ำลงในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ร่วมกับโรคสมองเสื่อม

4.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ

4.2.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าการสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก สิ่งที่มีความสำคัญกับตน หรือการสูญเสียอวัยวะต่างๆ ที่ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนไป ฟรอยด์ อธิบายว่าอารมณ์เศร้าเกิดจากการสูญเสียสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น การตายจากหรือการถูกปฏิเสธ ฟรอยด์ มีความเชื่อว่า สาเหตุของความเศร้าโศกเกิดจาก ความรู้สึกสับสนเรื่องสัมพันธ์ภาพ เกี่ยวกับความรัก สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก และความขัดแย้งเกี่ยวกับตนเอง

4.2.2.2 ทฤษฎีพัฒนาการ และประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้เกี่ยวกับความล้มเหลวของตนเอง การถูกทอดทิ้ง โดยเฉพาะจากบุคคลที่มีความสำคัญ ทำให้บุคคลมีความรู้สึกเศร้า มีความคิด และความหวังเกี่ยวกับตนเองในทางลบ ไม่สามารถปรับตัวได้

Sullivan (2000) เชื่อว่า ความขัดแย้งในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interaction) หรือสภาพของสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า

4.2.2.3 ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive theory) พบว่า ความเศร้า เกิดจากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ คิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง Beck (1967) ได้ระบุถึง ความคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าไว้ 3 ประการคือ การมีความคิดทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและต่ออนาคต ซึ่งรูปแบบของความคิดทั้ง 3 ประการ คือ

4.2.2.3.1 รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่อตนเอง (Negative view of self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่ามีข้อบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่น่าปรารถนา อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนคิดขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้น ก็จะโทษว่าทั้งหมดเกิดขึ้นเพราะความผิดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

4.2.2.3.2 รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่อสิ่งแวดล้อม (Negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเอง

ในเชิงความสูญเสีย มองชีวิตในขณะนั้นเต็มไปด้วยภาวะอุปสรรค หรือมีสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใด ก็จะไปเปลี่ยนสถานการณ์นั้นไปในทางลบ จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

4.2.2.3.3 รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่ออนาคต (Negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายความทุกข์ยากในปัจจุบันว่าจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด มองไปข้างหน้า ชีวิตก็จะมีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลง จะมีแต่ความคับข้องใจและความสูญเสีย เมื่อพบกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ก็จะมองล่วงหน้าไปว่าอนาคตจะเป็นสิ่งที่ปัญหาต่อไป ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต สูญเสียความหวังในอนาคต และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

4.2.3 ปัจจัยด้านสังคม

สามารถอธิบายได้ว่า การเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ทำให้บุคคลยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติทางลบและแยกตัว อีกประการหนึ่ง คือ การขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการประสบกับการสูญเสียของคู่สมรส เช่น การแยกกันอยู่ การเสียชีวิต

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายๆ ปัจจัยผสมรวมกัน ทั้งปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้นและมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย และจากการวิเคราะห์งานวิจัยของ Dobson (1989); Harrington และคณะ, (1998); Reinecke และคณะ, (1998) พบว่าจากทฤษฎีต่างๆ ที่อธิบายถึงปัจจัยเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ทฤษฎีปัญญานิยมได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายว่าสามารถอธิบายถึงปัจจัยการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ดี (สมโภชน์ เขี่ยมสุภาษิต, 2541; สมพร บุขราทิจ และเจียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2542; Covi และคณะ, 1982; Dobson, 1989; Fennell, 1990; Harrington และคณะ, 1998; Reinecke และคณะ, 1998; Haaga และคณะ, 1999; Wright และ Beck, 1999; Palmer และ Szymanska, 2000)

4.4 การประเมินและเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า

ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจนั้นสามารถประเมินได้หลากหลายวิธีแต่วิธีที่เป็นที่นิยมและใช้โดยทั่วไป คือ การใช้แบบประเมินของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) โดยจะต้องแสดงอาการอย่างน้อย 5 ข้อขึ้นไป คือ

1. มีอารมณ์ซึมเศร้า

2. ความสนใจหรือความยินดีในสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างผิดปกติ
3. พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนแปลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด
4. นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากผิดปกติ
5. มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ หรือเชื่องช้าลง
6. มีอาการอ่อนล้าหรืออ่อนแรง
7. เกิดความรู้สึกอึดอัดในมิติทางด้านลบ สับสนหรือรู้สึกผิด
8. ความสามารถในการตัดสินใจ ลดลง
9. มีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

ซึ่งอาการต่างๆเหล่านี้ต้องเกิดขึ้นทุกวัน ติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป และจะต้องมีอาการของอารมณ์เศร้าหรือความสนใจในสิ่งต่างๆลดลงเสมอ ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ทางด้านสังคม ไม่สามารถประกอบอาชีพได้หรือส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน อาการอาจจะไม่แสดงออกโดยตรง ดังนั้นผู้ที่ประเมินต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ และมีความเชี่ยวชาญ เพื่อการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง

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

4.4.2 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน โดยปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดในแง่ของกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยค้นหาโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออกและอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยสอบถามในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถแยกได้

ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลันโดยที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

ในการวิจัยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน โดยปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner ซึ่งมีความเหมาะสมในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นที่ยอมรับในการใช้เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดในแง่ของกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยค้นหาโรค

5. การสนับสนุนทางสังคม

5.1 ความหมาย

ความหมายตาม The Oxford English Dictionary (1989 อ้างถึงใน รุ่งทิพย์ เบ้าตุน, 2546)

5.1.1 การกระทำหรือการปฏิบัติ เพื่อปกป้อง หรือป้องกันบุคคลจากการยอมแพ้ หรือทอดทิ้งหรือความทุกข์ การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ อนุเคราะห์หรือสนับสนุน การอุดหนุน การหนุนหลัง หรือการช่วยเหลือด้านจิตใจหรือวิญญาณ ความสุขสบายทางจิตใจ ความร่วมมือ โดยการใช้ถ้อยคำ

5.1.2 การกระทำในการปกป้องคุ้มครองบุคคลจากความล้มเหลว หรือไม่สมหวัง อ่อนเพลีย หดท้อใจ หรือความสูญเสีย และการให้สิ่งของเพื่อการดำรงชีวิต

5.1.3 บุคคลหรือสิ่งของที่ส่งเสริมหรือสนับสนุน

5.1.4 สิ่งสนับสนุนหรือการส่งเสริมสิ่งที่เป็น สนับสนุนวิถีทางหรือรายได้ของ อาชีพหรือการทำมาหากิน หรือการยังชีพหรือความเป็นอยู่

Cobb (1976) ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเอง นอกจากนี้ เขาเองยังเป็นส่วนหนึ่งในสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kaplan, Cassel และ Gore (1977 อ้างใน สุพร พริ้งเพริศ , 2538) กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมที่บุคคลได้รับจาก สิ่งแวดล้อมในสังคมบุคคลนั้น โดยการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม หรืออาจมีความหมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีอยู่หรือหายไปของแหล่งให้การสนับสนุน หรือจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อ บุคคลนั้น

Brandt และ Weinert (1985) ซึ่งใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) ได้ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม โดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่างๆ เช่น ความรักใคร่ผูกพันที่ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย และเป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการให้คำแนะนำ (assistance and guideline) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) ความมีคุณค่าในตนเอง (reassurance of worth) และยังรวมถึงการเอื้อประโยชน์แก่ผู้อื่น หรือการมีโอกาสดูแลเลี้ยงดูผู้อื่น (opportunity for nurturance) การสนับสนุนทางสังคมเป็นความรักใคร่ผูกพัน (attachment) ระหว่างบุคคลต่อบุคคลซึ่งช่วยเหลือประคับประคองกัน และส่งผลให้มีความสามารถในการปรับตัวเพิ่มขึ้น

โดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล เกิดจากความตั้งใจและมีเจตนาดี เพื่อให้ความช่วยเหลือ ประคับประคองในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นวัตถุประสงค์ของ ข้อมูลข่าวสาร การยอมรับนับถือหรือเห็นคุณค่าและการให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์หรือจิตใจแก่บุคคลอื่น และก่อให้เกิดผลด้านบวกหรือดีต่อผู้รับ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

5.2 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งการสนับสนุนทางสังคมมักจะเป็นสิ่งที่แสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ หรือบทบาทและความรักความผูกพัน มากกว่าสิ่งที่ให้ในการช่วยเหลือ หรือประเภทหรือชนิดของการสนับสนุน ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้าและรวบรวมแหล่งการสนับสนุนตามแนวคิดทฤษฎีไว้ ดังนี้

จตุรรัตน์ กมลศรีจักร (2540) และ อารีย์ พองเพชร (2540) กล่าวถึงแนวคิดของ Pender ซึ่งแบ่งบุคคลในระบบสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. การสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดที่สุด และสำคัญมากที่สุด เพราะครอบครัวเป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผน พฤติกรรม การมีปฏิสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต

2. การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support systems) เป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลผู้มีประสบการณ์หรือ ความชำนาญ และสามารถติดต่อชักจูงบุคคลได้โดยง่าย

3. ระบบการสนับสนุนด้านศาสนา (Religious organization or deomination) ได้แก่ พระ นักบวช กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม ซึ่งจะเป็นแหล่งที่ช่วยให้บุคคลได้มีการพบปะ แลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำ เกี่ยวกับวิธีการดำเนินชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณี

4. ระบบการสนับสนุนจากวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนแห่งแรกๆ ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบการสนับสนุนจากองค์กรที่ควบคุมโดยวิชาชีพด้านสุขภาพ

(Organized directed by health professional) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง

อารีย์ พองเพชร (2540) ยึดหลักแนวคิดของ Kaplan ในการจำแนกกลุ่มบุคคลซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ไว้ 3 กลุ่มคือ

1. กลุ่มผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ ลูกหลาน กับอีกประเภทหนึ่งคือ ครอบครัวใกล้ชิด (Kinth) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย

2. องค์กรและสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized support) ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันเป็นหน่วยงาน ชมรมหรือสมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ

3. กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Professional health care workers) หมายถึง ผู้ที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู

5.3 การประเมินและเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม

Dean และ Lin (1977 อ้างถึงใน Linsey, 1992) ได้รวบรวมเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นที่รู้จักและยอมรับทั้งด้านความตรงและความเที่ยง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.3.1 Personal Resource Questionnaire (PRQ) สร้างขึ้นโดย Brandt และ Weinert ในปี 1981 ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตที่ทำให้บุคคลต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ของบุคคลและความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์เหล่านั้น และ 2) เป็นการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิด Weiss มี 25 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 7 ระดับ โดยข้อความด้านบวกจาก ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 7 คะแนน ส่วนข้อความด้านลบต้องกลับค่าคะแนน โดยคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 25-175 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ซึ่ง Brandt และ Weinert (1985) ได้ทดสอบความเที่ยงด้วยการวัดซ้ำห่างกันเป็นระยะ 4-6 สัปดาห์ ในปี ค.ศ. 1987 ได้ค่าแอลฟา 0.72 และการหาความคงที่ภายในได้ค่าแอลฟาอยู่ในช่วง 0.85-0.93 ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนได้อยู่ในช่วงร้อยละ 43.4 ถึงร้อยละ 48.9 รวมทั้งทดสอบความตรงจำแนกกับเครื่องมือ the Profile of Mood State (POMS) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง -0.28 ถึง -0.48 (Han และ คณะ 2002)

5.3.2 Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาล ในปี ค.ศ. 1981 เพื่อวัดความหลากหลายมิติของโครงสร้างการสนับสนุน

ทางสังคม เป็นคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวหรือการจัดการตนเองแบบสั้นๆประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) การประเมินหน้าที่หรือการทำหน้าที่ (Function aspects) คือ ประเมินการได้รับการสนับสนุน 3 ด้านได้แก่ ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด ความเห็นพ้องยืนยันพฤติกรรมของบุคคล และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 2) การสูญเสียเครือข่าย (network loss) คือ ประเมินสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมซึ่งเป็นผู้ให้การสนับสนุนหรือช่วยเหลือที่สำคัญในปัจจุบัน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นจริง ถึง 5 คะแนน หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด ผ่านการหาค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำ ได้ค่าแอลฟา 0.85-0.92 หาค่าความคงที่ภายในได้ค่าแอลฟาไม่ต่ำกว่า 0.89 และทดสอบความตรงโดยการหาความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ ด้วยการหาค่าความตรงตามสภาพร่วมกับ Social Support Questionnaire ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.31- 0.56

5.3.3 Social Support Questionnaire (SSQ) ได้รับการพัฒนาและทดสอบโดย Sarason และคณะ ในปี ค.ศ. 1983 ใช้วัดจำนวนของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่มีหรือหามาได้ ซึ่งประกอบด้วยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล การปรับตัวหรือการจัดการ และการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มี 27 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามจะประกอบด้วยบุคคลที่สามารถพึ่งพา และความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับ โดยคำตอบจะเป็น มีหรือไม่มี และถ้าตอบว่ามีจะต้องประเมินความพึงพอใจในการได้รับการสนับสนุนนั้น เป็นมาตราส่วนประมาณค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง พึ่งพามากถึง 6 คะแนน หมายถึง ไม่พึ่งพามาก ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ 0.94 และการวัดซ้ำห่างกัน 4 สัปดาห์ ได้ค่าแอลฟา 0.83-0.90 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับโดยรวม (item-total correlation) อยู่ในช่วง 0.48-0.72 และมีค่าความคงที่ภายในสูง

5.3.4 Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) พัฒนาโดย Barrera และคณะ ในปี ค.ศ. 1981 เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความถี่ของการได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก และครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย มี 40 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ในการประเมินความถี่ในเหตุการณ์ระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับ ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง ได้รับทุกวัน ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.93 และ 0.94 และการวัดซ้ำได้ค่าแอลฟา 0.88 และคะแนนของ ISSB มีความสัมพันธ์กับขนาดของเครือข่ายและการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว

5.3.5 Social Support Questionnaire พัฒนาโดย Schaefer และคณะในปี ค.ศ. 1981 มี 2 ส่วนคือ 1) สถานการณ์ 9 สถานการณ์ เพื่อการวัดการสนับสนุนด้านวัตถุ 2) จำนวน

เครือข่ายที่เฉพาะ เช่น คู่สมรส เพื่อน ความสัมพันธ์ในโรงเรียนหรือที่ทำงาน โดยมี 1 คำถามที่ถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และอีก 4 คำถาม เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ผ่านการหาค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำห่างกันที่ระยะมากกว่า 9 เดือน ได้ค่าแอลฟาของการสนับสนุนด้านวัตถุ 0.56 การสนับสนุนด้านอารมณ์ 0.68 หาค่าความคงที่ภายในของการสนับสนุนด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารได้ค่าแอลฟา 0.81 และการสนับสนุนด้านวัตถุได้แอลฟา 0.31

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENCRICH Social Support Questionnaire) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ข้อคำถามที่ 1-6 มีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา ส่วนข้อคำถามที่ 7 เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ใช่และไม่ใช่ โดยในคำถามข้อที่ 7 ไม่นำมาคิดคะแนน

6. ความพึงพอใจในการบริการ

โดยทั่วไปการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจมักนิยามศึกษา ใน 2 มิติ คือ มิติความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน (Job Satisfaction) และ มิติความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ (Service Satisfaction) ในการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในมิติความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ (อ้างถึงใน อรพินท์ ไชยพยอม, 2542)

6.1 ความหมาย

Tiffin และ McCormic (1965) กล่าวว่า ความพึงพอใจ คือ แรงจูงใจของมนุษย์ที่ถูกกำหนดโดยความต้องการพื้นฐาน หรือความจำเป็น และจะมีแรงขับไปสู่ปรารถนานั้นและพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ต้องการ

Millins (1958) กล่าวว่า ความพึงพอใจคือ ทัศนคติที่เกิดขึ้นภายใน มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกของบุคคลที่ประสบความสำเร็จทั้งปริมาณและคุณภาพ

Loudon และ Bitta (1993) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในขั้นตอนการประเมิน ความพอใจนี้ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเพียงพอ จากสิ่งที่ได้รับ และความรู้สึกเพียงพอนี้เป็นผลมาจากการเปรียบเทียบประสบการณ์ในอดีตกับสิ่งที่ได้รับ

จิตตินันท์ เดชะคุปต์ (2538) กล่าวว่า ความพึงพอใจในบริการ หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ หรือความรู้สึกทางบวกของบุคคล ที่เป็นผลมาจากการประเมินเปรียบเทียบสิ่งที่บุคคลได้รับจริงในระดับที่สอดคล้องกับสิ่งที่บุคคลคาดหวังเอาไว้ ในสถานการณ์การบริการ ความพึงพอใจในการบริการมีความสำคัญต่อผู้ให้และผู้รับบริการ โดยทำให้ผู้รับบริการสามารถกำหนด

คุณลักษณะของการบริการ ประเมินคุณภาพของการบริการ และบ่งชี้ถึงความสำเร็จของงานบริการ รวมทั้งทำให้ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการพัฒนาบริการที่มีคุณภาพตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความพอใจและใช้บริการต่อไป

โดยสรุป ความพึงพอใจในการบริการ คือ สภาวะความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่เกิดขึ้นตลอดกระบวนการให้การรักษารหรือการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เช่น การให้บริการที่รวดเร็ว ความพึงพอใจในการให้คำแนะนำของแพทย์และพยาบาล

6.2 แนวคิดความพึงพอใจ

Mullins (1954) ได้เสนอแนวคิดในการสร้างความพึงพอใจในบริการ ได้แก่

1. การให้บริการที่เสมอภาค (Equitable Service) หมายถึง การให้บริการประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน ใช้กฎระเบียบและมาตรฐานการให้บริการเดียวกัน
2. การให้บริการที่ตรงเวลา (Timely Service) หมายถึง การให้บริการที่ตรงเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการของภาครัฐที่ต้องปฏิบัติงานให้ตรงเวลา
3. การให้บริการอย่างเพียงพอ (Ample Service) หมายถึง การให้บริการด้าน วัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ เวลา อย่างเพียงพอเหมาะสม นอกจากด้านปริมาณที่เพียงพอแล้ว บริการที่ให้ประชาชนต้องมีคุณภาพดีด้วย
4. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Service) หมายถึง การให้บริการตลอดเวลาไม่ว่าจะมีสภาวะอากาศเช่นใด และดูแลจนกว่าผู้ป่วยจะหายจากโรค
5. การให้บริการอย่างก้าวหน้า (Progressive Service) หมายถึง การให้บริการที่มีการพัฒนาคุณภาพและความสามารถ มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย สนองความต้องการของประชาชนอยู่เสมอ

Loeken และ คณะ (1997) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยจำแนกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. ด้านโครงสร้าง (Structure) หมายถึง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความสะดวกสบายและความสามารถในการเข้าถึงบริการ
2. ด้านกระบวนการ (Process) หมายถึง ทักษะในทางมนุษยสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ การประสานงาน ความสามารถทางด้านเทคนิคการบริการ
3. ความไม่สบาย (Discomfort) หมายถึง ความไม่สบายทั้งทางกายและใจของผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจทั่วไป (General Satisfaction) หมายถึง ความพึงพอใจในปัจจุบันและส่งผลต่อไปในอนาคต

Aday และ Anderson (1978) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1970- 1975 และเสนอถึงความสำคัญพื้นฐาน 6 ประการที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของผู้รับบริการกับความพึงพอใจต่อบริการรักษาพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยประเมินระบบบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขว่าสามารถเข้าถึงประชาชน คือ ความพึงพอใจ 6 ประเภท ดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) ซึ่งแยกออกเป็น

1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)

1.2 การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ (Available of care when needed)

1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base of getting to care)

2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของบริการ (Coordination) ซึ่งแยกออกเป็น

2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานบริการที่หนึ่ง คือ ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย

2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย อันได้แก่ ด้านร่างกาย และจิตใจ

2.3 แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา

3. ความพึงพอใจต่อการให้เกียรติของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอัธยาศัยท่าทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความสนใจ ห่วงใยต่อผู้ป่วย

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical information)

4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย

4.2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแก่ผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วย การให้ยา เป็นต้น

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมด ที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยต่อบริการโรงพยาบาล

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

จิตตินันท์ เดชะคุปต์ (2538) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ ได้แก่

1. ผลสัมฤทธิ์ของบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับบริการที่มีลักษณะคุณภาพ และระดับการให้บริการตรงกับความต้องการ ความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ และคุณภาพบริการ

2. ราคาค่าบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการขึ้นอยู่กับราคาค่าบริการที่ผู้รับบริการยอมรับหรือพิจารณาว่าเหมาะสม กับคุณภาพของการบริการตามความเต็มใจที่จะจ่ายของผู้รับบริการ ทั้งนี้เจตคติของผู้รับบริการที่มีราคาค่าบริการกับคุณภาพการบริการ ของแต่ละบุคคล จะแตกต่างกันออกไป

3. สถานที่บริการ การเข้าถึงบริการได้สะดวก เมื่อผู้รับบริการมีความต้องการยอม ก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อบริการ ทำเลที่ตั้ง และการกระจายสถานที่ให้บริการให้ทั่วถึงเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการจึงเป็นเรื่องสำคัญ

4. การส่งเสริมแนะนำบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการเกิดขึ้นได้จากการได้ยิน ข้อมูลข่าวสาร หรือบุคคลอื่นกล่าวถึงคุณภาพการบริการในทางบวก ซึ่งหากตรงกับความเชื่อที่มี อยู่ก็จะรู้สึกดีกับบริการดังกล่าว อันเป็นแรงจูงใจผลักดันให้มีความต้องการการบริการตามมาได้

5. ผู้ให้บริการ เป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติการบริการให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ผู้บริหารการบริการที่วางนโยบายการบริการโดยคำนึงถึงความสำคัญของผู้รับบริการเป็นหลัก ย่อมสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้เกิดความพึงพอใจได้ง่าย

6. สภาพแวดล้อมของการบริการ สภาพแวดล้อมและบรรยากาศของการบริการ มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ

7. กระบวนการบริการ วิธีการนำเสนอบริการในกระบวนการการบริการเป็นส่วนสำคัญ การสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของการจัดระบบบริการ ส่งผลให้การปฏิบัติงานบริการแก่ผู้รับบริการมีความคล่องตัว และสนองตอบความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง

กล่าวโดยสรุป ความพึงพอใจในบริการ คือสภาวะความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่เกิดขึ้นตลอดกระบวนการให้การรักษาหรือการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เช่น การให้บริการที่รวดเร็วและความกระตือรือร้นในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ การให้คำแนะนำหรือการรับฟังปัญหาของแพทย์และพยาบาล การได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่อื่นในโรงพยาบาล สถานที่ให้บริการมีเก้าอี้ที่นั่งรอ รวมทั้งมีห้องน้ำที่เพียงพอและสะอาด การได้รับการบริการโดยการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัย

6.3 การประเมินและเครื่องมือวัดความพึงพอใจในบริการ

Risser (1975 อ้างถึงใน เตยหอม บุญพันธ์ , 2539; วราภรณ์ มาร์กษา, 2548) ได้สร้างแบบวัดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้ป่วยซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลและบริการทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งต่อมาแบบวัดนี้ได้ถูกพัฒนานำมาเป็นเครื่องมือในการวัดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลในโรงพยาบาล กรอบแนวคิดพื้นฐานในแบบวัดนี้ประกอบด้วยเกณฑ์ย่อย 3 ด้าน ดังนี้ องค์ประกอบเชิงเทคนิคและวิชาชีพ , ด้านความสัมพันธ์ภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ , ด้านสัมพันธภาพด้านการเรียนการสอน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ มีมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ได้ค่าแอลฟา .89

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความพึงพอใจของ ชูติ ฤทธิชู ซึ่งใช้วัดความพึงพอใจในการบริการของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆที่ทำการศึกษาร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดยังมีน้อยมาก มีเพียงในงานวิจัยในผู้ป่วยโรคอื่นๆ ดังนี้

Joyce และคณะ (2004) ได้ทำการศึกษาร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 ราย พบว่า ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้ลดอัตราการเกิดโรคซ้ำและลดอัตราการตาย ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการออกกำลังกาย และลดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.28, p < .05$) และความร่วมมือในการดูแลสุขภาพหรือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32, p < .05$)

Robin (2004) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรักษาในเชิงอกิมาน โดยทำการศึกษางานวิจัยจำนวน 122 ฉบับ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ทั้งการได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว และการได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อน จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา ช่วยลดความวิตกกังวล หรือความเครียด ช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Fogel และคณะ (2003) ได้มีการศึกษาระหว่างคุณภาพชีวิตกับภาวะซึมเศร้าที่ใช้พยากรณ์ความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่าง 285 ราย พบว่า ความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = -.26, p < .01$) และ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = -.68,$

$p < .01$) ซึ่งจากการวิจัยยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และภาวะซึมเศร้าจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ

Garay-Sevilla และคณะ (1995) ได้ทำการศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 200 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานอาหารเช้าจะทำให้ระดับของเสียในร่างกายลดลง และถ้ามีความร่วมมือในการรับประทานยาจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลให้มีความร่วมมือในการรักษาทั้งในเรื่องการรับประทานยาและอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Horwitz และ Horwitz (1993) ได้ทำการศึกษาความร่วมมือในการรักษากับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และทำให้อาการของโรคลดลงหรือหาย จากการศึกษาคือความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในการรับประทานยาในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าผู้ป่วยที่มีความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในการรับประทานยาจะมีอัตราการตายร้อยละ 3.0 ในขณะที่อัตราการตายในผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นร้อยละ 7.0

Robertson และ Keller (1992) ทำการศึกษาคือความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 51 ราย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวข้างต้นกับความร่วมมือในการออกกำลังกายในผู้ป่วยผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ และผู้ป่วยที่ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงจะมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีการรับรู้ต่ำกว่า และพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพโดยการออกกำลังกายเพื่อลดภาวะเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .229$) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.390$)

สมัยพร อาชาล (2543) ได้ทำการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 60 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพะเยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 75 ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .198, p < .603$)

ชุตินา อัดถากรโกวิท (2534) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความร่วมมือในการรักษาในการปฏิบัติตนตามคำสั่งแพทย์และภาวะความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 160 ราย พบว่า ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาในด้านต่างๆ ได้แก่ การมาตรวจตามนัดแพทย์นัดในรอบปี การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การนอนหลับอย่างน้อย 6 ชม. การจำกัดอาหารเค็ม การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลโรคทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจ ความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นิตยา ภาสุนันท์ (2529) ทำการศึกษาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎ และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 100 ราย พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ($r = .333, p < .01$) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ($r = .281, p < .01$) การรับรู้อุปสรรคต่างๆ ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ($r = .435, p < .01$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุภาพ ไบแก้ว (2528) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะต่างกัน พบว่า ผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และภาวะการณควบคุมโรค ต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรอบแนวคิด

