

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายและการเจ็บป่วยที่พบมากในประเทศไทยจากสถิติปี พ.ศ.2545 เป็นจำนวน 15,362 คนต่อประชากรจำนวนแสนคน คิดเป็นร้อยละ 24.5 (ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2547-2548, 2547) และมีอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2547 คือ 16,766 คนต่อประชากรจำนวนแสนคน คิดเป็นร้อยละ 26.8 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2549) จากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดดังกล่าวข้างต้นยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในทุกๆปีส่งผลทำให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้น โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหัวใจมากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปถึง 17,376.96 บาท/ปี/ราย หรือ 1,448.08 บาท/เดือน จากการประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคหัวใจในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2541 พบว่าค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนเงิน 2,310,284,208 บาท จึงนับว่าโรคหัวใจเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญยิ่ง (สมร จงสมจิตร, 2542)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (coronary artery disease) เป็นอาการที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อันประกอบด้วย อาการเจ็บแน่นหน้าอก (Unstable angina) และกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี มีสาเหตุมาจากการตีบตันหรือการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีทำให้เลือดและออกซิเจนไม่สามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อบริเวณนั้นๆ ทำให้กล้ามเนื้อได้รับเลือดไปเลี้ยงลดลง เกิดความเสียหายต่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งมีระยะการดำเนินของโรค ดังนี้ กล่าวคือ เมื่อเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดแดงมีการเปลี่ยนแปลง โดยใช้เวลาหลายปี และเมื่อเกิดอาการทางคลินิก แสดงให้เห็นว่า มีการเกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับหลอดเลือดแดงโคโรนารี ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารี จะมีการเปลี่ยนแปลงเป็น 5 ระยะ แบ่งออกเป็น 6 ชนิด ดังนี้

ระยะที่ 1 จะเริ่มเกิดในบุคคลที่มีอายุ 30 ปี ขึ้นไป และมีลักษณะอาการทางคลินิกที่เรียกว่า ระยะไม่แสดงอาการของโรค จากระยะที่ 1-3 และจะไม่มีอาการหน้าตัว หรือการตีบแคบของหลอดเลือดแดง ไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า type 1 จะเกิดการเปลี่ยนแปลงบริเวณกล้ามเนื้อเรียบ โดยจะพบว่า กล้ามเนื้อเรียบเริ่มมีการหนาตัวบริเวณรอยต่อแขนงของหลอดเลือดแดง และ

จะพัฒนาจาก type 1 จะมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ type 2 คือ มีการหนาตัวของของกล้ามเนื้อเรียบมากขึ้นเรื่อยๆ เริ่มมีไขมันมาสะสมในหลอดเลือดและมีแมคโคฟาจมารวมกลุ่มตัวเรียก foam cell และ type 3 รอยโรคมักจะเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 20 ปีถัดมา เรียกว่า pre-atheromas เป็นระยะที่มีการเชื่อมต่อระหว่างระยะที่ 1 กับระยะรุนแรง คือหลอดเลือดจะหนาตัวมากขึ้น มีไขมัน และ foam cell ล้อมรอบเซลล์ของกล้ามเนื้อเรียบมากขึ้น

ระยะที่ 2 ประกอบด้วย 2 type คือ type 4 และ type 5 จะมีลักษณะของลิ้มเลือดเกิดขึ้น โดย type 4 เรียกว่า atheroma เริ่มมีการตีบตัวของหลอดเลือด มีการสะสมของไขมัน และเนื้อเยื่อรอบๆ แต่ยังไม่มีการตีบแคบของหลอดเลือด ซึ่งจะมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว และเข้าสู่ระยะรุนแรงต่อไป type 5 จะมีเนื้อเยื่อ fibrous ห่อหุ้มทำให้เกิด atheroma ซึ่งจะแบ่งย่อยเป็น type Va, Vb และ Vc , type Va มีลักษณะไขมันสะสมหลายๆชั้นไม่สม่ำเสมอ type Vb จะเริ่มมีแคลเซียมสะสม type Vc จะมีการสะสมของไขมันในส่วนอื่นๆของหลอดเลือดด้วย เช่น หลอดเลือดบริเวณขา

ระยะที่ 3 จะเกิดการแตกของลิ้มเลือดจะเกิดใน type 4 และ type 5 ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งในช่วงแรกอาจจะยังไม่มีการลดการไหลเวียนของเลือดจึงไม่มีแสดงอาการ แต่อาจจะมีการพัฒนาของลิ้มเลือดให้มีขนาดใหญ่ขึ้นทำให้เกิดลักษณะที่เรียกว่า stable angina

ระยะที่ 4 ลิ้มเลือดมีการเปลี่ยนแปลงหนาตัวมากขึ้น จนเกิดการลดลงของการไหลเวียนของเลือดอย่างมีนัยสำคัญ ทำให้เกิดอาการ unstable angina และ myocardial infarction หรือเสียชีวิตฉับพลันได้

ระยะที่ 5 ลิ้มเลือดมีแคลเซียม และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมาล้อมรอบ ทำให้เกิดการตีบแคบเรื้อรัง ซึ่งจะทำให้มีการตีบแคบของหลอดเลือดมากขึ้น และจะนำไปสู่การตีบแคบของหลอดเลือดทั้งหมด และมักจะมีการสร้างหลอดเลือดใหม่ เพื่อช่วยให้เลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ

(แผนภาพที่ 1)

Type and Characteristics	Earliest Onset	Clinical Manifestation	Illustration
Phase I <i>Type I (initial lesion)</i> Isolated macrophage foam cells Intimal thickening located near bifurcations of artery	Infancy and childhood	Clinically silent	<p>Adaptive thickening (smooth muscle)</p>
<i>Type II (fatty streak)</i> No decrease in lumen Flat, fatty streaks Lipid accumulation with clusters of macrophage foam cells	Infancy and childhood	Clinically silent	<p>Macrophage foam cells</p>
<i>Type III (preatheroma)</i> Raised fatty streaks Lipid-filled foam cells and smooth muscle cells	From third decade on	Clinically silent	<p>Extracellular lipids</p>
Phase II <i>Type IV (atheroma)</i> Disturbed intimal structure with extracellular lipid and fibrous tissue in core Small to moderate decreases in lumen	From third decade on	Clinically silent	<p>Core of extracellular lipids</p>
<i>Type Va (fibroatheroma)</i> Lipid core with fibrotic layer Multiple lipid cores and fibrotic layers	From fourth decade on	Va is usually clinically silent, whereas Vb may be associated with chronic stable angina	<p>Fibrous thickening</p>
Phase III <i>Type VI (complicated lesion)</i> Plaque rupture Mural thrombus with partial occlusion of lumen	From fourth decade on	Angina pectoris due to partial occlusion of vessel	<p>Thrombus</p>
Phase IV <i>Type VI lesion</i> Same as above except greater degree of occlusion	From fourth decade on	Acute syndromes, unstable angina, myocardial infarction, sudden death	<p>Fissure and thrombus</p>

Type and Characteristics	Earliest Onset	Clinical Manifestation	Illustration
Phase V <i>Type Vb-c</i> Complicated plaques from phase III become calcified (Vb) or fibrotic (Vc)	From fourth decade on	Stable angina	<p>Organized thrombus covered over by fibrous or calcified tissue</p>

(แผนภาพที่ 1) แสดงขั้นตอนการเกิด Atherosclerosis

อ้างอิงใน Jane and Joyce.2005. Medical-Surgical Nursing. pp1632-1633

เมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะส่งผลให้ผู้ป่วย เกิดความเครียด กลัว วิตกกังวล สูญเสียภาพลักษณ์ ลึ้นหวัง เกิดความท้อแท้ และเกิดความไม่แน่นอนในชีวิต ส่งผลให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ต้องดำเนินชีวิตอยู่ภายใต้ข้อจำกัดมากมาย ไม่ว่าจะเป็นการปรับเปลี่ยนในเรื่อง การรับประทานอาหาร การจำกัดในการทำกิจกรรม เป็นต้น ซึ่งขึ้นกับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยแต่ละราย การให้คำแนะนำในการให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในเรื่องต่างๆถือว่าเป็นสิ่งสำคัญเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลง เป็นภาระของครอบครัว รายจ่ายเพิ่มขึ้นรายได้ลดลงประเทศชาติ สูญเสียค่าใช้จ่ายหรือสูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น เป็นภาระของประเทศและเป็นดัชนีชี้วัดถึงคุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศ

ดังนั้นจะเห็นว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งพบว่า ปัจจัยต่างๆที่ทำให้เกิดโรคนี้ที่สำคัญ ได้แก่ การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันแป้ง และน้ำตาลมาก การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความอ้วนมากเกินไป ความวิตกกังวล ความเครียด และมีโรคประจำตัวบางอย่างโดยเฉพาะโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง (Joyce และคณะ, 2004) จากความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงต่างๆเหล่านี้ แสดงให้เห็นว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่อาจป้องกันได้ แต่จากสถิติและจำนวนผู้เสียชีวิตในประเทศไทยบ่งชี้ว่าการป้องกันการเกิดโรคนี้ยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร ดังนั้นเป้าหมายที่สำคัญในการป้องกันและรักษา คือความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพซึ่งจะส่งผลต่อการป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำอีก รวมทั้งการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ หรือใกล้เคียงปกติ

ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ มีความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งการรักษาโรคนี้ต้องใช้เวลานาน และต้องอาศัยความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับภาวะของโรค เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การรับประทานยา การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมาตรวจตามนัด และการควบคุมน้ำหนัก สอดคล้องกับการศึกษาของ Carmody และคณะ (1980 อ้างถึงใน นิตยา ภาสุนันท์, 2529) ที่พบว่า ความร่วมมือของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในการออกกำลังกายตามโครงการฟื้นฟูสุขภาพจะลดลงตามระยะเวลาที่นานขึ้น ซึ่งการควบคุมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ให้เป็นไปตามเป้าหมายการรักษานั้น อยู่ที่ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แพทย์และพยาบาลเป็นแต่เพียงผู้แนะนำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพให้ได้มากที่สุด แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาอาจส่งผลให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นจนถึงแก่ชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน หรือเกิด

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำอีก (Joyce และ คณะ, 2004) และพบว่าผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และทำให้อาการของโรคลดลงหรือหาย

จากการศึกษาความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพเรื่องการรับประทานยาในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่าผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในการรับประทานยาจะมีอัตราการตายร้อยละ 3 ในขณะที่อัตราการตายในผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในการรับประทานยา เป็นร้อยละ 7 (Horwitz และ Horwitz , 1993) และจากการศึกษาของ Robertson และ Keller (1992) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในเรื่องการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .229$) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในเรื่องการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.390$)

ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และการตรวจวินิจฉัยที่ทันสมัยมากขึ้น มีการจัดตั้งหน่วย ซี.ซี. ยู เพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคนี้โดยเฉพาะทำให้ประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรคนี้ดีขึ้น อัตราการตายลดลง แต่พบว่ามีผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการรักษาจนอาการรุนแรงต่างๆหายไปแล้วกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมของผู้ป่วยตามเดิม แต่ต้องกลับเข้ารับการรักษซ้ำอีกด้วยโรคเดิมที่มีอาการรุนแรงขึ้น และเสียชีวิตในเวลาต่อมา ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการมุ่งเน้นการรักษาทางกาย และรักษาผู้ป่วยในระยะวิกฤตจึงทำให้ขาดการให้การพยาบาลด้านอื่นๆ รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพได้แก่ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ การควบคุมน้ำหนัก รวมถึงการปรับเปลี่ยนรูปแบบในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Joyce และคณะ (2004) พบว่า ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้ลดอัตราการเกิดโรคซ้ำและลดอัตราการตาย จากการศึกษาของ Horwitz และ Horwitz (1993) พบว่าผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรักษาจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และทำให้อาการของโรคลดลงหรือหาย Wright ได้ประมาณร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง ร้อยละ 20 ถึง ร้อยละ 80 (Wright, 1993 อ้างถึงใน Joyce และคณะ, 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพมีหลายปัจจัยได้แก่

เพศ Horgan และคณะ (อ้างถึงใน Joyce และ คณะ, 2004) พบว่าในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เพศหญิงจะให้ความร่วมมือในการรักษาโดยเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจน้อยกว่าเพศชายและพบว่าเพศหญิงจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่าร้อยละ 50 เนื่องจาก เพศหญิงมีข้อจำกัดในเรื่องวัฒนธรรม เช่น การต้องทำงานอยู่บ้าน หรือการต้องทำงานบ้าน

ความรุนแรงของโรค Horwits และ Horwits (1993) พบว่าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่รับรู้ความรุนแรงของโรคจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในการรับประทายารักษาโรคหัวใจในทางบวก และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมัยพร อาชาล (2543) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับรู้ความรุนแรงของโรคจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในระดับสูง

ความเชื่อด้านสุขภาพ Robertson และ Keller (1992) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการรับรู้ถึง ความรุนแรง อุปสรรค ประโยชน์และ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพโดยการออกกำลังกายมากขึ้นเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ภาวะซึมเศร้า Carney และคณะ (1995) พบว่าผลของภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคม Morisky และ คณะ (1990) พบว่า การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว อาจทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมตามแผนการรักษาของแพทย์ การที่ผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพมากขึ้น และการที่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้รับการสนับสนุนที่ดี จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในระดับสูงขึ้น (นิตยา ภาสุนันท์, 2529)

ความพึงพอใจในการบริการ อรพินท์ ไชยพยอม (2542) และ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) พบว่าผู้รับบริการที่มีความพึงพอใจต่อการบริการจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพและมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามสำหรับประเทศไทยนั้นการศึกษาความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนั้นยังมีน้อย ส่วนใหญ่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรค เป็นต้น (Davis , 1968 อ้างถึงใน นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ, 2531) ส่วนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนั้น มีเพียงการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) ซึ่งพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ($r = .333, p < .01$) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตาม

คำแนะนำด้านสุขภาพ ($r = .281, p < .01$) การรับรู้อุปสรรคต่างๆของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ($r = .435, p < .01$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของ ชูติมา อัตถากรโกวิท (2534) ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ยังมีน้อยมีเพียงปัจจัยด้านการรับประทานยาและการนอนหลับที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และนวนลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 38.89 นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ แรงจูงใจด้านสุขภาพ ระยะเวลาที่เป็นโรค พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในความร่วมมือและมีบางงานวิจัยพบว่าปัจจัยคัดสรรดังกล่าวข้างต้นไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (ชูติมา อัตถากรโกวิท, 2543 ; นิตยา ภาสุนันท์, 2529)

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่ายังมีความขัดแย้งกันในเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งยังเป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของการวินิจฉัยโรคและต้องการศึกษาว่าปัจจัยใดที่ส่งผล หรือมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ทำให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพพร้อมทั้งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ ความรุนแรงของโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการบริการ กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพื่อเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางในการประเมินปัญหาทางการพยาบาล และการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสังคม และเป็นแนวทางการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาความเจ็บป่วย และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

คำถามการวิจัย

1. ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับใด

2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ ความรุนแรงของโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการบริการ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ ความรุนแรงของโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในการบริการ กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

แนวคิดสมมติฐาน

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของ Joyce และ คณะ(2004) ซึ่งเป็นพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ และเป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษา หรือพฤติกรรมดูแลตนเอง ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การควบคุมน้ำหนัก และการมาตรวจตามนัด ซึ่งมีความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผลการรักษาได้ผลดีและมีประสิทธิภาพ (Horwits และ Horwits ,1993) ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดขึ้นเนื่องจากสถาบันด้านสุขภาพได้พยายามที่จะให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีในระยะยาว ซึ่ง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ เพศ ความรุนแรงของโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ คือ

เพศ เป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่างในเรื่องสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพ และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม จากรายงานวิจัยพบว่าในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เพศหญิงจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้าน

สุขภาพโดยเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจน้อยกว่าเพศชายและพบว่าเพศหญิงจะไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 50 เนื่องจาก เพศหญิงมีข้อจำกัดในเรื่องวัฒนธรรม เช่น การต้องทำงานอยู่บ้าน หรือการต้องทำงานบ้าน (Horgan และคณะอ้างถึงใน Joyce และ คณะ, 2004)

ความรุนแรงของโรค เป็นอาการและอาการแสดงต่างๆที่บ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรคโดยการให้เกณฑ์ของ The Canadian Cardiac Society (CCS อ้างถึงใน วรมนต บำรุงสุข, 2548) ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและบทบาททางสังคม เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะส่งผลให้บุคคล เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น กล่าวคือถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีอาการของโรคที่รุนแรง ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Horwits และ Horwits (1993) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่รับรู้ความรุนแรงของโรคจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในการรับประทานยารักษาโรคหัวใจในทางบวกและสอดคล้องกับการศึกษาของ สมัยพร อาซาล (2543) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคที่รับรู้ความรุนแรงของโรคจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในระดับสูง

ความเชื่อด้านสุขภาพ ของเบคเกอร์ (Becker, 2002) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นเห็นคุณค่าของเป้าหมายการกระทำหรือพฤติกรรมนั้น และเชื่อว่าพฤติกรรมจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ถึงอุปสรรค ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (Brannon และ Feist, 1997 อ้างถึงใน สมัยพร อาซาล, 2543) และจากการศึกษาของ Robertson และ Keller (1992) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการรับรู้ถึง ความรุนแรง อุปสรรค ประโยชน์และ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพโดยการออกกำลังกายมากขึ้น เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ภาวะซึมเศร้า ของเบค (Beck, 1967) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤต หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด โดยแสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิดและการรับรู้ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เกิดความรู้สึกหดหู่ แยกตัว ไม่ดูแลเอาใจใส่ต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อมจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (Joyce และคณะ, 2004) และจากการศึกษาของ Carney และคณะ (1995) พบว่าผลของภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในการรับประทานยา ส่วนการศึกษาของ Frasure-Smith และคณะ (1995) ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายไปแล้ว 18 เดือน พบว่า 35 รายมีอาการของภาวะ

ซึมเศร้าในระดับรุนแรง 68 รายมีค่าคะแนน Beck Depression Inventory (BDI) ≥ 10 ซึ่งหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการตาย (Mortality) และการเจ็บป่วยในโรงพยาบาล (Morbidity) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การสนับสนุนทางสังคม ของ Weiss (1974) เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม โดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่างๆ เช่น ความรักใคร่ผูกพันที่ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย และเป็นความช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการให้คำแนะนำ (assistance and guideline) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) ความมีคุณค่าในตนเอง (reassurance of worth) และยังรวมถึงการเอื้อประโยชน์แก่ผู้อื่น หรือการมีโอกาสดูแลเลี้ยงดูผู้อื่น (opportunity for nurturance) การสนับสนุนทางสังคมเป็นความรักใคร่ผูกพัน (attachment) ระหว่างบุคคล ต่อบุคคลซึ่งช่วยเหลือประคับประคองกัน และส่งผลให้มีความสามารถในการปรับตัวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการได้รับการส่งเสริมและการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว ให้ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในทางบวก (Joyce และคณะ, 2004) และจากการศึกษาของ สมัยพร อาซาล (2543) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจให้ผลทางบวกอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Morisky และ คณะ (1990) พบว่า การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว อาจทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมตามแผนการรักษาของแพทย์ การที่ผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพมากขึ้น และการที่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้รับการสนับสนุนที่ดี จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในระดับสูงขึ้น (นิตยา ภาสุนันท์, 2529)

ความพึงพอใจในการบริการ ของ Aday และ Anderson (1978) คือ สภาวะความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่เกิดขึ้นตลอดกระบวนการให้การรักษาหรือการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพินท์ ไชยพยอม (2542) และ สุพันธ์ จำริญสวัสดิ์ (2536) พบว่าผู้รับบริการที่มีความพึงพอใจต่อการบริการจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพและมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

จากข้อมูลหลักฐานการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
2. ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
3. ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
4. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
5. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
6. ความพึงพอใจในการบริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความรุนแรงของโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการบริการ กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่มาติดตามการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลของรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจ
2. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย เพศ ความรุนแรงของโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในการบริการและ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ

คำจำกัดความ

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หมายถึง บุคคลที่มีอาการอันเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งจะแสดงอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Unstable angina) และกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) มีสาเหตุมาจากการตีบตันหรือการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำ

ให้เลือดและออกซิเจนไม่สามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อบริเวณนั้นๆ ทำให้กล้ามเนื้อได้รับเลือดไปเลี้ยงลดลง เกิดความเสียหายต่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด รวมถึงบุคคลที่ได้ผ่านการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำด้วยความเต็มใจซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประกอบไปด้วย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมน้ำหนัก การมาตรวจตามนัด ประเมินจากแบบสอบถามที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความร่วมมือในการรักษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529)

การรับประทานอาหาร คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบถ้วน ทุกหมู่ และทุกวันรับประทานอาหารเช้า และไขมันให้น้อย เลือกรับประทานอาหารที่มีกากใย รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย เช่น ข้าว เนื้อปลา ผัก และผลไม้ที่มีประโยชน์ในการบำรุงร่างกาย ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย งดเว้นอาหารเค็ม ไขมันสูง

การรับประทานยา คือ พฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องตามจำนวน เวลา ขนาด คุณสมบัติ และฤทธิ์ข้างเคียงของยา พร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เพื่อจะได้รายงานแพทย์ และหาวิธีแก้ไขได้ถูกต้อง การรับประทานยาให้ถูกต้อง และสม่ำเสมอเพื่อผลในการควบคุมโรค และหลีกเลี่ยงการรับประทานชนิดอื่นที่แพทย์ และพยาบาลไม่ได้แนะนำ เพราะอาจเป็นการเสริมฤทธิ์ หรือขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ได้รับ หรืออาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาได้

การออกกำลังกาย คือ พฤติกรรมที่ทำให้ร่างกายได้ใช้แรงงาน หรือกำลังงานที่มีอยู่ในตัวเพื่อให้ร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเกิดการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การกระโดด การวิ่งอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที

การสูบบุหรี่ คือ พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งแสดงออกโดยการหยุดสูบบุหรี่

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งแสดงพฤติกรรมการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การควบคุมน้ำหนัก คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมัน และคาร์โบไฮเดรตน้อยโดยมุ่งหวังเพื่อการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

การมาตรวจตามนัด คือพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เจ็บปวดแล้วมารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอตามวัน และเวลาที่แพทย์กำหนด

เพศ หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเป็นเพศหญิงหรือเพศชายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ความรุนแรงของโรค หมายถึง อาการและอาการแสดงต่างๆที่บ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก โดยการใช้เกณฑ์ของ The Canadian Cardiac Society (CCS อ้างถึงใน วรมนต บำรุงสุข, 2548) ประเมินโดยแพทย์ผู้ทำการรักษา เก็บจากแบบบันทึกประวัติผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีต่อสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้อุปสรรคต่างๆในการรักษา ซึ่งวัดได้โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของ สมัยพร อาซาล (2543) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 2002) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค คือ การรับรู้ของผู้ป่วยต่อโอกาสในการเกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้แตกต่างกันออกไป บางคนเชื่อว่าตนเองไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่บางคนเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือปัญหาสุขภาพได้ง่าย

การรับรู้ความรุนแรงของโรค คือ การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการประเมินผลของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อตนเอง บุคคลต้องรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคมด้วย จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา คือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาของผู้ป่วยว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของตนเอง การรับรู้ถึงประโยชน์หรือประสิทธิภาพของการรักษาจะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากขึ้น

การรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ ในการรักษา คือ การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยเฉพาะ หากการปฏิบัตินั้นรบกวนต่อชีวิตประจำวัน หรือบุคคลที่ประสบกับความยากลำบาก ความไม่สะดวก หรือไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการตอบสนองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด โดยแสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้และความ

เบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรมได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เหนื่อย ล้า และหายใจลำบาก ประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย (ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ, 2533)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อนร่วมงานหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งประเมินโดยการประยุกต์ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENCRICH Social Support Questionnaire) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจ

ความพึงพอใจในการบริการ หมายถึง การประเมินการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นตลอดกระบวนการให้การรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก เช่น การให้บริการที่รวดเร็วและความกระตือรือร้นในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ การให้คำแนะนำหรือการรับฟังปัญหาของแพทย์และพยาบาล การได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่อื่นในโรงพยาบาล สถานที่ให้บริการมีเก้าอี้ที่นั่งรอ รวมทั้งมีห้องน้ำที่เพียงพอและสะอาด การได้รับการบริการโดยการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัย โดยประเมินจากแบบสอบถามความพึงพอใจของ ชูดี ฤทธิชู (2535)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมโดยการทำผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อให้การพยาบาลเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรค ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและลดอัตราการตาย

2. เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการทางการพยาบาล