

บทที่ 1



บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นปัญหาทางสุขภาพที่ได้รับความสนใจจากปัญหาหนึ่ง เพราะนับวันก็จะพบผู้ป่วยด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นเหตุให้อัตราการตายด้วยโรคนี้สูงขึ้นด้วย ในปี พ.ศ. 2514 เสวค นนทกานันท์ และคณะ (2517 : 107 - 112) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 40 คน ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบอัตราการตายทั้งหมด 11 คน คิดเป็นร้อยละ 27.50 ต่อมาในปี พ.ศ. 2525 - 2526 จินตนา โยชาสมุทร และคณะ (2526 : 201 - 203) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 120 คน ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลเช่นเดียวกัน พบอัตราการตายเพิ่มเป็นร้อยละ 37.5 ซึ่งเริ่มจะใกล้เคียงกับอัตราการตายในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบได้ร้อยละ 45 (Bigger 1980 : 1)

ในปี ค.ศ. 1976 สมาคมโรคหัวใจของสหรัฐอเมริกาได้ประมาณค่าใช้จ่ายที่จะต้องเสียไปกับการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiavascular disease) ทั้งนี้คือประมาณ 9.3 พันล้านดอลลาร์ จ่ายเป็นค่ายา และจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีก ซึ่งรวมประมาณค่าใช้จ่ายที่เสียกับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมดประมาณมากกว่าสองพันล้านดอลลาร์อเมริกัน (Kochar and Daniels 1978 : 2)

จากอัตราการตายและค่าใช้จ่ายที่สูงดังกล่าว ทำให้มีการใช้ทรัพยากรมากมายเพื่อศึกษาค้นคว้าถึงพยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจที่เปลี่ยนไป แต่ก็ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ในปัจจุบันวงการแพทย์จึงมุ่งมาวิจัยอันตราย (Risk Factors) ซึ่งจะพบอยู่ในคนที่ เป็นโรคนี้ อันได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย ความดันโลหิตสูง ตลอดจนความเครียดในการดำรงชีวิต เป็นต้น และนำเอาปัจจัยอันตรายเหล่านี้

มาช่วยในการลดอัตราการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนของ ผู้ป่วยโรคนี้ด้วย

นอกจากนี้มีปัจจัยอันตรายบางประการที่ไม่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ เพศ อายุ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 4 เท่า และจะมี อายุประมาณ 40 ปีขึ้นไป (Luckman and Sorensen 1974 : 662) ซึ่งเมื่อมีพยาธิสภาพ เกิดขึ้นที่กล้ามเนื้อหัวใจแล้ว ผู้ป่วยอาจจะมีอาการเจ็บปวดมาก (Chest pain) และเป็น สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่มักต้องเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยจะไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน ทำให้มีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยมาก และจะมีพฤติกรรมสนองตอบ ต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกัน แล้วแต่ความสามารถพื้นฐานของตน ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกอาจ จะมีทั้งพฤติกรรมที่เปิดเผย (Overt Behavior) และพฤติกรรมที่ซ่อนเร้น (Covert Behavior) เช่น ผู้ป่วยบางรายจะปฏิเสธ (Denial) ไม่ยอมรับความจริงว่าตนเจ็บป่วย หรือเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย บางครั้งผู้ป่วยจะซ่อนเร้นหรือปฏิเสธความจริงว่าไม่มีความ วิตกกังวล ทำเป็นร่าเริงสนุก แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการซึมเศร้า รู้สึกทรมาน ห่อเหี่ยว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม นอนไม่หลับ ผู้ป่วยบางรายแสดงอาการโกรธ ต่อต้าน ถ้าวร้าวต่อ ครอบครัวหรือพยาบาล หรือต่อวิธีการรักษา ถ้าพยาบาลสามารถเข้าใจพฤติกรรมทั้งที่เปิดเผย และซ่อนเร้นของผู้ป่วยได้ จะทำให้สามารถตอบสนองทางด้านอารมณ์ จิตใจ และร่างกาย ให้ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่การยอมรับภาวะการเจ็บป่วย และมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง กับสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อไป (Meltzer and Roderick 1977 : 69-72 ; Dayle and Redford 1975 : 149 - 153)

เมื่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผ่านพ้นระยะอันตรายรุนแรงประมาณ 5-7 วัน (เสาวรลักษณะ เล็กอุทัย 2521 : 63) นี้ไปได้แล้ว จะเข้าสู่ระยะที่มีความรุนแรงน้อยลง (Subacute Phase) หลังจากนั้นประมาณ ปลายอาทิตย์ที่ 3 ถ้าผู้ป่วยไม่มีโรคแทรกซ้อน ใด ๆ แพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับไปพักผ่อนที่บ้านได้ การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อมิให้พยาธิสภาพ ที่มีอยู่แล้วรุนแรงมากขึ้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้ และเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติตนจากเดิมที่เคยปฏิบัติอยู่ จึงทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เมื่อกลับมาอยู่บ้าน

จะมีพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น มีความรู้สึกคับข้องใจ นอนไม่หลับมีปัญหาขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว รู้สึกว่าตนเองไม่มีแนวทางในการดำเนินชีวิต หลีกเลี้ยงการกลับไปทำงาน เป็นต้น (Niccoli and Brammell 1976 : 249)

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทั้งเมื่ออยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านแล้ว ยังจำเป็นต้องมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และปฏิบัติตนมิให้เกิดอาการแทรกซ้อนขึ้นอีก ซึ่งการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับการรักษาของแพทย์ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยแสดงบทบาทการเป็นผู้ป่วย (Sick Role) ได้เหมาะสมมากน้อยเพียงใด (Becker and Others 1974 : 207) Parson (Roberts 1976 : 3) ใ้กล่าวถึง บทบาทผู้ป่วยว่า เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น แต่ละคนจะรับรู้ว่าจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด จำเป็นต้องมีบุคคลอื่นช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จะมีผลกระทบไปถึงการทำงานของส่วนต่าง ๆ ในร่างกาย และสถานภาพในสังคมของคนด้วย ดังนั้น การที่จะให้ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตนให้ถูกต้องกับสภาพความเจ็บป่วยนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ และควรกระทำตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเจ็บป่วยในระยะแรก ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ต้องกลับไปใช้ชีวิตตามปกติที่บ้าน และต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตใหม่ ถ้าไม่มีความเข้าใจถึงการปฏิบัติตนที่ถูกต้องก็จะทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารับรักษาตัวในโรงพยาบาลอีก ดังนั้น การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็น Pender (1974 : 262 - 267) ได้ศึกษาถึงข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบก่อนออกจากโรงพยาบาล โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่กำลังจะออกจากโรงพยาบาล จำนวน 138 คน เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม และศัลยกรรม พบว่า ยังมีข้อมูลบางชนิดที่ผู้ป่วยต้องการได้รับก่อนกลับบ้าน ซึ่งได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเอง และการส่งเสริมสุขภาพขณะพักอยู่ที่บ้าน ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อกิจวัตรประจำวัน เช่น เขาต้องการทราบว่า กิจกรรมใ้บางอย่างที่จะต้องงดปฏิบัติชั่วคราว อาการแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และการป้องกันความเจ็บป่วยในอนาคต

Foster and Andreoli (1970 : 234) ใ้กล่าวถึงอิทธิพลบางประการที่มีผลต่อการปฏิบัติตนของผู้ป่วย คือ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ความรุนแรงของโรค และอาการ

ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจที่ยังคงมีอยู่ คำแนะนำ และคำอธิบายที่ให้อุปกรณ์เป็นสิ่งที่มีคุณค่า และมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมาก เพราะเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องของความเจ็บป่วย และสามารถที่จะปฏิบัติตามใ้ถูกต้องในการที่จะให้ความร่วมมือต่อการรักษาพยาบาล ใ้มีการศึกษาบางเรื่องที่ไม่แสดงให้เห็นถึงความไม่ร่วมมือในการปฏิบัติตามข้อกำหนดต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากไม่ได้รับการสอนหรือการแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม จากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ หรือผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาล จึงนับเป็นความล้มเหลวในการสอนและการแนะนำ (Holland 1977 : 179) ทั้งนี้ในการสอนหรือแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตามนั้น พยาบาลต้องใช้ภาษาหรือคำพูดที่เข้าใจง่าย การใช้ศัพท์ทางแพทย์ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเพราะไม่เข้าใจและแปลความหมายไม่ถูกต้องใ้ ควรอธิบายใ้ผู้ป่วยเข้าใจว่า ผู้ป่วยสามารถจะทำกิจกรรมอะไรใ้มากน้อยเพียงใ้ และการลดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) ต่าง ๆ เป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

และเนื่องจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ยังต้องมีการปฏิบัติตามปกติในสังคมของชนกัวย ทั้งนี้ ปัจจัยทางกัานสังคม วัฒนธรรม และความเชื่อทางการแพทย์ต่าง ๆ จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามของผู้ป่วยกัวย (เบญจา ยอดคำเนิน และคณะ 2523 : 197) โดยเฉพาะความเชื่อเป็นสิ่งที่บุคคลใ้รับการสอน หรือจากประสบการณ์ที่ใ้เคยมาตั้งแต่เกิดในสังคมนั้น ซึ่งอาจจะถูกหรือผิดใ้ และในการปฏิบัติสิ่งใ้ ๆ กัก็ตาม บ่อยครั้งที้พบว่าเกี่ยวข้องกับความเชื่อบางอย่างอยู่เสมอ

✓ ความเชื่อกัานสุขภาพ (Health Belief) เป็นความเชื่อที่ใ้มีผู้ศึกษาใ้หลายท่าน Anderson (Kirscht 1974 : 396) ใ้กล่าวถึงความเชื่อกัานสุขภาพว่า เป็นการจูงใจที้จะใ้บริการทางกัานสุขภาพและทัศนคติที้ใ้ต่อการใ้บริการ ต่อผู้รักษา ต่อการประกันทางกัานสุขภาพ รวมทั้งความรู้ของบุคคลที้มีโรคใ้ นั้น จะเห็นใ้ได้ว่า ความเชื่อมีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของมนุษย์ และจะแสดงพฤติกรรมตามความเชื่อใ้วิธีใ้หรือต่อเหตุการณ์ใ้ ขึ้นอยู่กับความคิของมนุษย์ ว่าสิ่งใ้เหมาะในขณะที้ตนเผชิญกับเหตุการณ์นั้น

✓ Kirscht (1974 : 388) ได้กล่าวถึงความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความเจ็บป่วยไว้ว่าเกี่ยวข้องกับ

1. แรงจูงใจด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล หรือความพร้อมในการสนใจด้านสุขภาพของตนเอง
2. การรับรู้ของแต่ละบุคคลถึงอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยนั้น ๆ
3. ความเชื่อของแต่ละบุคคลถึงอาการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หรือผลเสียที่ตามมาจะมีอันตรายต่อชีวิตได้
4. ความเชื่อของแต่ละบุคคลถึงการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา จะทำให้ได้รับผลประโยชน์ คือ สามารถลดอันตราย หรือความรุนแรงจากโรคที่เกิดขึ้นได้
5. สิ่งที่มาชักชวนและค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้จะมีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น ๆ ด้วย

ทั้งนี้จากรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker and Others (1974 : 205 - 216) ซึ่งเป็นรูปแบบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) ได้ขยายไว้ว่า เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น เช่น ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่ออันตราย (Perceived Susceptibility) ทั้งจากโรคและจากภาวะแทรกซ้อนของโรค มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ประกอบกับปัจจัยด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วย อาทิเช่น อายุ เพศ การศึกษา ตลอดจนทัศนคติต่อความเจ็บป่วยและต่อการรักษา เหล่านี้จะมาเป็นส่วนประกอบที่ช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณา และประเมินตนเองในขณะนั้น รวมทั้งประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับความช่วยเหลือ และแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ตลอดจนแผนการรักษา จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้กำหนดแนวทางพฤติกรรมและการปฏิบัติตนของตนเองให้เป็นไปอย่างถูกต้อง เพื่อให้สภาวะความเจ็บป่วยนั้นควบคุมได้

จากการศึกษาของ Becker and Others (1977 : 348 - 366) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการให้ความร่วมมือในการควบคุมอาหารของบุตร ได้แสดงให้เห็นว่า มารดาที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่จะรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงของ

โรคที่จะเกิดจากภาวะอ้วนของบุตร จะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการควบคุมอาหารของบุตร ซึ่งจะเป็นผลให้บุตรมีน้ำหนักลดลงในแต่ละครั้งที่มาตรวจตามนัด

Hoefner and Kirscht (1970 : 478 - 483) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อค่านิยมกับพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคหัวใจปอด พบว่า ความเชื่อค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่ได้รับจากการรักษา และแรงจูงใจเกี่ยวกับโรค จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางสุขภาพ ได้แก่ การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การลดปริมาณอาหารไขมัน เป็นต้น

✓ จะเห็นได้ว่า แนวทางพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนั้น ส่วนหนึ่งจะเกี่ยวข้องกับความเชื่อค่านิยมของแต่ละบุคคลด้วย และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว จะมีการเปลี่ยนแปลงในค่านิยมประจำวัน ทำให้มีผลกระทบบรรเทือนต่อจิตใจของผู้ป่วย จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว ร้อยละ 88 ยังคงมีความคับข้องใจและวิตกกังวล ร้อยละ 55 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการนอนหลับ ร้อยละ 83 มีความรู้สึกอ่อนเพลีย และส่วนใหญ่จะมีปัญหาขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว (Gentry and Williams 1979:107) ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น อาจเป็นผลเนื่องมาจากมีความเชื่อค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง ทำให้มีการรับรู้ในค่านิยมต่าง ๆ ผิดไปได้

ดังนั้นในการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยมีเป้าหมายของพยาบาลซึ่งมุ่งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง จึงควรคำนึงถึง ความเชื่อค่านิยมซึ่งครอบคลุมถึง การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่ออันตราย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และแรงจูงใจต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเขา ที่มีอิทธิพลมาจากประสบการณ์ของผู้ป่วย ในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมว่าจะมีผลต่อการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือไม่ สามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ก็เพียงใด รวมทั้งมีความคิด ความรู้สึกอย่างไร เกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความ

สนใจที่จะศึกษาถึงความเชื่อค่านิยมสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเนื้อหัวใจตายที่อยู่ในลักษณะใด และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนหรือไม่ เพื่อใช้เป็นแนวทางและประโยชน์ในการที่จะให้ การศึกษา และให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเนื้อหัวใจตายให้สอดคล้องกับความเชื่อค่านิยม สุขภาพของผู้ป่วยที่มีอยู่ และเป็นไปในทางที่ถูกต้อง และให้เจ้าหน้าที่ทางค่านิยมสุขภาพเห็น ความสำคัญของพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมา อันจะนำไปสู่การให้การดูแลทางค่านิยม จิตใจของผู้ป่วยด้วย

และจากผลการวิจัย ถ้าพบว่า ความเชื่อค่านิยมสุขภาพและการปฏิบัติตนของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กัน ก็ช่วยให้พยาบาลได้ตระหนักว่า ความเชื่อค่านิยมสุขภาพมีอิทธิพลต่อการ ปฏิบัติตนของผู้ป่วยจริง และในการให้คำแนะนำ การสอน จึงควรพิจารณาความเชื่อของ ผู้ป่วยที่มีอยู่ด้วย เพราะถ้าให้คำแนะนำที่ขัดแย้งกับความเชื่อของผู้ป่วย โดยขาดการอธิบาย ให้ผู้ป่วยเข้าใจ ก็จะทำให้พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยออกมาในค่านิยม คือ ไม่ให้ความ ร่วมมือและไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ในทางตรงกันข้าม ถ้าผลการวิจัยพบว่า ไม่มีความ สัมพันธ์กันระหว่างความเชื่อค่านิยมสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ก็จะไปสู่การค้นหาหรือ การวิจัยเกี่ยวกับองค์ประกอบอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับความเชื่อค่านิยมสุขภาพที่จะมีผลต่อการปฏิบัติ ตนของผู้ป่วย เช่น อคติในทัศนคติของผู้ป่วย หรือทัศนคติต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้การ วิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเนื้อหัวใจตายเป็นไปอย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น

ปัญหาของการวิจัย

1. ความเชื่อค่านิยมสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเนื้อหัวใจตาย เป็นลักษณะใด
2. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเนื้อหัวใจตายที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา แยกต่างกัน จะมีความเชื่อค่านิยมสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่
3. ความเชื่อค่านิยมสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อเนื้อหัวใจตายจะมีความสัมพันธ์ กับ การปฏิบัติตนของผู้ป่วยหรือไม่ และสัมพันธ์กันในลักษณะใด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเชื่อกันสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อกันสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีเพศ อายุ และระดับการศึกษาแตกต่างกัน
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อกันสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

สมมติฐานของการวิจัย

Rosenstock (1974 : 328 - 335) ได้แบ่งความเชื่อกันสุขภาพ เป็น 4 ด้าน คือ การรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และแรงจูงใจกันสุขภาพ Cox (1982 : 12 - 14) ได้กล่าวว่า การรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและอันตรายจากโรค จะทำให้บุคคลมาใช้บริการทางสุขภาพ เพื่อมีทัศนคติสุขภาพของโรครุนแรงขึ้น และการรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการรักษา คือ การหายจากโรค ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่าบุคคลมีการรับรู้และความเชื่อแต่ละด้านเป็นไปในทางบวก จึงทำให้มีการมาพบแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก็เช่นเดียวกัน การได้รับความทุกข์ทรมานจากโรค รวมทั้งการได้รับความรู้จากด้านต่าง ๆ ว่า โรคนี้สามารถจะเสียชีวิตได้ทันทีทันใด จึงทำให้ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาจากแพทย์ เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า

1. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความเชื่อกันสุขภาพอยู่ในระดับสูง
- ได้มีผู้นำรูปแบบความเชื่อกันสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker ไปใช้ในงานวิจัยมากมาย ทำให้ได้ผลการวิจัยออกมาหลายด้าน ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรด้านประชากร (Demographic Variables) เรื่องเพศนั้น Hoefner and Kirscht (1970 : 481) ได้ศึกษาพบว่า เพศหญิงจะมีความเชื่อในด้านการรับรู้

ความรุนแรงของโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคอื่นโรคปอดมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ Coldwell and Others (1970 : 1143) ใ้ข้อริบมายไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและระยะเวลาที่เป็นโรคล้น มักจะไม่ยอมรับและไม่เข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่ผู้ป่วยอายุมากและเจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลาานมักจะไม่เคยประสมกับภาวะที่รุนแรงของโรค จึงปฏิบัติตนตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ อาจกล่าวได้ว่า ประสมการณ์และระยะเวลาที่เป็นโรคมียลต่อการรับรู้ถึงการเสี่ยงต่อโรค และรับรู้ถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น จึงมีพฤติกรรมที่ถูกคองกับสภาพของโรค และได้มีการศึกษาถึงความเชือค่านสุขภาพ ในการใช้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูง และมาจากสถานะที่สูงในสังคมจะมีการตระหนักถึงอันตรายและความรุนแรงของโรคที่อาจจะเกิดขึ้น และมีกรยอมรับการใช้วัคซีนโปลิโอใ้ค้ดีกว่าพวกที่มาจากฐานะต่ำในสังคม (Kas1 and COBB 1966 : 251)

ความเชือค่านสุขภาพเป็นรูปแบบของความเชือที่ค่านึงถึงความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งการนำเอา จิตวิทยาสังคม แรงจูงใจ และปัจจัยร่วมต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย และผู้วิจัยเชือว่าปัจจัยร่วมต่าง ๆ อันใ้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา จะมีผลต่อความเชือค่านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่นเดียวกับผลงานวิจัยที่นำมากล่าวถึงแล้ว จึงใ้ค้ตั้งสมมติฐานดังนี้

2. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศหญิง มีคะแนนความเชือค่านสุขภาพสูงกว่าเพศชาย
3. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี และ 61 ปีขึ้นไป มีคะแนนความเชือค่านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี
4. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และอุดมศึกษา มีคะแนนความเชือค่านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา

ความเชื่อจะมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของมนุษย์ Kasl (1974 : 437) ได้อธิบายว่า ความเชื่อกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ที่ได้รับจากการรักษาจะแสดงให้เห็นถึง การให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม มาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น และถ้าพิจารณาถึงทัศนคติของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับการตัดสินใจกันสุขภาพของตนเอง ก็จะพบว่า บุคคลที่ตระหนักว่า ตนเองจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ (Susceptible) ก็จะมีการมาพบแพทย์เพื่อการตรวจสุขภาพ และเมื่อตรวจพบความผิดปกติหรือรู้สึกว่า สุขภาพของตนอ่อนแอลงก็พร้อมที่จะปรึกษาแพทย์ทันที (Kasl and COBB 1966 : 250 - 251) นอกจากนี้ Hoefner and Kirscht (1970 : 480 - 481) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคผิวหนังโรคปอด พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจ และโรคมะเร็ง จะรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมกกว่าผู้ป่วยโรคผิวหนังโรคปอด และส่วนใหญ่จะให้ความยินยอมในการรักษา รวมทั้งตระหนักถึงการปฏิบัติตนที่ถูกคองด้วย จึงอาจกล่าวได้ว่า ถ้าบุคคลมีความเชื่อกันสุขภาพโดยรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของการรักษาแล้ว ก็จะมีการปฏิบัติตนที่ถูกคองกับสภาพความเจ็บป่วย จึงตั้งสมมติฐานว่า

5. ความเชื่อกันสุขภาพและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะมีความสัมพันธ์กันในทางบวก

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่แพทย์ให้การวินิจฉัยแล้ว และมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

2. ตัวอย่างประชากรที่นำมาใช้ในการวิจัย เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่มีอาการแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างชัดเจน เช่น อาการหอบเหนื่อย อาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง เป็นต้น

3. ตัวแปรที่ศึกษา คือ ความเชื่อค่านิยมสุขภาพ และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย

1. การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย วัตถุประสงค์จากการตอบแบบสอบถาม

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยการประเมินจากประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และระดับเอนไซม์ในเลือด เอส จี ไอ ที (SGOT) และ แอล ที เอช (LDH) ถือว่าเป็นการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

เกณฑ์ในการวินิจฉัยมีดังนี้

1. ประวัติการเจ็บป่วย มีอาการเจ็บหน้าอกก่อนมาโรงพยาบาล
2. การตรวจร่างกายผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ชีพจรเร็ว ความดันเลือดต่ำ มีความผิดปกติของเสียงหัวใจ อาจจะมีเส้นเลือดที่คอโป่งในรายที่มีการทำงานของหัวใจล้มเหลว

3. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จะพบ Q - wave, ST segment สูงขึ้น T - wave บุ่มลง ใน lead ที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการหรือประวัติของโรคเลย แต่ตรวจพบแผลเป็นของกล้ามเนื้อหัวใจโดยบังเอิญ จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ซึ่งพบได้บ่อย ถึงร้อยละ 10 - 15 ของการตรวจโดยวิธีนี้

4. การตรวจระดับเอนไซม์ในเลือด เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจตาย เอนไซม์ซึ่งอยู่ในเซลล์ของกล้ามเนื้อ จะหลั่งเข้าสู่กระแสเลือด อันได้แก่

4.1 Serum Glutamic Osealoacetic Transaminase (SGOT) จะมีค่าสูงขึ้นใน 8 - 12 ชั่วโมง จะสูงสุดใน 24 - 48 ชั่วโมง แล้วจึงค่อย ๆ ลดลงสู่ปกติใน 3 - 4 วัน

4.2 Lactic Dehydrogenase (LDH) จะสูงขึ้นในเวลาใกล้เคียงกับ SGOT แต่จะมีระดับสูงอยู่นานกว่า ระดับจะสูงสุดในวันที่ 3 - 6 และจะกลับสู่ปกติใน 8 - 14 วัน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ความเชื่อกันสุขภาพ (Health Belief) หมายถึง สิ่งที่ถูกบุคคลค่อย ๆ เรียนรู้และทำความเข้าใจมานาน จนเป็นสิ่งที่ติดแน่นอยู่ในความคิด ในความเข้าใจ เป็นรูปหนึ่งของความรู้และการกระทำที่เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น (Scheibe 1970 : 1 ; Rosenstock 1974 : 328 - 335) องค์ประกอบของความเชื่อกันสุขภาพ มีดังนี้

1.1 แรงจูงใจกันสุขภาพ หมายถึง ความห่วงใย สนใจ และความตั้งใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะเป็นผลให้บุคคลนั้น ปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อให้สามารถควบคุมโรคภัยตนเอง และมีการรักษาสุขภาพที่ดี

1.2 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การตีความสิ่งเร้าที่มาสัมผัสส่วยาระับความรู้สึกของผู้ป่วย สิ่งเร้าในที่นี้ ได้แก่ ความน่าจะเป็นภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งจะครอบคลุมถึง

1.2.1 ความเชื่อต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ ความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ในขณะนั้น ความเชื่อมั่นในแพทย์ และวิธีการวินิจฉัยโรคของแพทย์

1.2.2 ความคาดหวังของแต่ละบุคคลถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

1.2.3 ความรู้สึกของบุคคลถึงอันตรายจากโรคและจากภาวะแทรกซ้อน

1.3 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค หมายถึง การตีความสิ่งเร้าที่มาสัมผัสอวัยวะรับความรู้สึกของผู้ป่วย สิ่งเร้าในที่นี้ ได้แก่ ความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย บุคคลจะมีการรับรู้ถึงอันตรายของโรค และอาการต่าง ๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงในระดับต่าง ๆ ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่จะมีผลกระทบต่อสภาวะต่าง ๆ ในร่างกาย ความเป็นอยู่ประจำวัน หรือสถานะทางเศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วย

1.4 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา หมายถึง การตีความสิ่งเร้าที่มาสัมผัสอวัยวะรับความรู้สึกของผู้ป่วย สิ่งเร้าในที่นี้ ได้แก่ ความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ให้มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา แผนปัจจุบัน เพื่อหลีกเลี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรค

2. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยประเมินจากประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) และระดับเอนไซม์ในเลือด คือ SGOT และ LDH

3. การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง การกระทำและการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวัน ความเป็นอยู่เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด การปรับตัวท่านอารมณ์ความรู้สึก ครอบครัว และสังคม

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทางด้านบริการ เพื่อนำข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อของผู้ป่วยที่ได้รับมาใช้เป็นพื้นฐานในการวางแผนการให้การพยาบาล รวมทั้งเป็นแนวทางแก่พยาบาลประจำการให้มีความเข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น อันจะนำมาซึ่งการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

2. ทางค่านการบริหารการพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบแก่ผู้บริหาร ในการแก้ไขปรับปรุงการจัดบริการพยาบาล และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

3. เป็นแนวทางที่จะให้ผู้บริหารการศึกษาได้พัฒนาคณาจารย์และนักศึกษาพยาบาล ให้สามารถให้การพยาบาล รวมทั้งการสอน การให้คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย