



สำนักหอสมุด

27 มี.ค. 2532

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง
และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง

The Relationship between Selected factors, Knowledge concerning
Illness and Self Care, Health Beliefs and Therapeutic
Compliance Behavior in Congestive Heart Failure Patients.

เรืออากาศเอกหญิง นวลจันทร์ เครือวาณิชกิจ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2531

ISBN. 974-586-393-9

สงวนลิขสิทธิ์

อภินันท์นาการ

จาก

นักเทคนิคการแพทย์ ม. มหิดล.

Copyright by Mahidol University

15517

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง
และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

.....

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ

ผู้วิจัย

.....

เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย, วท.บ., วท.ม.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

บึงอร ผลเนื่องมา, วท.บ., M.S.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

พรศรี ศรีอัญญาพร, วท.บ., ค.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

กันตธี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ทัศนยา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานโครงการบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง
และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 13 มิถุนายน 2531


.....

นวลจันทร์ เครืออาชีวกิจ

ผู้วิจัย

.....

เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย, วท.บ., วท.ม.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

พรศรี ศรีอัญญาพร, วท.บ., ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

วิเชียร ทองแดง, พ.บ.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ทัศนีย์ บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

เนืองร พลเนืองมา, วท.บ., M.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ทัศนีย์ บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้ทําทายานันท์

ชื่อ เรืออากาศเอกหญิง นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ
วัน เดือน ปีเกิด 20 เมษายน 2496
สถานที่เกิด กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลดุจครุรักษ์และอนามัย
โรงเรียนพยาบาลทหารอากาศ พ.ศ. 2516
การศึกษามัธยม (พยาบาล)
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ. 2524
ทุนวิจัย CHINA MEDICAL BOARD OF NEW YORK, INC.
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน อาจารย์ แผนกวิชาการโรงเรียนพยาบาลทหารอากาศ

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บังอร พลเมืองมา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรศรี ศรีอัมพาพร อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาแนะนำและให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย มาตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ ในการตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการวิจัย และขอขอบคุณ คุณอุไรรัตน์ สุปรรณวิลาศ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณหัวหน้าหน่วยโรคหัวใจ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโรคทรวงอก นนทบุรี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ที่กรุณานุญาตให้เก็บข้อมูลที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง และขอขอบคุณพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ในคลินิกโรคหัวใจทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูลครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และขอขอบคุณ คุณวิเชษฐ และคุณปัญญาน เครือวาณิชกิจ ที่เป็นกำลังใจสนับสนุนส่งเสริมผู้วิจัย รวมทั้งขอขอบคุณ ญาติ พี่น้อง และเพื่อน ๆ ที่เป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา และขอขอบคุณ China Medical Board of New York, Inc. ที่กรุณาเอื้อเฟื้อเงินทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ร.อ.หญิง นวลจันทร์ เครือวาณิชกิจ

ชื่อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยห้วใจวายเลือดคั่ง
ผู้วิจัย	เรืออากาศเอกหญิง นวลจันทร์ เครือวณิชกุล
ปริญญา	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
คณะกรรมการควบคุม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย
วิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บังอร ผลเนื่องมา
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรศรี ศรีอัญญาพร
วันที่สำเร็จการศึกษา	13 มิถุนายน 2531

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยห้วใจวายเลือดคั่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยห้วใจวายเลือดคั่งที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคห้วใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลโรคทรวงอก นนทบุรี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หุคูณ พร้อมทั้งทดสอบความมีนัยสำคัญด้วยค่าเอฟ และสร้างสมการถำนาย ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ โดยพบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .1986$) ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการ

รักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .5744$) และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .5202$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาในการรักษา

กลุ่มตัวทำนายที่สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพตามลำดับขั้นของการถูกนำเข้าพิจารณา ซึ่งสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งได้ร้อยละ 38.89 โดยมีสมการทำนายในรูปแคนดิด (Y) ดังนี้

$$Y = 2.8778 + 0.2135 (\text{ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง}) + 0.1060 (\text{ความเชื่อด้านสุขภาพ})$$

A

Thesis Title	The Relationship between Selected factors, Knowledge concerning Illness and Self care, Health beliefs and Therpeutic Compliance Be- havior in Congestive heart failure patients
Name	Flight Lieutenant Nuanchan Krervanichkit
Degree	Master of Science (Nursing)
Thesis Supervisory Committee	Assistant Professor Sauvaluck Lekutai Assistant Professor Bangorn Pholnuangma Assistant Professor Pornari Sriussadaporn
Date of Graduation	June 13, 1988.

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the relationship between selected factors, i.e. age, sex, marital status, education level, occupation, economic status and duration of therapy, knowledge concerning illness and self care, health beliefs and therapeutic compliance behavior in congestive heart failure patients. The sample was composed of 100 congestive heart failure patients who were followed up at heart clinics of out-patient department of Bhumibol Adulyadej Hospital, Central Chest Hospital, Rajvithi Hospital and Siriraj Hospital. Tools for the study composed of three kinds of questionnaires : the therapeutic compliance behavior interview, the health beliefs questionnaire and the knowledge concerning illness and self care questionnaire. Data were analysed by Pearson's product moment correlation coefficient, multiple correlation coefficient and

multiple regression analysis. The results of the study were as the following :

There were statistically significant relationships between three factors, i.e. economic status, knowledge concerning illness and self care, health beliefs and therapeutic compliance behavior. It was found that there was a positive significant relationship between economic status and therapeutic compliance behavior at the .05 level ($r = .1986$), there was a positive significant relationship between knowledge concerning illness and self care and therapeutic compliance behavior at the .001 level ($r = .5744$) and there was a positive significant relationship between health beliefs and therapeutic compliance behavior at the .001 level ($r = .5202$). However, there were no statistically significant relationships between six selected factors, i.e. age, sex, marital status, education level, occupation, duration of therapy and therapeutic compliance behavior.

Finally, the results of the multiple regression analysis showed that 38.89 percent of the variance of therapeutic compliance in congestive heart failure patients was accounted for by two significant predictors, i.e., knowledge concerning illness and self care and health beliefs. The regression respectively in raw score (Y) was

$$Y = 2.8778 + 0.2135 (\text{knowledge concerning illness and self care}) + 0.1060 (\text{health beliefs}).$$

สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

สารบัญ

สารบัญตาราง

สารบัญแผนภูมิ

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ขอบเขตของการศึกษาวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

ข้อตกลงเบื้องต้น

นิยามตัวแปร

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

กับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย

ความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

	การเก็บรวบรวมข้อมูล	61
	การวิเคราะห์ข้อมูล	62
บทที่ 4	ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
	ผลการวิจัย	65
	การอภิปรายผล	71
บทที่ 5	สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
	สรุปการวิจัย	80
	ข้อเสนอแนะ	81
	การนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล	81
	การทำวิจัยต่อไป	83
บรรณานุกรม		84
ภาคผนวก		
	ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	99
	ข. ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวาย เลือดคั่ง	101
	ค. ตัวอย่างแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจวาย เลือดคั่ง	103
	ง. ตัวอย่างแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง	105

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรสและ ระดับการศึกษา	66
2	จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาชีพ ฐานะทาง เศรษฐกิจ และระยะ เวลาในการรักษา	67
3	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเชื่อด้าน สุขภาพ คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และ คะแนนความร่วมมือในการรักษา	68 69
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้ง 9 ประการ กับความ ร่วมมือในการรักษา	
5	ตัวทำนายที่สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรักษาของ ผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน	70

สารบัญแนกม

หน้า

แนกมที่

1	กลไกการเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน	13
2	แนกมความเชื่อด้านสุขภาพที่หนายพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพ	38
3	แนกมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้หนายและอธิบายพฤติกรรมของผู้นายในการให้ความร่วมมือในการรักษา	41

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจ เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรในประเทศต่าง ๆ หลายประเทศ ทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง (Congestive Heart Failure) เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคหัวใจที่สำคัญที่สุด (นริศ ศรีวาทสมย์ 2527 : 209) แม้ว่าจะมีการคิดค้นวิธีการในการวินิจฉัยโรคหัวใจได้เร็ว และคิดค้นวิธีการรักษาด้วยยาชนิดใหม่อยู่เสมอ แต่การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งก็ยังไม่ดีขึ้น (Baker, et al. 1986 : 697) เบเกอร์ (Baker) ได้อ้างถึงการศึกษาของแม็คกี (McKee) และคณะ ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง จะมีอัตราการตายในระยะ 5 ปีมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมด (Cited in Baker, et al. 1986 : 697) ในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่มีอาการรุนแรงจะมีอัตราการตายอยู่ระหว่างร้อยละ 25-35 ต่อปี (Franciosa, et al. 1983:831 ; Unverferth, et al. 1984 : 147)

สำหรับในประเทศไทยไม่พบว่ามีการศึกษารวบรวมเกี่ยวกับอัตราการเกิดโรค และอัตราตายด้วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่งนี้โดยเฉพาะ แต่พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคการไหลเวียนผ่านปอดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2524-2529 ซึ่งพบว่าในระยะ 3 ปีหลัง อัตราการตายเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจาก 33.7 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2526 เป็น 35.3, 36.4 และ 37.4 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2527, 2528 และ 2529 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองสถิติสาธารณสุข:2531) และจากการสำรวจมรณบัตร พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะตายด้วยภาวะหัวใจวายเป็นส่วนใหญ่(กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองสถิติสาธารณสุข 2531 ; สุกัญญา ทิพานุกะ 2528 : 114) และจากการสำรวจและรวบรวมสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจวาย ในโรงพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วย 500 เตียงขึ้นไป ในเขตกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2526-2529 โดยผู้วิจัยเอง พบว่าผู้ป่วยด้วยภาวะหัวใจวายเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง สถิติเหล่านี้จะเป็นสิ่งบ่งชี้ว่าประชากรชาวไทยมีแนวโน้ม

ปริมาณการสูญเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่งได้มากกว่าภาวะอื่น ๆ หรือโรคอื่น ๆ ด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าในบรรดาผู้ป่วยและตายด้วยภาวะหัวใจวาย เป็นผู้มีอายุต่ำกว่า 50 ปี มากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ตายด้วยภาวะนี้ทั้งหมด (สุพัฒนะ พิพานุกะ 2528:139-142) ซึ่งนับว่าเป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ในวัยอันสมควร ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน จึงควรที่จะให้ความสนใจในปัญหานี้ และร่วมกันหาแนวทางการป้องกัน และแก้ไขอัตราการตายด้วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่งลดน้อยลง

ภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง เป็นภาวะเจ็บป่วยที่สร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงจนไม่สามารถจะบีบตัวเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ เกิดการคั่งของสารน้ำที่ปอด (Pulmonary congestion) ทำให้มีอาการหอบเหนื่อย (Dyspnea) โดยเฉพาะเมื่อนอนราบจะหอบเหนื่อยมากขึ้น และเกิดการคั่งของสารน้ำทั่วร่างกาย (Systemic congestion) โดยระยะแรกจะทำให้เกิดการบวมตามอวัยวะที่อยู่ต่ำกว่าระดับหัวใจและส่วนที่กดนอนทับ เช่น มือ เท้า ข้อมือ เป็นต้น ต่อมาเมื่อประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงมากขึ้น จะทำให้เลือดไปเลี้ยงได้ไม่พอ มีการคั่งของเกลือโซเดียม และมีการหลั่งฮอร์โมนอัลโดสเตอโรนสูงขึ้น ทำให้มีการคั่งของสารน้ำเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะบวมมากขึ้น บางรายอาจจะบวมทั้งตัว และมีน้ำในช่องท้อง (Ascites) ทำให้แน่นอึดอัด และมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น ผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งมานาน จะมีลักษณะการป่วยเรื้อรัง (Chronically ill) ร่างกายจะอ่อนเพลียเนื่องจากร่างกายได้พักผ่อนน้อย และเนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ บางรายมีอาการทางสมองเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ทำให้ความจำเสื่อม ไม่มีสมาธิ ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติหน้าที่การงาน ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคม ภาวะหัวใจวายเลือดคั่งอาจมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหัวใจเอง หรืออาจเกิดภาวะอื่น ๆ ที่มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานมากขึ้น เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะโลหิตจาง ภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยต่าง ๆ มากมายที่ชักนำและส่งเสริมให้ภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง ดำเนินไปถึงขั้นรุนแรงจนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ง่าย เช่น การออกกำลังกายเกินความสามารถของหัวใจ การรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ความเครียด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่นการ

ติดเชื่อและมีไข้ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแล้วแต่สามารถหลีกเลี่ยงและป้องกันได้ หากผู้ป่วยได้รับความแนะนำและการดูแลสุขภาพพยาบาลอย่างถูกต้องและต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอเป็นความร่วมมือในการรักษา ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเลือดคั่งโดยตรง หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาแล้วก็จะเกิดผลเสียต่อผู้ป่วย หากทำให้ไม่สามารถควบคุมภาวะหัวใจวายเลือดคั่งได้ และจะนำไปสู่อันตรายถึงชีวิต ซึ่งนับเป็นการสูญเสียของครอบครัวผู้ป่วย สังคม ประเทศชาติ

การศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ไม่พบว่ามีผู้จัดทำมาก่อน มีแต่การศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด และวัณโรค เป็นต้น ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาแต่ละโรค มีอัตราแตกต่างกัน โดยเฉลี่ยมีประมาณ 1 ใน 3 ถึง 1 ใน 2 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ทำการศึกษา (Davis 1968 : 274 ; Marston 1970 : 312-317 ; Rosenstock 1975 : 402) และจากประสบการณ์ของผู้วิจัยเอง และจากการสอบถามความคิดเห็นของแพทย์พยาบาลบางท่านที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบว่า มีผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งจำนวนไม่น้อยที่มารับการตรวจตามนัดแต่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา เช่น รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง พักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำแล้วซ้ำอีก ซึ่งสาเหตุของการที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลนั้น อาจเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น การขาดความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริงในเรื่องโรค แผนการรักษา และการดูแลตนเอง การขาดความสนใจในเรื่องสุขภาพของตนเอง มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในด้านสุขภาพมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม และมีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เป็นต้น

ในเรื่องความรู้นั้น ทาเกลียคอซโซและโอม่า (Tagliacozzo & Ima 1970:771) ให้ข้อคิดเห็นไว้ว่า "ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย" และจากการศึกษาของทอดด์ (Todd 1981 : 56) พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่หยุดรับประทานยาตามแผนการรักษาด้วยเหตุผลต่าง ๆ กัน เช่น เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าการรับประทานยาแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น หรือเมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าการรับประทานยาแล้วไม่ค่อยสบายหรือมี

อาการเลวลง โดยที่ไม่ทราบว่ามันคือผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ หรือบางรายหยุดรับประทานยาเองเมื่อรู้สึกสบายขึ้น เนื่องจากเข้าใจว่าตนเองหายจากโรคแล้ว เป็นต้น

สำหรับในเรื่องของความเชื่อด้านสุขภาพนั้น โรคิช (Rokeach 1970 :112) กล่าวว่า ความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ ความเชื่อเป็นส่วนที่กำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะกระทำในสิ่งใดสิ่งหนึ่งลงไป ถ้าได้รับการกระตุ้นอย่างเหมาะสม นอกจากนักรัณการ กัณธรักษา (2527 : 17) กล่าวว่า ความเชื่อมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย แม้ว่าบุคคลจะประสบเหตุการณ์ในชีวิตเหมือนกัน

การศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับการยอมรับและไม่ยอมรับการตรวจและรักษาโรคต่าง ๆ ของเบเคอร์-และคณะ (Becker, et al. 1977 : 27-46) ซึ่งได้ทำการรวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพ และสรุปผลที่จะนำไปใช้ในการป้องกันและรักษาโรคไว้ว่า การมีความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย แม้จะเป็นสิ่งสำคัญ แต่ก็ไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพได้ จำเป็นต้องเน้นที่ความสำคัญขององค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาที่ว่าด้วยแรงจูงใจภายในตัวบุคคล ที่จะกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมสุขภาพด้วย นอกจากนี้ คิง (King 1984 : 53-55) ยังกล่าวว่า การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยจะไม่ได้ผลเต็มที่ ถ้าไม่คำนึงถึงความเชื่อของผู้ป่วยด้วย ความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจ และการกระทำของบุคคลในการป้องกันและการให้ความร่วมมือในการรักษา

การศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่าง ๆ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ อีกหลายท่านในประเทศไทย พบว่ามีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา เช่น การศึกษาของ จารุวรรณ ชันด์สุวรรณ (2528 : ค) พบว่า เพศ ลักษณะอาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ วิธีการเฝ้าฯ และทัศนคติของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค และนิตยา ภาสุนันท์ (2529 : ค-ง) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา

จึงสรุปได้ว่ามีปัจจัยต่าง ๆ หลายประการที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ และมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย อันได้แก่ เพศ ลักษณะอาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย เป็นต้น

บุคคลที่สำคัญที่สุดที่ต้องให้ความสำคัญในการรักษาก็คือตัวผู้ป่วยเอง พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีโอกาสมากที่สุดในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาโดยการให้ความรู้-คำแนะนำ ตลอดจนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาความเจ็บป่วย และดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความสุขมากที่สุดตามสภาพของร่างกาย การที่จะช่วยทำให้เกิดผลตามความมุ่งหมายนี้ได้ พยาบาลควรจะทราบว่าปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย จากการศึกษาวิจัยในอดีต ไม่พบว่ามีผู้ใดทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวาย-เลือดคั่งมาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษานี้ เพื่อให้ได้แนวทางการวางแผนการสอน การให้คำแนะนำ เพื่อช่วยให้อาการของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งปฏิบัติได้เหมาะสม ตลอดจนเสนอให้เจ้าหน้าที่ในคลินิกโรคหัวใจในโรงพยาบาลได้มีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ในการสอนและให้คำแนะนำผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยบางประการ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาในการรักษา กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง
4. เพื่อศึกษาสหสัมพันธ์ทั้งหมดและสร้างสมการทำนาย โดยมีปัจจัยเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นตัวทำนาย และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งเป็นตัวเกณฑ์

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง
2. เพศ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง
3. สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง
4. อาชีพ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง
5. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง
6. ฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง
7. ระยะเวลาในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง
8. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง
9. ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง
10. อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งได้

ขอบเขตของการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ที่ได้รับการ

รักษาโดยการรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการของโรคและมาติดตามรับการรักษาเป็นเวลานาน น้อยกว่า 3 เดือน หรือได้รับการนัดหมายมาตรวจไม่ต่ำกว่า 3 ครั้ง ในรายที่แพทย์นัดตรวจนาน เกินกว่าเดือนละครั้ง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลโรคทรวงอก นนทบุรี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลศิริราช โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 29 ธันวาคม 2530 จนถึง 26 กุมภาพันธ์ 2531

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพได้ทราบ และตระหนักถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง และนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางใน การปฏิบัติการพยาบาล โดยนำเอาปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นส่วนร่วมในการวางแผนและปฏิบัติ การพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรังให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี
2. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการให้ความ รู้-คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้

ต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ของผู้ป่วย เป็นความจริงทุกประการ

นิยามตัวแปร

ปัจจัยบางประการ หมายถึง ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาในการรักษา

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง หมายถึง ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง สาเหตุชักนำที่ทำให้ภาวะหัวใจวายเลือดคั่งมีความรุนแรงมากขึ้น อาการ การรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง ซึ่งวัดได้โดย "แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง" ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ หรือการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย และการเกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งซ้ำ การรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง การรับรู้ถึงอุปสรรคต่าง ๆ เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา แรงจูงใจในการปฏิบัติตามด้านสุขภาพทั่วไป และปัจจัยร่วมต่าง ๆ เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งวัดได้โดย "แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง" ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ความเชื่อในด้านต่าง ๆ มีความหมายดังนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งซ้ำ หมายถึง ความเชื่อ หรือการรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตนเอง โอกาสที่จะเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ และโอกาสเกิดความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเลือดคั่งซ้ำ

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอันตรายของภาวะหัวใจวายเลือดคั่งที่มีต่อชีวิต และผลของภาวะหัวใจ

วายเลือดคั่งที่มีต่อการดำรงชีวิต การปฏิบัติงาน สัมพันธภาพในครอบครัว และฐานะทางสังคม

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยว่า การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง จะช่วยควบคุมภาวะหัวใจวายเลือดคั่งไม่ให้ลุกลามรุนแรงขึ้น และจะช่วยยาลให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างปลอดภัย

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคต่าง ๆ เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรม หรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยเอง ที่ส่งผลในการขัดขวางการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการดูแลตนเอง

5. แรงจูงใจในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพทั่วไป หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้เกี่ยวกับผลของการปฏิบัติตนเพื่อให้มีภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี และมีความหมายรวมไปถึงความสนใจและความตั้งใจปฏิบัติตนตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมโรคไม่ให้ลุกลามรุนแรง

6. ปัจจัยร่วมต่าง ๆ เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยแวดล้อมที่ผลกระทบต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการดูแลตนเองได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์-พยาบาล ความเชื่อถือในตัวแพทย์ผู้ให้การรักษา และความร่วมมือของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย เป็นต้น

ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษาและการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง ซึ่งประกอบด้วย การรับทราบยา การพักผ่อน การออกกำลังกายและการทำงาน การหลีกเลี่ยงจากสิ่งเสียดสีให้โทษต่อหัวใจ การป้องกันโรคติดเชื้อ การป้องกันอาการท้องผูก การปฏิบัติในเรื่องเพศสัมพันธ์ และการมาตรวจตามนัด ซึ่งวัดได้โดย "แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง" ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตไว้ดังต่อไปนี้

1. ภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง
2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
3. ความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย
4. ความร่วมมือในการรักษา
 - ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา
 - การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

ภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง (Congestive Heart Failure)

ภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง เป็นภาวะสุดท้ายของโรคหัวใจหรือโรคทุกชนิดที่มีความเกี่ยวข้องกับหัวใจ นับเป็นภาวะหัวใจวายในระยะเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยจะมีการหัวใจวายทั้งซีกซ้ายและซีกขวา (Beland & Passos 1981 : 919) ในปัจจุบันภาวะหัวใจวายเลือดคั่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยโรคหัวใจ (นริศ ศรีवासสมท์ 2527 : 209) เมื่อสัถิการป่วยและตายด้วยโรคหัวใจและระบบไหลเวียนม็ดตราสูงขึ้น ภาวะหัวใจวายเลือดคั่งนี้จึงมีความสำคัญมากขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยด้วยภาวะนี้สมควรจะได้รับการเอาใจใส่ดูแลเพื่อลดอัตราการตาย และได้รับการช่วยเหลือให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปลอดภัยที่สุด ซึ่งผู้มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะพยาบาล และตัวผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยควรมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจวายเลือดคั่งในหัวข้อต่อไปนี้

1. ความหมายของภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง
2. พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง
3. สาเหตุของภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง
4. อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง
5. การรักษาภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง
6. แนวทางการปฏิบัติของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

ความหมายของภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง

ภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง หมายถึง ภาวะที่หัวใจทำงานล้มเหลว ไม่สามารถจะบีบเลือดออกไปเลี้ยงเนื้อเยื่อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ จะปรากฏว่ามีเลือดคั่งที่ปอด และมีการคั่งของไซโตเต็มและน้ำในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (ดางมณี วิเศษกุล 2525: 97; นริศ ศรีวัฒสม์ 2527:211; อัญเชิญ อิศรางกูร ณ อยุธยา 2526:172, Brunner & Suddarth 1984:635)

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง

ภาวะหัวใจวายอาจแบ่งได้เป็นภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน (Acute heart failure) มักเกิดโดยมีสาเหตุชักนำให้เกิดกลไกทดแทนมากเกินไป (exceeds compensatory mechanism) อย่างกะทันหัน และอาจนำไปสู่ภาวะช็อคจากหัวใจ (Cardiogenic shock) ได้ ส่วนภาวะหัวใจวายเรื้อรัง (Chronic heart failure) ซึ่งหมายถึงภาวะหัวใจวายเลือดคั่งนั้น พยาธิสภาพจะดำเนินไปอย่างช้า ๆ และในที่สุดกลไกทดแทนของร่างกายจะไม่สามารถทำงานได้อีกต่อไป (Billing & Stokes 1982 : 1168)

กลไกการเกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง

เมื่อการทำงานของหัวใจผิดปกติ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม ย่อมทำให้อัตราส่วนระหว่างการยืดขยายของกล้ามเนื้อหัวใจกับงานที่ทำได้ลดลง และทำให้มีเลือดคั่งในหัวใจเพิ่มขึ้น ดังแผนภูมิที่ 1 จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้

1. มีการขยายตัวของหัวใจ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ 2 ทาง คือ

1.1 เกิดกลไกทดแทน และช่วยให้หัวใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพในรายที่กลไกทดแทนประสบผลสำเร็จ

1.2 เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง เนื่องจากกลไกทดแทนทำงานไม่สำเร็จ

2. ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) ลดลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบที่สำคัญ 2 ระบบ ดังนี้

2.1 มีการลดปริมาณเลือดที่ไหลเวียนสู่ไต มีการหลั่งเร็นนินแองจิโอเทนซิน จากไตเพิ่มขึ้น และกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตส่วนคอร์เท็กซ์หลั่งอัลโดสเตอโรนออกมา ทำให้มีการคั่งของเกลือและน้ำนอกเซลล์ และแรงดันในหลอดเลือดส่วนปลายสูงขึ้น ซึ่งเป็นผลให้หัวใจต้องทำงานต้านกับแรงดันเพิ่มขึ้นอีก และทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง

2.2 ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้นจากการที่ปริมาณเลือดออกจากหัวใจ ใน 1 นาทีลดลง ร่วมกับการกระตุ้นจากแองจิโอเทนซิน ทำให้หลอดเลือดหดตัว เป็นผลให้มีการขยายตัวของหัวใจห้องล่างขณะคลายตัวเพิ่มขึ้น ความสามารถในการบีบตัวลดลง และปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงไปอีก ทำให้ปรากฏอาการแสดงของร่างกายขาดเลือดไปเลี้ยง

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง จะรุนแรงมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งประกอบด้วย สภาพพื้นฐานของร่างกายและจิตใจ สาเหตุพื้นฐาน และสาเหตุชักนำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอง



แผนภูมิที่ 1 กลไกการเกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง

(รวบรวมและดัดแปลงมาจาก เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย 2527 : 99 ; Hammon & Lee 1984 : 157)

สาเหตุของภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง อาจแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ สาเหตุพื้นฐาน (Underlying cause) และสาเหตุชักนำ (Precipitating causes) โดยหัวใจผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพที่ทำให้มีความผิดปกติของหัวใจอยู่แล้ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาและกำจัดสาเหตุจะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจะต้องทำงานหนักจนประสิทธิภาพเสื่อมลง และเมื่อเกิดสาเหตุชักนำเพิ่มเติมขึ้นจะทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งได้

สาเหตุพื้นฐาน (Underlying causes)

สาเหตุพื้นฐานที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งอาจจะเริ่มต้นจากความผิดปกติของห้องหัวใจข้างใดข้างหนึ่ง แล้วจึงเหนี่ยวนำให้เกิดหัวใจวายทั้ง 2 ข้าง อาจจะเป็นมาแต่กำเนิด หรือเกิดขึ้นภายหลัง สาเหตุเหล่านี้ ได้แก่

1. โรคของกล้ามเนื้อหัวใจที่ทำให้แรงบีบตัวลดลง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งได้บ่อยที่สุด (Hammond & Lee 1984 : 156) กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (Myocarditis) กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงเนื่องจากขาดวิตามินบีหนึ่ง (Cardiac beriberi) และการมีพังผืดเกิดขึ้นที่กล้ามเนื้อหัวใจ (Endomyocardial fibrosis) โรคเหล่านี้ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) ลดลง

2. โรคที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวแรงเกินกำลัง (Pressure overload) เช่น ภาวะความดันเลือดสูง ลิ้นหัวใจตีบ หรือความดันเลือดในปอดสูง โรคเหล่านี้ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเพื่อเอาชนะแรงต้าน และสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายให้เพียงพอ

3. โรคที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนักเพราะปริมาณเลือดมากเกินไป (Volume overload) เช่น ลิ้นไมตรัลถูกทำลาย ทำให้เลือดจำนวนมากรั่วไหลระหว่างการบีบตัวของหัวใจห้องล่าง (Mitral regurgitation) ลิ้นเอออร์ติคถูกทำลายทำให้เลือดรั่วไหลระหว่างการคลายตัว (Aortic regurgitation) และหลอดเลือดที่เชื่อมระหว่างเอออร์ตาบางส่วน

ต่อของหลอดเลือดแดงปอดข้างซ้ายไม่เปิดตามปกติเมื่อแรกเกิด (Patent ductus arteriosus) สาเหตุเหล่านี้ทำให้เลือดคั่งอยู่ในห้องหัวใจมากเกินไป ห้องหัวใจขยาย และลดประสิทธิภาพในการบีบตัว

4. ภาวะที่ขัดขวางการขยายตัวและการรับเลือดของหัวใจ เช่น เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis or Constrictive pericarditis) มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardial effusion)

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหัวใจเหล่านี้ อาจจะมีชีวิตอยู่ได้เป็นเวลานาน โดยไม่ปรากฏอาการ แต่พบอย่างช้าๆ ที่อาการของหัวใจวายจะปรากฏขึ้นเมื่อมีภาวะใดก็ตามมาทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักขึ้น (Braunwald 1981 : 1036) ดังนั้น การได้ทราบถึงภาวะหรือสาเหตุชักนำให้ปรากฏอาการหัวใจวายเลือดคั่งจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

สาเหตุชักนำ (Precipitating causes)

1. ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (Arrhythmias or Dysrhythmias) เป็นสาเหตุชักนำที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้บ่อย ๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุจะยิ่งทำให้หัวใจวายได้ง่าย (ชมพูนุท อ่องจรีต และ พัลลภ โพธิ์พฤษ 2524 : 577) การเต้นที่ผิดปกติของหัวใจและชักนำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง อาจจะได้หลายกรณีดังต่อไปนี้ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล 2528 : 89 - 90)

1.1 ภาวะหัวใจเต้นเร็วมาก ทำให้ลดเวลาที่เลือดจะไหลกลับเข้าสู่หัวใจ ระยะคลายตัวของหัวใจจะสั้นลงอย่างมาก และยังทำให้ปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกไปใน 1 นาที ลดลง

1.2 ความไม่สัมพันธ์กันระหว่างการเต้นของหัวใจห้องบนและห้องล่าง ซึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติของหัวใจห้องล่างเอง (Ventricular arrhythmias) หรือมีความผิดปกติอยู่เหนือหัวใจห้องล่าง (Supraventricular arrhythmias) ทำให้หัวใจห้องบนมีประสิทธิภาพการทำงานลดลง และความดันในหัวใจบนเพิ่มขึ้น

1.3 ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นเร็ว (Ventricular tachycardia) หรือหัวใจเต้นผิดปกติจากการนำไฟฟ้าในหัวใจผิดปกติ ทำให้แรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงเนื่องจากขาดการรวมพลัง (Synchronized) ของหัวใจห้องล่าง

1.4 ภาวะหัวใจเต้นช้ากว่าปกติร่วมกับการขัดขวางการนำไฟฟ้า จากหัวใจห้องบนสู่ห้องล่าง (Atrioventricular block) ทำให้ต้องเพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจแต่ละครั้ง (Stroke volume) ให้มากขึ้น เพื่อไม่ให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ซึ่งในรายที่กล้ามเนื้อหัวใจมีพยาธิสภาพอยู่แล้วจะเพิ่มได้ไม่มาก

2. การเกิดก้อนอุดตันภายในหลอดเลือดแดงปอด (Pulmonary embolism) ผู้ป่วยที่มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีน้อย มีการค้างของการไหลเวียนเลือดและต้องจำกัดกิจกรรมการออกกำลังกาย จะเกิดก้อนเลือดอุดตัน (Thrombi) ในหลอดเลือดดำของขา หรือในอวัยวะอื่น ซึ่งการันได้ง่าย และเมื่อก้อนนี้หลุดลอย (Emboli) ไปอุดตันที่ปอดอาจจะทำให้เกิดการเพิ่มความดันในหลอดเลือดแดงของปอดอย่างเฉียบพลัน ทำให้หัวใจห้องล่างขวามีเลือดคั่งและขยายใหญ่ขึ้น เกิดภาวะหัวใจวายมากขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจยิ่งน้อยลง จนขณะเดียวกันอาจเกิดการตายของเนื้อปอดเนื่องจากการอุดตันด้วย

3. การติดเชื้อ (Infection) ไม่ว่าการติดเชื้อจะเกิดขึ้นในส่วนใดของร่างกาย ย่อมทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจอยู่แล้ว เนื่องจากการติดเชื้อทำให้ผู้ป่วยมีไข้ การเผาผลาญในร่างกายสูงขึ้น และเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (Hypoxemia) ดังนั้น กล้ามเนื้อหัวใจของคนที่เป็นโรคหัวใจซึ่งทำงานหนักอยู่แล้วจะต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นอีก

พบว่า การติดเชื้อมักเกิดขึ้นได้ง่ายในผู้ป่วยที่มีการค้างของหลอดเลือดของปอด และปอดบวมน้ำ (สมจิต หนูเจริญกุล 2528 : 89) และการติดเชื้อที่พบได้บ่อย คือ การอักเสบติดเชื้อในระบบหายใจ (ชมพูนุท อ่องจรัส และ พัลลภ โพธิ์พฤกษ์ 2524 : 577; พงศ์ จุฑา 2527 : 72)

นอกจากนี้ยังพบว่า การเกิดไข้รูมาติกอย่างเฉียบพลัน และกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบจากสาเหตุอื่นใดก็ตาม ย่อมทำให้หน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจเลวลงในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจอยู่แล้ว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เยื่อหัวใจอักเสบเนื่องจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งมักจะเกิดภาวะโลหิตจางเป็นไข้ พร้อมกับการทำลายของลิ้นหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบเพิ่มขึ้น จะยังเกิดภาวะหัวใจวายได้มากขึ้น (Braunwald 1981 : 1036)

4. ภาวะโลหิตจาง (Anemia) ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว ถ้าเกิดภาวะโลหิตจางจะทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย เนื่องจากเลือดลดความสามารถในการขนส่งออกซิเจนไปสู่เซลล์และเนื้อเยื่อ หัวใจจึงต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดและเพิ่มออกซิเจนให้เซลล์และเนื้อเยื่อ แต่เนื่องจากหัวใจมีพยาธิสภาพและทำงานหนักเกินไปอยู่แล้ว จึงไม่สามารถชดเชยได้อีกต่อไป ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายขึ้น

สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคโลหิตจางอย่างเรื้อรัง หัวใจต้องทำงานหนักตลอดเวลา ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขหัวใจจะหมดกำลังและเกิดภาวะหัวใจวายได้ แม้จะไม่ได้เป็นโรคหัวใจมาก่อนก็ตาม

5. ต่อมธัยรอยด์เป็นพิษและการตั้งครรภ์ (Thyrotoxicosis and pregnancy) เช่นเดียวกับภาวะโลหิตจาง ทั้งสองภาวะนี้ทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ภาวะหัวใจวายครั้งแรกพบได้บ่อยในผู้ป่วยธัยรอยด์ฮอร์โมนสูงที่เป็นโรคหัวใจอยู่ก่อน และในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่เป็นโรคหัวใจมาแต่ก่อน แต่ไม่เคยปรากฏอาการ เพราะในยามปกติหัวใจสามารถปรับตัวชดเชยได้ แต่ในยามตั้งครรภ์ และในช่วงการคลอด หรือเมื่อเกิดต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ หัวใจจะต้องทำงานมากขึ้น จนไม่สามารถรับภาระหนักต่อไปได้ จึงเกิดภาวะหัวใจวายได้มากที่สุด (Braunwald 1981 : 1036)

6. สาเหตุอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุชักนำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย ได้แก่

6.1 การออกกำลังกายมากเกินไป (Braunwald 1981 : 1036)

6.2 ภาวะโภชนาการ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่น ได้รับเกลือมากเกินไป (Braunwald 1981 : 1036) และภาวะไม่สมดุลของระดับโพแทสเซียมและโซเดียมและโปแตสเซียม (พียงค์ จูฑา 2527 : 72)

6.3 สิ่งแวดล้อม เช่น สภาพอากาศร้อน หรือขึ้นเกินไป (Braunwald 1981 : 1036)

6.4 สภาพอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น ภาวะอารมณ์เครียด การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มาก ๆ (Braunwald 1981 : 1036) อารมณ์ที่ทำให้หัวใจวายได้มักจะเป็นอารมณ์ทางร้ายมากกว่าทางดี แต่ถ้าดีใจมาก ๆ ก็อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้เช่นกัน (ชมพูนุท อ่องจรัส และ พลลภ ภิทธิพฤษ์ 2524 - 578)

6.5 สาเหตุจากการรักษาพยาบาลและการใช้ยา เช่น

- การทำให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำมากเกินไป หลังให้ยาสลบ หรือผ่าตัดในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจอยู่แล้ว อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันที่ หรือไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง

- การหยุดยาขับปัสสาวะ หรือยาดิจิจาลิส (Digitalis) ก็อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ เนื่องจากร่างกายผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาวะที่จะหยุดยา หัวใจยังไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะทำงานชดเชยได้

นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะพิษจากดิจิจาลิส (Digitalis intoxication) เป็นสาเหตุชักนำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้เช่นกัน (พยงค์ จูฑา 2527 : 72)

จากสาเหตุที่กล่าวมาทั้งหมด สามารถนำความรู้นี้มาใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งได้ โดยเฉพาะในรายที่เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งซ้ำแล้วซ้ำอีก และต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลอยู่เป็นประจำ ผู้ป่วยควรได้รับคำชี้แจงแนะนำเพื่อได้รับการแก้ไข หรือกำจัดสาเหตุพื้นฐาน และพ้นจากความทุกข์ทรมาน เนื่องจากภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง ประกอบด้วยกลุ่มอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวายทั้งข้างซ้ายและข้างขวา

1. อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจข้างซ้ายวาย

1.1 อาการหายใจลำบาก หรืออาการหอบเหนื่อย ซึ่งเกิดจากการคั่งของเลือดในปอด จะปรากฏอาการแสดงดังต่อไปนี้ คือ

1.1.1 อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) ผู้ป่วยต้องออกแรงในการหายใจ เป็นอาการเริ่มแรกที่บ่งบอกของภาวะหัวใจวาย เกิดจากความดันในหลอดเลือดของปอด (Pulmonary venous pressure) เพิ่มขึ้น ทำให้มีการคั่งของเลือดและปอดบวม น้ำ ปอด

หนัก และขยายตัวได้ไม่ดี จึงต้องออกแรงหายใจเพิ่มขึ้น ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายไม่รุนแรง จะไม่มีอาการหายใจลำบากขณะนอนพัก แต่เมื่อออกแรงหรือออกกำลังกายจึงจะมีอาการหายใจลำบาก (Dyspnea on Exertion)

1.1.2 ออร์ทอพีเนีย (Orthopnea) เป็นอาการหายใจลำบากที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น จนไม่สามารถนอนราบได้ เนื่องจากขณะนอนราบกระบังลมจะถูกดันจากอวัยวะในช่องท้องทำให้ปอดขยายตัวไม่เต็มที่ และที่สำคัญคือเลือดไหลกลับเข้าหัวใจข้างขวาและปอดมากขึ้น ทำให้มีเลือดคั่งในปอดมาก การแลกเปลี่ยนออกซิเจนเป็นไปไม่ได้ จะสังเกตเห็นได้ว่าผู้ป่วยต้องลุกขึ้นมานั่งหายใจ หรือต้องนอนหนุนหมอนสูง เพื่อให้กะบังลมหย่อน ปอดขยายตัวได้เต็มที่ และลดการไหลกลับของเลือดเข้าสู่หัวใจ เลือดจะไปรวมอยู่ในส่วนของร่างกายที่อยู่ต่ำกว่าระดับหัวใจ การทำงานของหัวใจสะดวกขึ้น

1.1.3 พาร็อกซิสมัล น็อคเทอร์นัล ดิสพีเนีย (Paroxysmal nocturnal dyspnea) ผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อยเป็นพัก ๆ ในตอนกลางคืน ในท่านอนราบ ซึ่งเป็นอาการสำคัญอย่างหนึ่งที่แสดงว่าผู้ป่วยเริ่มมีภาวะหัวใจวาย อาการนี้มักจะเกิดภายหลังที่ผู้ป่วยเข้านอนแล้วประมาณ 2 - 3 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะตื่นขึ้น เพราะหายใจไม่ออกอย่างรุนแรง หรือหายใจลำบากมาก ต้องลุกขึ้นนั่งหรือยืนหายใจ และมักมีอาการไอและหายใจเสียงวี๊ด (Wheezing sound) ร่วมด้วย อาการเหล่านี้มักเป็นอยู่ประมาณ 15 - 20 นาที แต่บางครั้งอาจนานกว่านี้ (สมจิต หนูเจริญกุล 2528 : 95) เมื่ออาการหายแล้วผู้ป่วยมักนอนต่อไปได้ตามปกติ ถ้าจะเกิดซ้ำอีกก็เป็นเวลาล่วงเลยไปประมาณ 2 - 3 ชั่วโมง (พยงค์ จูฑา 2527:75) อาการนี้อาจรุนแรงมากถึงขั้นปอดบวมน้ำอย่างเฉียบพลัน (Acute Pulmonary edema) เนื่องจากการคั่งของเลือดในปอดเพิ่มขึ้นในท่านอน โดยเฉพาะในหลอดเลือดฝอยรอบ ๆ กุ่มลมปอด สารน้ำจะซึมผ่านผนังของหลอดเลือดฝอยเข้าสู่กุ่มลมปอด ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซถูกขัดขวาง ภาวะปอดบวมน้ำอย่างเฉียบพลันนี้อาจจะเกิดขึ้นในเวลากลางคืน หรือกลางคืนก็ได้แล้วแต่บุคคล บางรายอาจจะเกิดขึ้นในขณะพัก หรือบางรายอาจเกิดขึ้นภายหลังการออกแรง หรือตื่นตื่นตกใจมาก ๆ จะพบว่ามีอาการหายใจลำบาก ร่วมกับไอมีเสมหะเป็นฟองและอาจมีสีชมพูปนด้วย เนื่องจากหลอดเลือดฝอยในปอดมีการแตกทำลาย

การมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) อาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับภาวะปอดบวมน้ำ หรือเกิดขึ้นต่อเนื่องกัน เนื่องจากการคั่งของเลือดในหลอดเลือดฝอยบริเวณชายปอด สารน้ำจะซึมผ่านออกจากหลอดเลือดฝอย เข้าไปอยู่ในช่องว่างระหว่างเยื่อหุ้มปอด ภาวะนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากยิ่งขึ้น

อาการหายใจแบบขึ้นสัปดาห์ (Cheyne stokes respiration) คือ ลักษณะการหายใจสลับกันไประหว่างการหายใจเร็ว (Hyperpnea) แล้วค่อย ๆ ซ้ำลงจนหยุดหายใจ (Apnea) แล้วเริ่มหายใจใหม่ เป็นเช่นนี้เรื่อยไป พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจข้างซ้ายวาย โดยเฉพาะเมื่อได้ยาระงับประสาทร่วมด้วย ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหายใจลักษณะนี้ร่วมกับอาการหายใจลำบากเป็นพัก ๆ ในตอนกลางคืน

นอกจากอาการหายใจลำบากดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังพบว่า ผู้ป่วยบางรายมีอาการเจ็บหน้าอกในทำนองรบกวนตอนกลางคืน (Nocturnal angina) กลไกการเกิดอาการเจ็บหน้าอกคล้ายกับการหอบเหนื่อยในตอนกลางคืน แต่การตอบสนองของหัวใจห้องล่างซ้ายต่อปริมาณของเลือดที่มากเกินไป จะทำให้เกิดอาการเจ็บ แทนที่จะเกิดอาการหายใจหอบ หรือหายใจลำบาก ซึ่งการลดความเจ็บปวดนี้จะไม่สามารถกระทำได้ด้วยยาใช้ไนโตรกลีเซอรีน แต่จะต้องรักษาภาวะหัวใจวายซึ่งเป็นสาเหตุที่แท้จริง

1.2 อาการไอ เป็นอาการสำคัญซึ่งเกิดจากหัวใจข้างซ้ายวาย มีการคั่งของน้ำในแขนงของหลอดลมเล็ก ๆ และถุงลมปอด ทำให้มีการระคายเคืองต่อเยื่อปอด ผู้ป่วยอาจจะบ่นว่าไอแห้ง ๆ ระคายคอ และต้องใช้แรงไอ มักไอกลางคืน อาจจะได้ร่วมกับอาการหายใจลำบาก ทำให้ขัดขวางการนอนหลับ หักผ่อนอย่างรุนแรง ในภาวะนี้จะต้องระลึกไว้เสมอว่า การไออาจแสดงถึงการอุดตันในหลอดเลือดแดงของปอด (Pulmonary embolism) ซึ่งผู้ป่วยหัวใจวายมีโอกาสดังกล่าวอยู่แล้ว

การไอเป็นเลือด (Hemoptysis) หรือ ไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู นอกจากจะพบในภาวะปอดบวมน้ำอย่างเฉียบพลันตามที่กล่าวแล้ว ยังพบได้ในผู้ป่วยที่ลิ้นหัวใจไมตรัลตีบ (Mitral stenosis) ซึ่งจะมีความดันสูงในหัวใจห้องซ้ายบนหลอดเลือดดำจากปอดมายังหัวใจ และหลอดเลือดดำของหลอดลม (Bronchial vein) ที่อยู่ตามเยื่อปอด ซึ่งอาจจะขยายและแตก ทำให้เกิดอาการไอเป็นโลหิตได้มาก ภาวะนี้เรียกว่า พัลโมนารีอะโพลีซี (Pulmonary apoplexy) ซึ่งมักจะ เป็นผลของการอุดตันในหลอดเลือดแดงของปอด ในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมตรัลตีบเอง หรืออาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวอยู่ที่เตียง เป็นเวลานาน

1.3 อาการบวม น้ำหนักตัวเพิ่ม เมื่อการทำงานของหัวใจข้างซ้ายวายจะเกิดอาการบวมได้โดย

1.3.1 เมื่อปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกลดต่ำลง เนื่องจากภาวะหัวใจวายทำให้เลือดไปสู่ไตน้อยลง อัตราการกรองของโกลเมอรูลาร์ (Glomerular filtration rate) ลดลง

1.3.2 อันขณะเดียวกัน เมื่อปริมาณเลือดในร่างกายลดลง จะทำให้มีการกระตุ้นการหลั่งอัลโดสเตอโรนโดยต่อมหมวกไตส่วนนอก ซึ่งมีผลทำให้เพิ่มการดูดกลับของโซเดียมและน้ำโดยไต

1.3.3 เมื่อไตดูดโซเดียมกลับคืนมากขึ้นทำให้ความเข้มข้นของสารในหลอดเลือดสูงขึ้น แรงดูดกลับ (Osmotic pressure) สูงขึ้น กระตุ้นไฮโปทาลามัสหลังฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติก (Antidiuretic Hormone) ซึ่งทำให้มีการดูดกลับของน้ำเพิ่มมากขึ้นผู้ป่วยจะปัสสาวะน้อยลง ผลสุดท้ายจะเกิดอาการบวม ซึ่งจะเริ่มปรากฏในอวัยวะที่ห้อยต่ำ หรืออวัยวะที่อยู่ต่ำกว่าระดับหัวใจ เช่น ปลายมือ ปลายเท้า ขา ก้นกบ เป็นต้น

1.4 อาการทางสมอง ออกซิเจนในสมองพร่องหรือสมองขาดออกซิเจน (Cerebral hypoxia or Cerebral anoxia) เกิดจากการที่ปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกลดลงเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ทำให้ความจำเสื่อม ไม่มีสมาธิ หรือเป็นลมหมดสติได้ง่าย

1.5 อาการอ่อนเพลียและกล้ามเนื้ออ่อนแรง เกิดขึ้นโดยกลไกเดียวกับอาการทางสมอง ร่วมกับอาการหอบเหนื่อยในเวลากลางคืน ทำให้ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้ไม่เพียงพอ การที่ปริมาณเลือดหัวใจส่งออกลดลง ทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนน้อยลง และอัตราการขับของเสียจากเนื้อเยื่อเข้าสู่กระแสเลือดเพื่อขับถ่ายออกก็ลดลงด้วย ของเสียจึงคั่งค้างอยู่ในเนื้อเยื่อต่าง ๆ มาก ทำให้ความทนต่อการกระตุ้น (Threshold) ลดลง

2. อาการแสดงของภาวะหัวใจข้างขวาวาย

2.1 อาการบวม การบวมในท่อนล่างของร่างกายเป็นลักษณะของภาวะหัวใจข้างขวาวาย กลไกการบวมอาจจะเกิดขึ้นต่อเนื่องกับภาวะหัวใจข้างซ้ายวาย และ/หรือ ภาวะหัวใจข้างขวาวายเอง ซึ่งด้วยเหตุประการหลังมีผลทำให้ตับสูญเสียหน้าที่ในการสร้างอัลบูมินด้วย การบวมในระยะแรก อาจจะมองไม่เห็นชัดเจน แต่จะทราบได้จากการเปรียบเทียบน้ำหนัก โดยการชั่งน้ำหนักตอนเช้าภายหลังถ่ายปัสสาวะ ซึ่งน้ำหนักของคนปกติในกรณีเช่นนี้จะเปลี่ยนแปลงน้อย ไม่ค่อยมีความแตกต่างกัน แต่ก้าน้ำหนักเพิ่มจากการคั่งของสารน้ำจากภาวะหัวใจวาย จะเปรียบเทียบความแตกต่างได้ชัดเจน การบวมนี้อาจจะเกิดก่อนการบวมในส่วนที่ห้อยต่ำ แต่จะสังเกตเห็นได้ยากในระยะแรก เมื่อภาวะหัวใจวายเพิ่มความรุนแรงขึ้นและการบวมมีมากขึ้น จึงสังเกตเห็นได้บางรายอาจจะบวมทั้งตัว (Anasarca) ซึ่งจะบวมไปถึงอวัยวะสืบพันธุ์ หน้าอก แขน และขาหน้า และมักจะเกิดท้องมาน (Ascites) ภายหลังจากมีอาการบวมที่อวัยวะส่วนปลาย (Peripheral edema) แล้ว

ท้องมานที่ไม่เป็นสัดส่วนกับความรุนแรงของการบวม มักจะเกิดในรายที่ลิ้นไตรคัสปิดตีบ (Tricuspid stenosis) หรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบและมีการหดตัว (Constrictive pericarditis) (สมจิต หนูเจริญกุล 2528 : 97)

2.2 หลอดเลือดดำที่คอโป่ง เนื่องจากเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจทางห้องขวามไม่สามารถไหลเข้าได้สะดวก เพราะความดันในห้องหัวใจข้างขวาสูง จึงทำให้มีการคั่งของเลือด ความดันในหลอดเลือดดำใหญ่และความดันในหลอดเลือดดำที่คอสูงขึ้น

2.3 ตับโตและเจ็บ เกิดจากการที่เลือดไม่สามารถไหลกลับเข้าหัวใจได้ ทำให้เลือดคั่งตามอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะตับ น้ำจะคั่งอยู่ในช่องระหว่างเซลล์ของตับมาก ทำให้เยื่อหุ้มตับยืดขยายออก ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สบายในท้องถ้าเป็นมาก ๆ จะเจ็บแปลบ ๆ บริเวณชายโครงขวา เมื่อตับโตจะมีการกดหลอดเลือดที่มาเลี้ยงตับ ทำให้เซลล์ตับขาดออกซิเจน ตายเกิดเยื่อพังผืดและแข็งตัว และเกิดภาวะตับแข็ง (Cardiac cirrhosis) ซึ่งจะทำให้หน้าที่การสร้างโปรตีนเสียไป ผู้ป่วยอาจจะเกิดท้องมาน บางรายจะมีอาการตัวเหลืองร่วมด้วย

2.4 อาการทางระบบปัสสาวะ พบว่าผู้ป่วยปัสสาวะน้อยในเวลากลางวัน และปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน เนื่องจากในเวลากลางคืนผู้ป่วยได้นอนพักผ่อน และมีเลือดไปสู่อวัยวะมากขึ้น ทำให้มีการกรองปัสสาวะเพิ่มขึ้น

นอกจากอาการและอาการแสดง เฉพาะที่เกิดในภาวะหัวใจวายแต่ละข้าง ตามที่กล่าวแล้ว ผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจวายเล็ดลั้งอาจจะมีอาการและอาการแสดงอื่น ๆ ร่วมด้วยอีกเช่น

- เหงื่อออกมากผิดปกติ (Diaphoresis) เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก (สมจิต หนูเจริญกุล 2528 : 97 ; Wenger, Hurst & McIntyre 1980 : 207)

- เห็นตามปลายมือปลายเท้า จากการที่ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ทำให้มีการไหลเวียนเลือดตัวเองของร่างกาย โดยการหดตัวของหลอดเลือด (เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย 2527 : 102)

- อาจจะมีไข้ต่ำ (Low-Grade fever) เนื่องจากร่างกายมีการเผาผลาญเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจพบร่วมกับภาวะธัยรอยด์เป็นพิษ (Brunner & Suddarth 1984 : 635; Wenger, Hurst & McIntyre 1984 : 207)

- ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (Arrhythmias or Dysrhythmias) ซึ่งเกิดจากประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง มีผลให้ภาวะหัวใจวายยังมีความรุนแรงมากขึ้น (Brunner & Suddarth 1984 : 635)

- อาการท้องผูก พบได้เสมอในผู้ป่วยหัวใจวาย เกิดขึ้นเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และจากการคั่งของเลือดและสารน้ำที่ผนังลำไส้ ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ลดลง และไม่ขับถ่ายอุจจาระตามปกติ

- ภาวะจิต-สังคมที่เสื่อมโทรม พบได้มากในผู้ป่วยหัวใจวาย เนื่องจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการที่ต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวอยู่เป็นเวลานาน ไม่สามารถประกอบกิจกรรมที่ตนเองต้องการได้ ถ้าผู้ให้การดูแลสุขภาพพยาบาลให้ความสนใจมากเพียงพอจะสามารถลดปัญหาและช่วยป้องกันความรุนแรงของโรคได้ทางหนึ่ง แต่ในทางตรงกันข้าม หากผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ก็จะทำให้ภาวะหัวใจวายยังทวีความรุนแรงมากขึ้น

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

การรักษามุ่งหมายเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ประการ คือ

1. ก่อสร้างเหตุที่ชักนำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง
2. แก้ไขสาเหตุพื้นฐานที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง เช่น การผ่าตัด แก้ไขความพิการของลิ้นหัวใจ เป็นต้น
3. ควบคุมภาวะหัวใจวายเลือดคั่งไม่ให้ลุกลามรุนแรงขึ้น ได้แก่
 - 3.1 ลดการทำงานของหัวใจ โดยการพักผ่อนทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ
 - 3.2 เพิ่มความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจโดยให้ยาในกลุ่มดิจิจาลิส (Digitalis)
 - 3.3 ลดจำนวนน้ำและเกลือที่มากเกินไปในร่างกาย โดยการจำกัดจำนวนน้ำดื่ม ลดหรืองดอาหารเค็มและให้ยาขับปัสสาวะ ในรายที่มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด หรือในช่องท้องมาก แพทย์อาจจะต้องทำการเจาะออก
 - 3.4 ให้ออกซิเจนให้เพียงพอับความต้องการของร่างกาย โดยการให้ออกซิเจนเพิ่มทางแคนดูล่าหรือมาส์คในอัตราที่เหมาะสม และลดการใช้ออกซิเจน โดยการให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนพัก
 - 3.5 ลดการคั่งของเลือดในหัวใจ โดยการให้ยาขยายหลอดเลือด
 - 3.6 ส่งเสริมสุขภาพร่างกายโดยการให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ในรายที่ได้รับยาขับปัสสาวะที่ขับปัสสาวะขึ้นมามากจากร่างกาย แพทย์จะให้ปัสสาวะเข้มข้นเพิ่มเติม และแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีปัสสาวะเข้มข้นสูง เช่น ส้ม กล้วย เป็นต้น
 - 3.7 ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ การรับประทาน อาหาร การดื่มน้ำ และการรับประทานยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ยา ดิจิจาลิส ยาขับปัสสาวะ และยาขยายหลอดเลือด เป็นต้น

แนวทางการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยหิวหายใจเฉื่อย

หลังจากที่ผู้ป่วยหิวหายใจเฉื่อยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจนพ้นระยะรุนแรงแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการสนับสนุนให้ได้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ดังที่เคยปฏิบัติเมื่อก่อนการเจ็บป่วย หรือหากใกล้เคียงกับที่เคยปฏิบัติมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของกิจวัตรประจำวัน การทำงาน หรือเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ ยกเว้นกิจกรรมที่อาจจะทำให้กลับมีอาการรุนแรงขึ้นอีก ก็จำเป็นต้องงดออกไป หรือคิดแปลงวิธีการเสียใหม่ให้เหมาะสม ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือให้รู้จักวิเคราะห์สภาพอารมณ์เครียดของตนเอง และหาแนวทางการระบาย และกำจัดออกไป

ผู้ป่วยจำนวนมากไม่น้อยที่ต้องกลับมาโรงพยาบาลด้วยภาวะหิวหายใจเฉื่อยซ้ำ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มักจะมีปัญหาเพิ่มขึ้นทั้งทางด้านจิตใจ สังคม และด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นแก่ร่างกายก็เพิ่มความรุนแรงขึ้นด้วย อวัยวะในร่างกายที่เคยปกติก็อาจจะมีอาการเสื่อมทรานเนื่องจากกลับเป็นซ้ำ เช่น เกิดเยื่อพังผืดในปอด (Pulmonary fibrosis) ตับแข็ง ม้าม และไตมีขนาดใหญ่อขึ้น และเนื้อสมองถูกทำลาย เนื่องจากได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ในระหว่างที่เกิดอาการขึ้นอย่างเฉียบพลัน สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหิวหายใจเฉื่อยซ้ำมักเกิดจากการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การไม่มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ มากเกินไป และการที่ผู้ป่วยไม่รู้ หรือไม่จดจำอาการของการกลับเป็นซ้ำ (Brunner & Suddarth 1984 : 640) ผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาล มีหน้าที่ป้องกันไม่ให้เกิดเหตุเหล่านี้ขึ้น โดยการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ ซึ่งมีดังต่อไปนี้

1. การพักผ่อน การพักผ่อนทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อไม่ให้หัวใจต้องทำงานหนักเกินไป ควรแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติดังนี้

1.1 จัดเวลาสำหรับการพักผ่อนในแต่ละวันให้สม่ำเสมอ และเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย ควรได้นอนพักผ่อนละ 6 - 8 ชั่วโมง และมีเวลาพักผ่อนในช่วงกลางวันด้วย

1.2 พยายามลดชั่วโมงการทำงานให้ลดลงเท่าที่จะเป็นไปได้

1.3 หลีกเลียงจากสิ่งที่จะทำให้อารมณ์เสีย หรือ อารมณ์ถึงเครียด ซึ่งอาจจะแนะนำวิธีผ่อนคลาย เช่น การนั่งสมาธิ การเปิดใจให้กว้าง ไม่เคร่งครัดต่อกฎเกณฑ์ระเบียบวินัยมากเกินไป บางรายอาจจะต้องแนะนำให้เปลี่ยนหน้าที่การทำงาน ซึ่งจะต้องวางแผนร่วมกับญาติ ผู้บังคับบัญชา หรือผู้ร่วมงานของผู้ป่วย

2. การรับประทานยาแนะนำให้ผู้ป่วยได้ทราบเกี่ยวกับยา ได้แก่ ขนาด ชื่อ คุณสมบัติฤทธิ์ข้างเคียงและวิธีการใช้ พร้อมทั้งรู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เพื่อจะได้รายงานแพทย์-พยาบาล และหาวิธีแก้ไขได้ถูกต้อง ผู้ป่วยควรรับประทานยาให้ถูกต้องตามขนาดและเวลาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อผลในการควบคุมโรค และควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่นที่ไม่ได้อยู่ในแผนการรักษา หรือไม่ได้รับการแนะนำจากแพทย์ เพราะอาจเป็นการเสริมฤทธิ์หรือขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ได้รับ หรืออาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันได้

ยาที่ผู้ป่วยหิวข้าวอาจเลืกดั้งมักจะดองได้รับอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

2.1 ดิจิตาลิส (Digitalis)

2.1.1 ผู้ป่วยจะต้องไม่รับประทานยาดิจิตาลิสที่มีรูปแบบอื่น นอกเหนือไปจากที่ได้รับจากแพทย์ เพราะอาจมีความแตกต่างกันในขนาดและการออกฤทธิ์

2.1.2 ต้องจับชีพจรก่อนรับประทานยาทุกวัน ถ้าหากพบว่าชีพจรมาก หรือน้อยกว่าที่กำหนด ควรมาพบแพทย์ก่อนถึงเวลานัด

2.1.3 บอกให้ผู้ป่วยทราบถึงแผนการให้ยาและฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ รู้สึกหัวใจเต้นช้า หรือเต้นไม่สม่ำเสมอ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน การมองเห็นผิดปกติ เช่น ตามืด มีจุด เห็นแสงเป็นวงกลมรอบวัตถุสีเข้ม เห็นสีขาวเป็นสีเหลือง และมีความรู้สึกไม่สบายเป็นต้น

2.2 ยาขับปัสสาวะ

2.2.1 ถ้าสามารถจัดหาเครื่องชั่งน้ำหนักไว้ที่บ้านได้ ผู้ป่วยควรชั่งน้ำหนักทุกวันในเวลาเดียวกัน เสื้อผ้าที่สวมใส่มีน้ำหนักใกล้เคียงกัน และควรปัสสาวะก่อนชั่ง เพื่อประเมินเกี่ยวกับการคั่งของสารน้ำในร่างกาย

ถ้าไม่สามารถจัดหาเครื่องชั่งน้ำหนักไว้ได้ แนะนำให้ผู้ป่วยตวงน้ำดื่มและปัสสาวะของตนเองในแต่ละวัน รวมทั้งคอยสังเกตอาการบวมไปพร้อม ๆ กัน

2.2.2 ให้ผู้ป่วยรู้จักสังเกตตัวเองเกี่ยวกับอาการ และอาการแสดงของภาวะขาดโปตัสเซียม และรับประทานโปตัสเซียมเพื่อทดแทน และให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงแผนการให้ยาขับปัสสาวะโดยตลอด

2.3 ยาชายาหยุดเลือด

2.3.1 ให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมของตนเอง และควรวัดทุกครั้งเมื่อมีโอกาส

2.3.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ และอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension)

3. การรับประทานอาหารและสิ่งเสียดัด อาหารเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง เพราะเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง วัตถุประสงค์ต้องไม่ไปเพิ่มการทำงานของหัวใจ ดังนั้น ควรจะเป็นอาหารมีคือน้อย ๆ และบ่อย ๆ ครั้ง การใช้พลังงานในการย่อยอาหารสูงจะทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนมาก และจะเพิ่มการทำงานของหัวใจ

3.1 ถ้าผู้ป่วยอ้วน ต้องให้ลดน้ำหนัก เพราะจะช่วยทำให้หัวใจทำงานน้อยลง ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายขึ้น

3.2 ปรตีน ให้เพียงพอ 1.0 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กก./วัน ประมาณวันละ 60-70 กรัม (ดวงมณี วิเศษกุล 2525 : 98)

3.3 จำกัดเกลือระดับต่าง ๆ แล้วแต่ภาวะการทำงานของหัวใจ ปกติจำกัดให้วันละ 0.5 กรัม ก็เพียงพอ ต้องคำนึงถึงการให้ยาขับปัสสาวะด้วย เพราะอาจเกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) และถ้าไม่จำกัดน้ำดื่มก็เกิดการคั่งของน้ำได้เช่นกัน (ดวงมณี วิเศษกุล 2525 : 98)

การจำกัดเกลือต้องรับประทานรสจืด เป็นสิ่งที่ลำบากอย่างยิ่งสำหรับบางคน เนื่องจากขัดกับนิสัยเดิมในการรับประทานอาหารของเขาที่ได้พัฒนามาแล้วอย่างช้านาน การให้ความรู้เรื่องนี้แก่ผู้ป่วยต้องเน้นให้เห็นถึงโทษของการรับประทานอาหารรสเค็ม และแนะนำให้งดอาหารบางอย่างโดยเฉพาะอาหารหมักดอง ผลอาหารที่ใส่ผงฟู อาการตาแห้ง ง่วงนอน ถ่ายประเทดีเกลือ ยาลดกรดที่มีโซเดียม และควรหลีกเลี่ยงการเคี้ยวหมากฝรั่งอาหารด้วย นอกจากนี้ควรแนะนำให้ผู้ป่วยให้ล้างปากให้สะอาดด้วยน้ำเปล่า ภายหลังการแปรงฟันด้วยยาสีฟัน หรือภายหลังการใช้น้ำยาบ้วนปาก (Brunner & Suddarth 1984 : 640)

3.4 ควรหลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ชา หรือ กาแฟ เพราะเชื่อว่าแอลกอฮอล์ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและกระตุ้นให้มีการเผาผลาญในร่างกายเพิ่มขึ้น ชา ทำให้ท้องผูก ชาและกาแฟบางชนิดที่มีสารคาเฟอีนมีฤทธิ์กระตุ้นหัวใจให้ทำงานมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ภาวะหัวใจวายรุนแรงมากขึ้น

3.5 การสูบบุหรี่ ผู้ป่วยควรงดสูบบุหรี่เพราะนี่โรคต้นกำเนิดจะทำให้หลอดเลือดหดตัว การไหลเวียนไม่สะดวก และหัวใจต้องทำงานมากขึ้น นอกจากนี้ยังเกิดแก๊สคาร์บอนมอนอกไซด์ ซึ่งเป็นตัวขัดขวางการนำออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกาย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่าวันละ 20 มวน จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน

4. การป้องกันโรคติดเชื้อ แนะนำให้ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงจากผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อทั้งหลายไม่ว่าจะเป็นการติดเชื้อทางผิวหนัง ทางเดินอาหาร และโดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ หลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชนแออัด หลีกเลี่ยงการเป็นหวัดโดยไม่อยู่ในที่ที่มีอากาศร้อนหรือเย็นเกินไป และรักษาความอบอุ่นของร่างกายให้พอเหมาะ หากรู้สึกว่ามีไข้เป็นหวัด มีบาดแผล หรือท้องเสียจะต้องรีบมาพบแพทย์โดยด่วน

5. การออกกำลังกายและการทำงาน ผู้ป่วยสามารถที่จะออกกำลังกายได้ตามความสามารถของตนเอง โดยเริ่มต้นจากการเดิน การบริหารร่างกายมือเปล่าและกิจกรรมต่าง ๆ ที่ใช้กำลังแต่เพียงเล็กน้อย แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่จะต้องระมัดระวังไม่ให้เหนื่อยล้าจนเกินไป (Brunner & Suddarth 1984 : 641)

สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York heart association) ได้กำหนดเกณฑ์ไว้เป็นแนวทางสำหรับให้แพทย์ผู้รักษาพิจารณา และให้คำแนะนำผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการทำงานหรือการมีกิจกรรมต่าง ๆ โดยจำแนกผู้ป่วยโรคหัวใจตามการรักษา (Therapeutic classification) เป็น 5 ระดับ ดังนี้ คือ (Beland & Passos 1981 : 934 - 935)

ระดับ 1 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ทำกิจกรรมได้ตามปกติโดยไม่มีข้อจำกัด ๓

ระดับ 2 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ทำกิจกรรมได้ตามปกติโดยไม่มีข้อจำกัด แต่ต้องระมัดระวังการเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก

ระดับ 3 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ทำการได้ตามปกติ แต่มีข้อจำกัดปานกลาง และต้องไม่ออกกำลังกายเหนื่อยต่อเนื่องเป็นเวลานาน

ระดับ 4 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ทำการได้ตามปกติ แต่ต้องระมัดระวังให้มาก ต้องไม่ให้เหนื่อย

ระดับ 5 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่จะต้องพักอย่างสมบูรณ์เลย หรือเก้าอี้

ผู้ป่วยหัวใจวายที่อยู่ภายใต้การควบคุม สามารถทำงานได้ แต่ต้องพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ เป็นส่วนประกอบ เช่น ประสิทธิภาพเกี่ยวกับงานนั้น ๆ สภาพอารมณ์ สถานะทางครอบครัว และความชำนาญของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งเมื่อผู้ป่วยทำงานแล้วจะต้องไม่ทำให้สิ้นเปลืองพลังงานมากเกินไป มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ต้องการจะทำงานที่เคยทำอยู่เดิม (Beland & Passos 1981 : 935) ดังนั้น จึงควรจะต้องมีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างาน และผู้ร่วมงานของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาเลือกงาน หน้าที่ และกำหนดปริมาณงานที่เหมาะสม ในรายที่ทำงานในครอบครัว เช่น ทำสวน ไร่ นา หรือ อดสาหกรรมในครอบครัว ก็จะต้องมีการปรึกษาร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว หรือบางรายอาจจะแนะนำงานพวกคิลปชีพที่ผู้ป่วยถนัด ซึ่งจะต้องศึกษาถึงแหล่งงานและศูนย์ฝึกอบรมอาชีพในท้องถิ่นหรือชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่ด้วย

6. การรับประทานอาหาร แนะนำให้ผู้ป่วยระมัดระวังไม่ให้ท้องผูก และไม่ให้เป็นถ่ายอุจจาระ จะเป็นอันตรายต่อการทำงานของหัวใจ ผู้ป่วยควรป้องกันท้องผูก โดยการรับประทานอาหารที่มีกากและอาหารที่ช่วยให้ขับถ่ายอุจจาระได้สะดวก เช่น ผัก ผลไม้ ดื่มน้ำให้เพียงพอ ดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ ดอนเช้า หลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่จะทำให้ท้องผูก เช่น ชา หรืออาหารที่ทำให้เกิดแก๊สมาก และออกกำลังกาย เคลื่อนไหวร่างกายให้พอเหมาะอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ควรฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ถ้าไม่ได้ผลควรปรึกษาแพทย์ เพื่อแพทย์จะได้ให้ยาระบายอ่อน ๆ ผู้ป่วยไม่ควรซื้อยารับประทานเอง เพราะยานั้นอาจจะมียาฤทธิ์รุนแรงเกินไป และมีผลร้ายต่อการทำงานของหัวใจ

7. เพศสัมพันธ์ ซึ่งแจ้งให้ผู้ป่วยและคู่สมรส (ถ้ามี) ทราบว่ายังคงมีเพศสัมพันธ์ได้ แต่บางรายอาจจะต้องให้คู่สมรสช่วยเหลือมากขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้หัวใจต้องทำงานหนักเกินไป คู่ของผู้ป่วยมีส่วนอย่างมากในการฟื้นฟูสภาพของหัวใจจากบทบาททางเพศสัมพันธ์ที่มีต่อกัน เขาหรือเธอสามารถให้ความอบอุ่น สร้างความมั่นใจ ในการฟื้นคืนความสามารถทางเพศของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองยังมีค่าอยู่

จากผลการศึกษาวิจัยพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจเมื่อถึงจุดสุดยอด ประมาณ 112 ครั้งต่อนาที และอัตราการเต้นก่อนและหลังจุดสุดยอด 2 นาที เท่ากับ 85 ครั้งต่อนาที เท่านั้น ซึ่งอัตราการเต้นนี้ยังต่ำกว่าอัตราการเต้นในขณะที่ผู้ป่วยทำงานเสียอีก และผลการศึกษานี้ยังพบว่าอุบัติการณ์ "ตายคาออง" มีเพียง 6 ใน 1000 เท่านั้น จำนวนนี้ ร้อยละ 77 เกิดขึ้นในระหว่างการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่แต่งงาน (สุทัศน์ บารสมบัติ และ บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล 2527 : 118) ดังนั้น การตายจากการร่วมเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจกับคู่ของตัว เองนั้นจึงเกิดขึ้นได้น้อยมาก ผู้ให้คำแนะนำสามารถที่จะให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและคู่สมรสได้ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าของตนเองและสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่าง เป็นสุขต่อไป

สำหรับในรายที่เป็นโรค เมื่อคิดจะมีคู่ความที่ผู้ที่จะเป็นคู่มารับคำแนะนำที่คลินิกโรค หัวใจด้วย เพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง บอกให้ผู้ป่วยทราบว่า สามารถมีบุตรได้แต่ถ้าเป็นผู้ป่วย หญิงจะต้องได้รับความเห็นชอบและคำแนะนำจากแพทย์ ก่อนที่จะเริ่มตั้งครรภ์ทุกครั้ง เพราะ บางรายอาจจำเป็นต้องคุมกำเนิดไว้ก่อน

8. การสังเกตอาการผิดปกติ ให้ผู้ป่วยรู้จักสังเกตอาการและอาการแสดงที่ควร จะมาพบแพทย์ ทั้งที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และที่เกิดจากภาวะหัวใจวายและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

การสอนให้ผู้ป่วยรู้จักอาการเริ่มแรกของภาวะสื่อน้ำคั่งในร่างกาย เช่น น้ำหนัก ตัวเพิ่ม รู้สึกผิวหนังตึง ขอบเท้าบวม รองเท้าหรือเสื้อผ้าคับ ไอบ่อยขึ้น อ่อนเพลีย และการทำ กิจวัตรประจำวันช้าลง ถ้าผู้ป่วยมีเครื่องชั่งน้ำหนัก และพบว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัม ใน 1 - 2 วัน ควรจะรีบมาพบแพทย์ เพราะผู้ป่วยบางรายอาจจะคิดว่าการที่น้ำหนักเพิ่มแสดงว่า สุขภาพดีขึ้น แต่น้ำหนักลดมักจะไม่ดี ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ผิด ควรจะอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ

9. การมาตรวจตามนัด แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นให้ เห็นความสำคัญว่ามีผลในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมภาวะหัวใจวายเลือดคั่งไม่ให้ลุกลามรุนแรงขึ้น และลดอาการของโรคลงให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ในรายที่สามารถแก้ไข

สาเหตุที่เป็นพื้นฐานของภาวะหัวใจวายได้ ก็จะได้รับการแก้ไขภายในระยะเวลาที่เหมาะสม การมาตรวจตามนัด จะช่วยให้สามารถติดตามความก้าวหน้าของโรคว่าเปลี่ยนแปลงไปในทางใด มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือไม่ และได้ประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยา หรือจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลอันเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษา (Tagliacozzo & Ima 1970 : 765) ผู้ป่วยที่ทราบเรื่องราวเกี่ยวกับโรคของตนเอง และแผนการรักษามากเท่าใด ก็มีโอกาสให้ความร่วมมือในการรักษามากเท่านั้น (Todd 1981 : 56) ดังนั้น ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ซึ่งมักจะเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง และจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จึงควรมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง และแนวทางการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องตามที่กล่าวมาแล้ว เพื่อให้ความร่วมมือในการรักษา และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (Orem 1980 : 35) การดูแลตนเองจะช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุขทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งในยามปกติ และเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

มโนทัศน์ ในการดูแลตนเอง เริ่มถูกนำมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยทางอายุรกรรม และศัลยกรรม ประมาณปี ค.ศ.1959 โดย โดโรธี อี. โอเรม (Dorothy E. Orem) และต่อมาได้มีผู้สนใจนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยด้านต่าง ๆ อย่างกว้างขวางจนถึงปัจจุบัน

โอรัม ได้แบ่งการดูแลตนเอง เป็น 3 ประเภท คือ (Oram 1980 : 41)

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self care) เป็นการดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน หรือเป็นการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของร่างกาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอันดี ได้แก่ การดูแลตนเองให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์ น้ำสะอาด และอาหารที่มีคุณภาพในปริมาณที่เพียงพอ มีการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย รักษาสมดุลย์ระหว่างการกระทำกิจกรรมและพักผ่อน มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมตามสมควร มีการป้องกันอันตรายต่อชีวิต และได้ทำหน้าที่และมีพัฒนาการภายในกลุ่มสังคมที่ตนสังกัดอยู่ตามศักยภาพของตน

2. การดูแลตนเองในการพัฒนาการ (Development self care) เน้นความสำคัญของกระบวนการพัฒนาการของมนุษย์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะต่าง ๆ ของชีวิต รวมทั้งเหตุการณ์ที่อาจจะมีผลกระทบในทางลบต่อกระบวนการพัฒนาการ นับตั้งแต่ระยะอยู่ในครรภ์ มารดา ระหว่างกระบวนการเกิด ระยะแรกเกิด วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และระยะตั้งครภ์ ไม่ว่าจะอยู่ในวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ การดูแลตนเองในการพัฒนาการนี้ ได้แก่ การรักษาสมดุลย์ของโครงสร้างของร่างกายและจิตใจให้เกิดภาวะที่สมบูรณ์ และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อม ที่อาจมีผลกระทบต่อพัฒนาการของมนุษย์

3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self care) เป็นการดูแลตนเองเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จิตใจ และอารมณ์

นับได้ว่ามโนทัศน์การดูแลตนเอง เป็นพื้นฐานสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ (Mullin 1980 : 177 - 190) โดยมีความเชื่อว่าบุคคลมีความต้องการที่จะดูแลตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ และหลีกเลี่ยงจากโรคภัยหรืออันตรายที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมที่พัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก และเจริญเต็มที่เมื่อถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ และความสามารถนี้จะลดลง เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือมีการสูญเสียอวัยวะของร่างกาย แต่ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก ก็สามารถดูแลตนเองได้ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วย และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ซึ่งการให้ความรู้และคำแนะนำเหล่านี้ เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สุขภาพโดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งมีโอกาสอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ตามแนวคิดของ โอรัม มีดังนี้ (Oram 1980 : 97 - 101)



1. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory system) ระบบนี้ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พยาบาลจะให้การดูแลแก่ผู้ป่วยทั้งหมดร่วมกับ ให้คำแนะนำ เช่น จนระยะเจ็บป่วยรุนแรง หรือในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ใน ไอ.ซี.ยู. (Intensive care unit)

2. ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory system) เป็นการพยาบาลที่ผู้ป่วยและพยาบาลมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการทำกิจกรรมร่วมกัน ใช้ประโยชน์ในด้านฟื้นฟูสภาพ

3. ระบบประคับประคองและให้การศึกษ (Supportive-educative system) ระบบนี้ใช้กรณีที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำ เพื่อการป้องกันความเจ็บป่วย และการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และน้ำหนักตัว การลดความเครียด และการทำกิจกรรมที่เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลทั้ง 3 ระบบ เป็นการให้ความช่วยเหลือเพื่อสนองความต้องการของบุคคลตามความเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย จากการศึกษาวิจัยในอดีต พบว่าการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยระบบประคับประคอง และให้การศึกษ มีผลทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน (วัลลา ดันตโยทัย 2526 : 83) ผู้ป่วยกลัมน้ำเนื้อหัวใจตาย (Baile & Engel 1978 : 415 - 418) และผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกข้อสะโพก (Wong & Wong 1985 : 111) ซึ่งนับเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยเหล่านี้ให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้นภายหลังจากได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง

จากการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา

สำหรับผู้ป่วยที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา เป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน และได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการ จัดเป็นผู้ป่วยเรื้อรังและอยู่ในระยะที่สามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน ซึ่งยังไม่เคยพบว่ามีผู้จัดทำการศึกษาผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษา แต่ผลการศึกษาในผู้ป่วยที่จัดว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรังตามที่กล่าวแล้ว น่าจะสรุปได้ว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลันด้วย

ความเชื่อด้านสุขภาพและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย

ความเชื่อ คือ ความนึกคิด หรือความเข้าใจของบุคคล ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจจะมี เหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (จรรยา สุวรรณทัต 2527 : 814) ความเชื่อเป็นส่วนประกอบ ภายในตัวบุคคล โดยที่บุคคลนั้น อาจจะรู้ตัวว่ามี หรือไม่รู้ตัวก็ได้และไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐาน ของความเป็นจริงเสมอไป อาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือ สมมุติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผล และความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มการ กระทำหรือพฤติกรรมของบุคคล (Rokeach 1970 : 214) ความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดเป็น ผลที่เกิดขึ้นหลังจากบุคคลได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ มาแล้ว ไม่ว่าประสบการณ์นั้นจะได้รับมา โดยทางตรงหรือทางอ้อม และยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับ ประพฤติการณ์ที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย (สุธีรา อายุวัฒน์ 2527 : 1 - 2) ดังนั้น ความเชื่อจึงมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ อนามัย แม้ว่าบุคคลจะประสบเหตุการณ์ในชีวิตเหมือนกัน เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด หรือ การเจ็บป่วย แต่การยอมรับเหตุการณ์หรือการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพจะแตกต่างกันออกไปตามความคิด ประสบการณ์และความเชื่อของบุคคล เช่น ผู้ที่เชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง และตนเองสามารถเป็นผู้ควบคุม หรือแก้ไขสถานการณ์ ได้ จะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยไปในลักษณะหนึ่งในขณะที่ผู้ที่เชื่อในโชคชะตาเคราะห์กรรม หรืออำนาจของผู้อื่น จะคิดว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากอำนาจภายนอก และตนเองไม่สามารถควบคุม หรือแก้ไขสถานการณ์นั้นได้จะมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยเป็นอีกลักษณะ หนึ่ง ซึ่งแตกต่างกันไปตามความเชื่อ (กรรณิการ์ กันธะรักษา 2527 : 17)

ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ อนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา (Phipps, Long & Woods 1983 : 127) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น บุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ หลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความ

รุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ และค่านิยม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526 : 30) และจากการศึกษาของ จรรยา เศรษฐบุตร (2529 : 8 - 26) เกี่ยวกับ "แนวความคิดและทฤษฎีทางมานุษยวิทยาการแพทย์ : ความต่อเนื่องและการเปลี่ยนแปลงในรอบ 50 ปี" ได้สรุปแนวความคิดของผู้สันตติกรรมหลายท่าน เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยไว้ว่าสังคมมนุษย์ทุกสังคมได้พัฒนาระบบความเชื่อ ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุและผลของการเกิดโรคทั้งนี้ระบบความเชื่อ ความรู้ และความเข้าใจเหล่านี้ย่อมเป็นไปตามพื้นฐาน ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ ในแนวความคิดเหล่านี้ต่างก็มีความเข้าใจร่วมกันอยู่ 3 ประการ คือ 1) การเกิดโรคเป็นของธรรมดาสามัญ ที่สามารถเกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกรูปทุกนาม 2) เมื่อเกิดโรคขึ้นมาแล้วมนุษย์ก็ต้องหาทางรักษา เพราะฉะนั้น สังคมมนุษย์ทุกสังคมจึงมีการพัฒนาทางด้านการรักษาพยาบาล รวมทั้งกำหนดด้วยว่าผู้ใดที่จะหาการรักษาได้และมีบทบาทประการใดบ้างในการที่จะกำจัดและรักษาโรค และ 3) นอกจากจะมีการพัฒนาทางด้านการรักษาแล้ว สังคมมนุษย์ทุกสังคมย่อมต้องคิดค้นหาสาเหตุ และความเข้าใจในกระบวนการเกิดโรค เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันรักษาตน รวมทั้งเป็นแนวทางในการรักษาพยาบาลด้วยอีกประการหนึ่ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ได้พัฒนาต่อมาเป็นความเชื่อ หรือการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และการเจ็บป่วยในสังคมนั้น ๆ

ในแต่ละสังคม แต่ละวัฒนธรรมมีแนวความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง เช่น ในสังคมบางแห่งทางภาคเหนือ และภาคอีสาน มีจำนวนผู้ป่วยเป็นโรคคอตีบสูง แต่บุคคลเหล่านี้ก็ยังถือว่าเป็นผู้ที่มภาวะสุขภาพอนามัยดีอยู่นานตราบเท่าที่เขายังปฏิบัติภารกิจของเขาได้ตามปกติหรือยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมสังคม ได้ตามปกติ ในทางตรงกันข้ามอีกสังคมหนึ่ง เช่น กรุงเทพฯผู้ที่เป็โรคคอตีบอาจต้องรับหาทางรักษา เช่น ผ่าตัดออก เพื่อตนจะได้อยู่ในภาวะปกติไม่แตกต่างจากผู้อื่น เป็นต้น (เบญจา ยอดดำนัน และ กฤตยา อาชวนิจกุล 2529 : 32)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อความเชื่อหรือการรับรู้ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลด้วย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

การพัฒนาเกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเริ่มทำอย่างจริงจัง ตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 1950 ทั้งนี้เนื่องมาจากความร่วมมือของประชาชนทางด้านการสาธารณสุขในการป้องกันปัญหาสุขภาพลดลง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานด้านนี้จึงพยายามศึกษาสาเหตุ และหาแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ประชาชนให้ความร่วมมือเพิ่มขึ้นในการป้องกัน การสืบค้นและการรักษาโรค (Mikhail 1981 : 65 ; Rosenstock 1974 : 1)

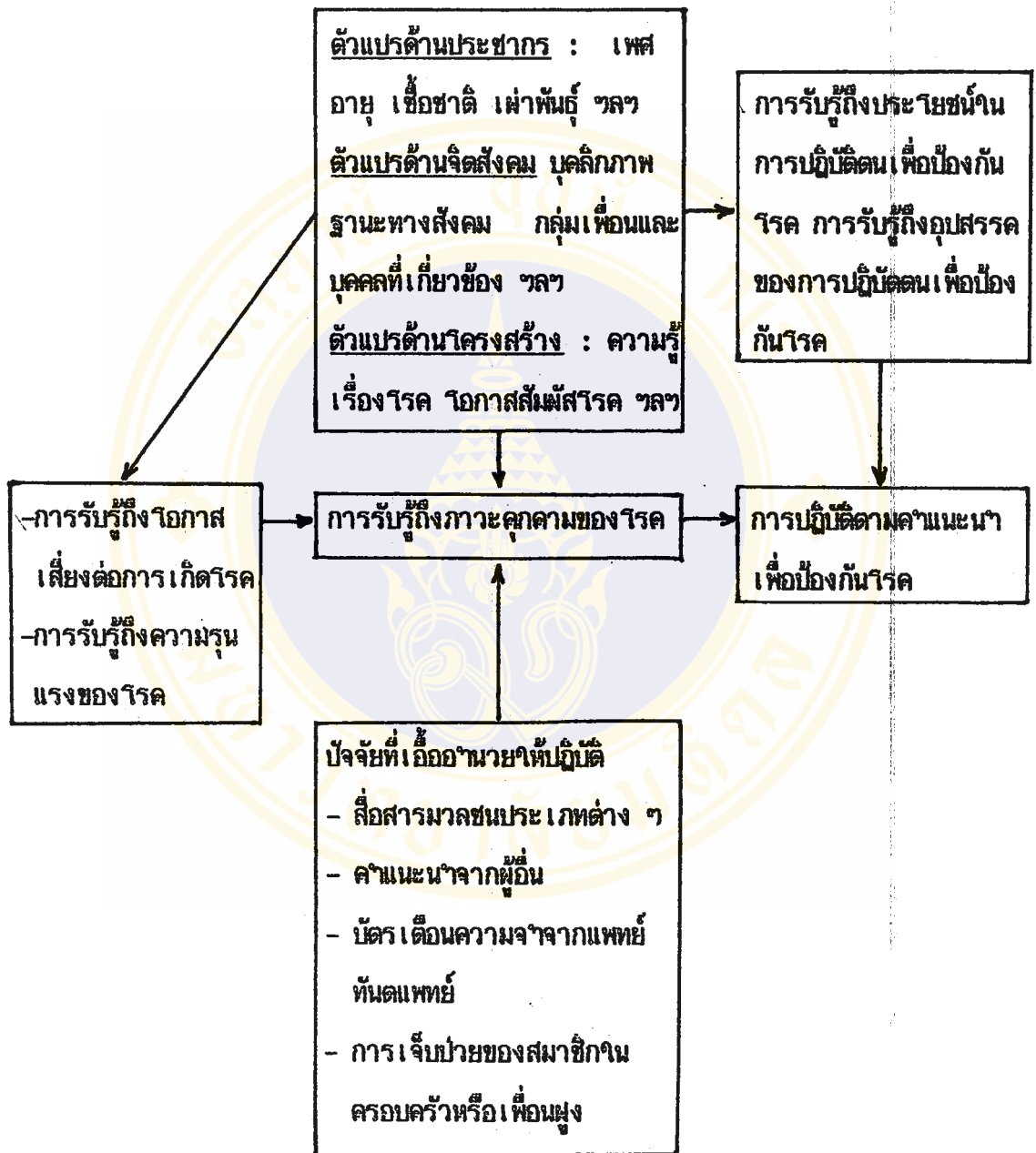
นักวิชาการ และนักวิจัยหลายท่าน ได้สร้างและเสนอแบบแผนมโนทัศน์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพไว้ต่าง ๆ กัน ทั้งนี้เพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล แบบแผนที่ได้รับการยอมรับ และถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย เรียกว่า "แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ" (Health Belief Model) องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนนี้อาศัยตัวแปรทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึงพฤติกรรม และการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง หรือภาวะที่ไม่แน่ใจ พฤติกรรมอนามัยของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับการที่บุคคลมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับ และผลที่ได้จากการกระทำของตน (Becker & Maiman 1975 : 11) และการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยเป็นแบบใดนั้นจะต้องขึ้นอยู่กับสิ่งต่อไปนี้ คือ 1) แรงจูงใจให้หลีกเลี่ยงจากความเจ็บป่วย หรือวิธีการที่จะทำให้สบายใจขึ้น 2) ความต้องการมีสุขภาพดี และ 3) ความเชื่อว่าพฤติกรรมอนามัยนั้น ๆ จะป้องกันความเจ็บป่วย หรือรักษาโรคได้ (Becker, et al. 1977 : 349) ซึ่งความเชื่อของบุคคลนั้นจะเกิดขึ้นได้ย่อมต้องอาศัยเวลา และความเชื่อจะเป็นไปในทางใดอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ลักษณะของสังคม วัฒนธรรม ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษาพยาบาล เป็นต้น โดยที่ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ (Perception) และพัฒนาไปเป็นความเชื่ออันที่สุด

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก มีประโยชน์เพียงเพื่อชี้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคเท่านั้น ซึ่งสร้างขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีแรงจูงใจของเลวิน (Lewin's motivation theory) ซึ่งมีสมมุติฐานว่าบุคคลโดยทั่วไปมักจะแสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรค หรือการตรวจร่างกายประจำปี ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพหรือไม่มีความ

รู้เกี่ยวกับโรคนั้น นอกจากจะรับรู้ว่าคุณอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า แรงจูงใจ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะทำให้บุคคลเห็น ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพ และจะไม่รู้สึกยุ่งยากในการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ (Becker & Maiman 1975 : 12) และจากการศึกษาของโรเซนสต็อก (Rosenstock 1974 : 2-3) พบว่าแบบแผนด้านความเชื่อด้านสุขภาพนี้ พัฒนามาจากแนวคิดของเลวิน (Lewin) ที่ว่ามนุษย์อยู่ในห้วงจักรวาล (life span) ซึ่งประกอบด้วยบริเวณที่เป็นบวก บริเวณที่เป็นลบ และบริเวณที่เป็นกลาง ส่วน "โรค" สามารถอยู่ได้เฉพาะบริเวณที่เป็นลบ เท่านั้น ดังนั้น จึงต้องพยายามผลักดันมนุษย์ให้หนีไปจากบริเวณที่เป็นลบ อีกทั้งกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคลยังเกิดจากแรงดึงดูดของบริเวณที่เป็นบวก และแรงผลักดันของบริเวณที่เป็นลบด้วย จากแนวคิดนี้เองที่เป็นจุดเริ่มต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวคือ บุคคลที่จะปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค จะต้องมีความเชื่อว่า 1) ตนเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบกระเทือนต่อชีวิต และ 3) การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือในกรณีที่เกิดโรคขึ้นแล้วก็ช่วยลดความรุนแรงของโรคลงได้ และในการปฏิบัตินั้นจะต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบาก และอุปสรรคต่าง ๆ เป็นต้น

นอกจากนี้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก เพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคนั้น ยังประกอบด้วย ตัวแปรต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยเอื้ออำนวยให้บุคคลปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและตัวแปรทางด้านประชากร ซึ่งลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อฯ ดังกล่าว มีส่วนประกอบสำคัญ ดังที่แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 2 (Rosenstock 1974 : 5)

การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วม การแสดงออก
 (Individual perceptions) (Modifying factors) (Likelihood of action)



แผนภูมิที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพ
 (Rosenstock 1974 : 7)

จากแบบแผนความเชื่อฯ นี้ จะเห็นได้ว่า การที่บุคคลจะเกิดการรับรู้ หรือความเชื่อ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพนั้น จะต้องมียอดประกอบต่อไปนี้คือ (Maiman & Becker 1974 : 21-22)

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) หมายถึงความพร้อมทางด้านจิตใจหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติ ซึ่งสิ่งที่จะเป็นตัวกำหนดหรือตัดสินได้ว่าเกิดความพร้อมแล้ว ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น

2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The individual's evaluation of the advocated health action) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ โดยบุคคลจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของการปฏิบัติและผลที่คาดว่าจะได้รับว่ามีมากน้อยเพียงใด มีการคิดเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้กับอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่ายต่างๆ การเสียเวลา หน้าที่การงาน เป็นต้น

3. ปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ปฏิบัติ (Cue to action) หมายถึง สิ่งชักนำ โอกาส หรือหนทางที่จะช่วยอำนวยความสะดวก อาจเป็นสิ่งที่ชักนำภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น อาการเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้น หรืออาจเป็นสิ่งที่ชักนำภายนอก เช่น ข้อมูลความรู้ที่ได้รับจากสื่อสารมวลชนประเภทต่าง ๆ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น

ภายหลังจากที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพ ตามแนวคิดของเลวินได้ถูกนำมาเสนอและใช้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว ต่อมาได้มีนักวิชาการและนักวิจัยอีกหลายท่านเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยอาศัยทฤษฎีในการตัดสินใจเลือกการกระทำ (Mikhail 1981 : 66-69 ; Maiman & Becker 1974 : 9-25) ซึ่งใช้ตัวแปรด้านจิตวิทยาและมีสมมติฐานคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยอาศัย 2 ตัวแปรใหญ่ ๆ คือ 1) ค่านิยมของบุคคลที่มีต่อเป้าหมายในการปฏิบัติ และ 2) การคาดคะเนของบุคคลถึงผลของการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายนั้น (Maiman & Becker 1974:25)

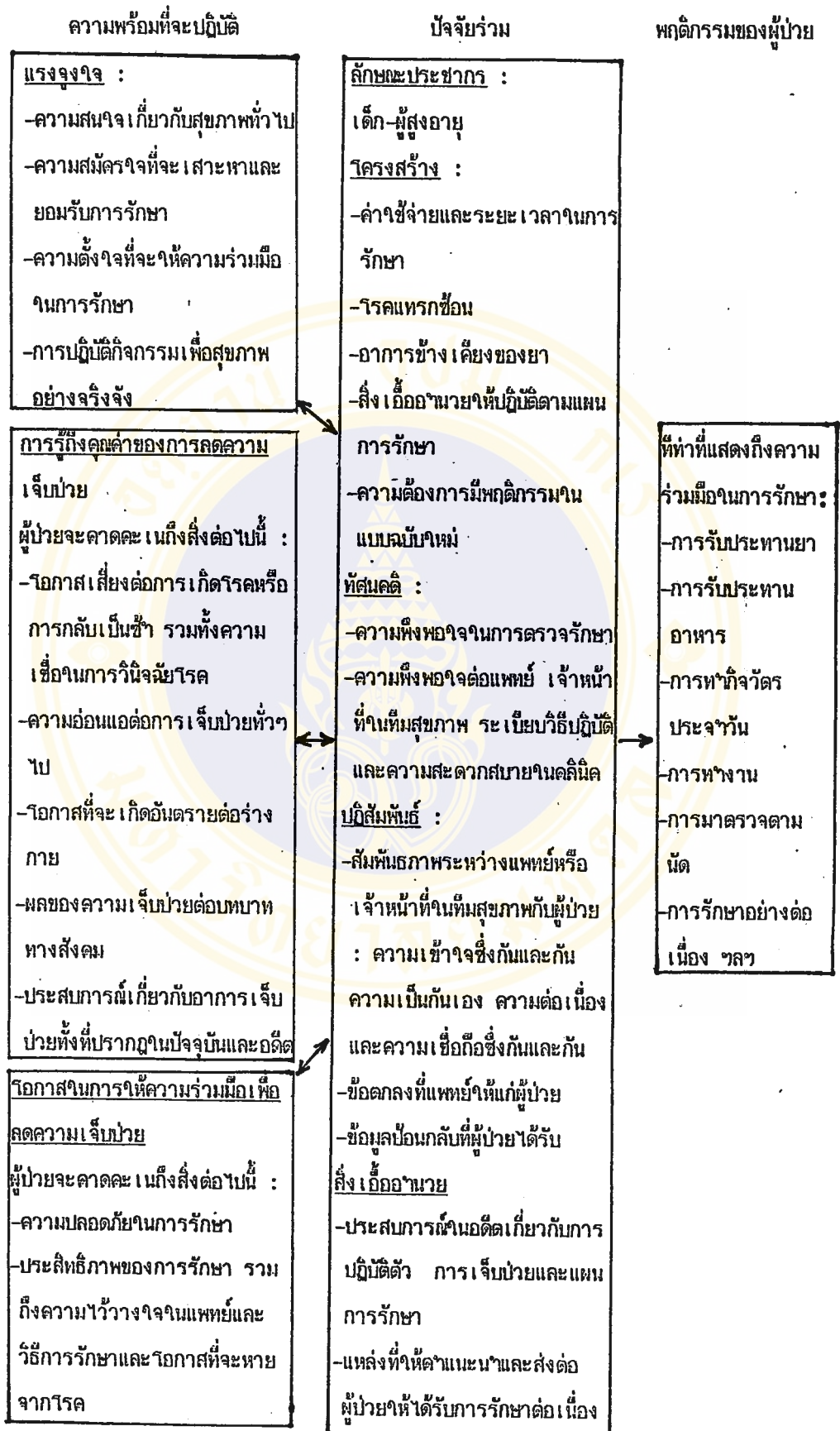
นอกจากนี้คาสลและคอบบ์ (Kasl & Cobb 1966 : 246) ยังได้ประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วย โดยแบ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การกระทำที่กิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น การปรึกษาญาติพี่น้อง เพื่อน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึง กิจกรรมของบุคคลที่เกิดการเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้มีอาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

สำหรับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยจะนำมาใช้เป็นส่วนประกอบในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเบคเคอร์ได้ปรับปรุงขึ้นใหม่ โดยมีองค์ประกอบต่าง ๆ ดังแผนภูมิที่ 3 (Becker 1974 : 88-89) จากแผนภูมินี้จะเห็นว่าตัวแปรที่แสดงถึง "ความพร้อมที่จะปฏิบัติ" ได้แก่ 1) แรงจูงใจ 2) การรับรู้คุณค่าของการลดความเจ็บป่วยซึ่งอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ตัวแปรคือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และ 3) การให้ความร่วมมือเพื่อลดความเจ็บป่วย เป็นตัวแปรที่เกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา ส่วนตัวแปรที่เป็น "ปัจจัยร่วม" นั้นได้แก่ ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยทัศนคติของผู้ป่วยต่อแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ และสิ่งอื่นอีกต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติ



แผนภูมิที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย

ในการให้ความร่วมมือในการรักษา (Becker 1974 : 89)

ดังนั้น จากแบบแผนความเชื่อดังกล่าว จึงอาจแบ่งตัวแปรต่าง ๆ ออกได้เป็น 5 กลุ่มดังต่อไปนี้คือ

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived susceptibility)
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity)
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและความสิ้นเปลืองหรืออุปสรรคต่าง ๆ (Perceived benefits and cost)
4. แรงจูงใจ (Motivation)
5. ปัจจัยร่วมและสิ่งที่เอื้ออำนวย (Modifying and Enabling factors)

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived susceptibility)

พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างแน่นอนแล้ว จะสามารถวัดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยได้ 3 ด้าน คือ (Becker 1974 :83)

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค ในรายที่มีอาการหนักมาก ในรายที่ไม่ไว้วางใจแพทย์หรือวิธีการวินิจฉัยโรค หรือในรายที่มีความเชื่อผิด ๆ ในด้านสุขภาพอาจจะไม่ยอมรับในการวินิจฉัยนั้น และทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของตนต่อความเจ็บป่วยนั้นบิดเบือนไป

1.2 การคาดคะเนของผู้ป่วยต่อการเกิดความรุนแรงของโรคซ้ำ หรือการกลับเป็นซ้ำ ในรายที่เคยมีอาการมาก่อน

1.3 ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ หรือการเจ็บป่วยด้วยภาวะอื่น ๆ

จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันปัญหาทางสุขภาพของนักวิจัยหลายท่าน พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ อย่างเช่น การศึกษาของไฮน์เซลมานน์ (Heinzelmann) ในปี ค.ศ.1966 พบว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาเพนนิซิลินเพื่อป้องกันอันตรายของโรค ในกลุ่มนักเรียนที่มีประวัติไข้รูมาติก มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอลลิงและคณะ (Elling, et.al.) ที่พบว่า ความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้รูมาติกซ้ำในบุตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการให้ยาเพนนิซิลินและการพาบุตรมาตรวจตามนัด (Cited in

Becker 1974 : 83) เบคเคอร์และคณะ (Becker, et.al. 1977 : 348-368) พบว่า การรับรู้ของมารดาที่ว่าบุตรของตนมีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่ายเมื่อมีน้ำหนักเกิน จะมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการควบคุมอาหารและการนำบุตรมาตรวจตามนัด เทอร์เรลและฮาร์ท (Tirrell & Hart 1980 : 490) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการเดินออกกกำลังกาย ฮาลาล (Hallal 1982 : 140) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ และการศึกษาในประเทศไทย นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 81) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ในทางตรงกันข้าม สุภาพ งามแก้ว (2528 : ค) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ได้ มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคได้ ซึ่งมีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่า และการศึกษาของกอร์ดิสและคณะ (Gordis, et al. 1969 : 957-968) พบว่ามารดาที่เชื่อว่าบุตรของตนมีโอกาสเป็นไข้รูมาติกได้อีก มีอัตราการรักษาความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่าพวกที่ไม่เชื่อว่าบุตรของตนจะมีโอกาสเป็นไข้รูมาติกได้อีก

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

งานแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ได้รับการยอมรับ ยืนยันว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยแล้วก็ตาม ก็ยังไม่เป็นการเพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมร่วมมือในการรักษา บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคมของเขาด้วย จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้พฤติกรรมร่วมมือในการรักษาเกิดขึ้น (Becker 1974 : 84) ซึ่งจากการศึกษารวบรวมผลงานการวิจัยของนักวิจัยหลาย ๆ ท่าน โดย มิคเฮล (Mikhail 1981 : 69) พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (HRB =health-related behavior) เช่นการศึกษาเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการมารับภูมิคุ้มกันโรค (Cummings, et al. 1979 : 639-649 ; Rundall & Wheeler 1979: 191-200) มิคเฮลได้กล่าวถึงการศึกษาของเคเกเลส (Kegeles) ในปี ค.ศ. 1963 และการศึกษาของแทชและคณะ (Tash, et al.) ในปี ค.ศ. 1969 ที่พบว่า การรับรู้ถึงความ

รุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมาตรวจเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพฟัน (Cite in Mikhail 1981 : 69) ไฮน์เซลมานน์ (Heinzelmann 1962 : 73-81) สรุปได้ว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่ายูรีนามีความรุนแรงจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพนนิซิลลินเพื่อป้องกันโรคมากขึ้น ชาร์นีย์ และคณะ (Charney, et al. 1967 : 188-195) รายงานว่ามารดาที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคให้ความร่วมมือในการให้ยาบุตรดี นอกจากนี้เนลสันและคณะ (Nelson, et al. 1978 : 903) ยังเสนอผลการศึกษาไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงจะให้ความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง จะเห็นได้ว่ารายงานการศึกษาวัยัยที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดมีความสอดคล้องกัน ซึ่งสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการรักษาจะเป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่มีผลกระทบต่อร่างกายและบทบาททางสังคมของตน

สำหรับการศึกษาที่ไม่ค่อยสอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวมาแล้วก็มีอยู่บ้าง เช่นการศึกษาของ สุภาพ จวบแก้ว (2528 : ค) พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ นิตยาภาสุนันท์ (2529 : 81) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งผู้วิจัยได้เสนอความคิดเห็นไว้ว่าที่ผลเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่มีอาการรุนแรง และการศึกษาของ แอนดรีโอลี (Andreoli 1981:327) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งในด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของการรักษา ซึ่งผู้วิจัยได้เสนอข้อมูลไว้ว่า อาจมีปัจจัยทางด้านจิตใจบางประการที่มีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย ดังคำกล่าวของ เฮลเลนแบรนต์ (Hellenbrand 1983 : 220) ที่ว่า การทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติ ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและแนะนำวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย หรือลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้แล้วยังไม่ทราบวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะทำให้เกิดกลไกการป้องกัน เช่น มีพฤติกรรมปฏิเสธ หรือไม่ยอมรับมากกว่าจะให้ความร่วมมือในการรักษา

กล่าวโดยสรุป การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วย เป็นส่วนหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ ส่วนงานกรณีที่ได้ผลในทางลบ

จะต้องพิจารณาตัวแปรทางด้านอื่น เช่น ประสพการณ์เดิม และพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยาของผู้ป่วย ระดับความกลัวและความวิตกกังวลที่สูงเกินไป ซึ่งอาจมีสาเหตุต่าง ๆ กัน

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและความสิ้นเปลืองหรืออุปสรรคต่าง ๆ

(Perceived benefits and costs)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ประชาชนจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำถ้าเขามีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นจะมีประสิทธิภาพในการป้องกัน การสืบค้น หรือการรักษาโรค ดังนั้น การรับรู้ถึงประโยชน์หรือประสิทธิภาพของการรักษา จึงนำไปสู่พฤติกรรมที่จะช่วยลดภาวะคุกคามจากโรคได้ (Milhail 1981 : 81) ตัวอย่างของการศึกษาด้านนี้ ได้แก่การศึกษาของเทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrell & Hart 1980 : 492) พบว่า การรับรู้ถึงประสิทธิผลของการออกกำลังกายตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮาลลาล (Hallal 1982 : 140) ที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 82) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่รับรู้ว่าการรักษาเป็นสิ่งมีประโยชน์ จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี อย่างไรก็ตาม มีบางรายงานที่ได้ผลลบทางลบ เช่น การศึกษาของชูลูเอเตอร์ (Schulrueter 1982 : 361) พบว่า ผู้ที่เชื่อว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นสิ่งมีประโยชน์ ปฏิบัติตามความเชื่อเพียงร้อยละ 37.5 พางพยอม การกัญญ (2526 : 116) รายงานว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยเบาหวาน และการศึกษาของ สุภาพ จินแก้ว (2528 : 108) ก็พบว่า การรับรู้ในด้านนี้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเช่นกัน

การรับรู้เกี่ยวกับความสิ้นเปลืองหรืออุปสรรคต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งจะมีการสะสมเพิ่มพูนขึ้นได้เรื่อย ๆ จากการรวบรวมรายงานวิจัยต่าง ๆ โดยมิลเชล (1981 : 70) สรุปได้ว่า การลงทุนในด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยมีน้อย และถ้าผู้ป่วยหรือบุคคลต้องประสบกับความยากลำบาก ความไม่สะดวก หรือไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกก็ไม่ค่อยปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม ความไม่ร่วมมือในการรักษาพบได้เสมอในรายที่

ยังไม่ค่อยแน่ใจถึงผลดีของข้อกำหนดในการปฏิบัติตัว หรือในรายที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาหรือการรักษาบางอย่าง และในรายที่ได้รับแผนการรักษาพยาบาลที่ยุ่งยากและใช้เวลานาน สรุปได้ว่าการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ตัวอย่างการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ด้านนี้ เช่น คลิงเกอร์ (Klinger 1984 : 32-37) พบว่า การปฏิบัติตัวที่ต้องใช้เวลานาน ความไม่สะดวกที่จะปฏิบัติ ความไม่สุขสบายจากโรคหรือความเจ็บป่วย การหลงลืมหรือการได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษา เทอร์เรลและฮาร์ท (Tirrell & Hart 1980 : 490) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการออกกำลังกาย และ นิตยา ภาสกรณ์ (2529 : 82) พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อยจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี เป็นต้น /

4. แรงจูงใจ (Motivation)

แรงจูงใจนี้ ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) ซึ่งหมายถึงความแตกต่างของอารมณ์ หรือความรู้สึกนึกคิดที่ถูกกระตุ้น โดยสิ่งเร้าทางด้านสุขภาพอนามัยที่ต่างกัน สิ่งเร้านี้อาจจะเป็นความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความตั้งใจที่จะยอมรับคำแนะนำและร่วมมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ความสมัครใจที่จะเสาะหาและยอมรับการรักษาตามแผน หรือในบางรายอาจเกิดจากความกลัวกลุ่มกังวลใจ (Mikhail 1981 : 70) เป็นต้น ในกรณีที่บุคคลมีความต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแรงจูงใจด้านสุขภาพจะมีส่วนผลักดันร่วมกับปัจจัยด้านการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจนี้มักจะวัดออกมาในรูปของความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป และความตั้งใจหรือความต้องการที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาของ ไฮน์เซลมานน์ และแบ็กเคย์ (Heinzelmann & Bagley 1970 : 906) พบว่า เหตุผลของผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้าร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกาย คือ ต้องการมีสุขภาพแข็งแรง ต้องการป้องกันการเกิดโรค ต้องการใช้เป็นเครื่องหย่อนใจและให้ความสนุกสนานด้วย โรเซนสตัด (1975 : 402-403) พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางพันธุกรรมแก่ประชาชน เป็นแรงจูงใจให้บุคคลสนใจเข้าร่วมในโปรแกรมการตรวจหาความผิดปกติของโรคนี้ เบคเคอร์และคณะ (1977 : 353) พบว่า มารดาที่สนใจในสุขภาพของบุตร ให้ความร่วมมือในการควบคุมน้ำหนักของบุตรและการนำบุตรมาตรวจตามนัด พวงพยอม

การทบทวน (2526 : 110) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพทำให้ความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แต่ผลการศึกษาวิจัยที่ไม่ค่อยสอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวแล้วได้แก่การศึกษาของ มิลเลอร์และคณะ (Miller, et al. 1984 :270) ที่รายงานไว้ว่าความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะอยู่โรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับการงดสูบบุหรี่ การรับประทานยา และการลดความเครียด

ตัวแปรในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบลเคอร์ที่กล่าวมาแล้วเป็นตัวแปรที่สำคัญซึ่งจะมีผลต่อโรคหรือภาวะความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับ สิ่งเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจว่าผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้มากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องและอาจมีผลต่อพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาได้ ดังจะกล่าวถึงในหัวข้อต่อไป

5. ปัจจัยร่วมและสิ่งเอื้ออำนวย (Modifying and Enabling factors)

5.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ (Patient-Practitioner Relationship)

จากการศึกษาวิจัยพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ดังเช่น การศึกษาของเดวิส (Davis 1968 : 274-285) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ เช่น ความตั้งใจดีในขณะสนทนาขาดความเป็นกันเอง ไม่มีการโอนอ่อนผ่อนตามในข้อตกลงต่าง ๆ หรือการชักถามผู้ป่วยเป็นเวลานานโดยไม่มีการบอกให้ผู้ป่วยเข้าใจ เหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับข้อคิดเห็นของ สุธีรา ยุ่นตระกูล (2529 :47-48) ที่ว่าผู้ป่วยและแพทย์ที่มีสัมพันธภาพห่างเหินกันมากทางสังคม จะมีการสื่อสารกันไม่ได้ดี พูดกันไม่เข้าใจ มีความสนใจและความต้องการกันคนละอย่าง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกลดคุณค่าของความเป็นคนลง ไป และเป็นผลให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาน้อยลง ส่วนเบลเคอร์และคณะ (1974 : 210) พบว่าความพอใจในแพทย์ผู้รักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

5.2 ความต่อเนื่องในการตรวจรักษาจากแพทย์คนเดิม (Physician continuity)

พบว่าปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์อย่างมากต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ดังการศึกษาของ ชาร์นีย์และคณะ (1967 : 188-195) และการศึกษาของเบลเคอร์และคณะ

(1974 : 212) ที่ได้ผลงานทางนองเดียวกันว่า มารดาจะให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ถ้าบุตรได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องจากแพทย์คนเดิม

5.3 ตัวแปรทางด้านสังคม (Social Variables)

ปัจจัยทางสังคม เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวและ เพื่อนที่ใกล้ชิดจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เบคเคอร์และไมแมน (1975 : 19) ได้อ้างถึงการศึกษาของแลมเบิร์ต (Lambert) ที่ชี้ให้เห็นว่า สมาชิกในครอบครัวและเพื่อน เป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลไปตรวจสุขภาพเป็นประจำ นอกจากนี้ยังพบในรายงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม ว่า เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาคุ่มกันวิรด (Cray, et al. 1966 : 2028-2032) และการรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านจิตอาจนแผนกผู้ป่วยนอก (Willcox 1965 : 790-792) สำหรับคูสมรส คลิงเกอร์ (1984 : 33) พบว่า มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการรักษา เช่นเดียวกับรายงานของไฮน์เชลมานและแบ็กเลย์ (1970 : 907) ที่พบว่า คูสมรสมีส่วนช่วยสนับสนุนผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจให้เข้าร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกาย

5.4 ตัวแปรทางด้านประชากรและปัจจัยส่วนบุคคล

ตัวแปรทางด้านนี้มีมากมาย เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ ลักษณะอาชีพ และระยะเวลาในการรักษา เป็นต้น ซึ่งต่างก็มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาในลักษณะต่าง ๆ กัน

อายุ : ความไม่ร่วมมือในการรักษาและการรับประทานยาที่ไม่เป็นไปตามแผนการรักษา มักจะพบได้ในผู้ป่วยที่มีอายุมาก ๆ และอายุน้อย ๆ (Becker 1974 : 88) จะเห็นได้จากการศึกษาของแบล็คเวลล์ (Blackwell 1973 : 249) ที่พบว่า ผู้ป่วยอายุน้อยส่วนมากจะปฏิเสธการรับประทานยาที่มีรสไม่ดี เช่น ยาที่มีรสขม และผู้ป่วยสูงอายุมักจะหลงลืมหรือไม่สนใจตนเอง ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้ขาดความร่วมมือในการรักษาได้บ่อยครั้ง

เพศ : การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าเพศก็อาจมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา เช่นการศึกษาของค็อคเคอร์แฮม (Cockerham 1982 : 70) เรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า เพศหญิงไปรับการตรวจรักษามากกว่าเพศชาย ส่วนดิกสัน (Dixon) (Cited in Davis 1968 : 274) พบว่าเพศหญิงมักจะไม่นำให้ความร่วมมือในการรักษา

สถานภาพสมรส : การศึกษาของบราวน์และแม็ค ครีดี้ (Brown & Mc Creedy 1986 : 317) พบว่า ผู้สูงอายุชายที่มีสถานภาพการสมรสคู่และผู้สูงอายุหญิงที่เป็นโสดจะมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยดีกว่าผู้สูงอายุชายที่เป็นโสดและผู้สูงอายุหญิงที่มีสถานภาพการสมรสคู่

ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ : จากการรวบรวมรายงานการศึกษาวิจัยของเดวิส (Davis) ได้อ้างถึงรายงานการศึกษาของคอบบ์และคณะ (Cobb et al.) ที่พบว่าผู้สูงอายุและมีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำมักจะ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา กับการศึกษาของเบตส์และเอเรียล (Bates and Ariel) ที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยมักจะ ไม่ร่วมมือในการรักษา (Cited in Davis 1968 : 274-275) นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการศึกษา กับฐานะทางด้านเศรษฐกิจนั้น มีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือผู้ที่มียารายได้น้อยมักจะมี การศึกษาระดับต่ำ และไม่ค่อยเอาใจใส่ต่อสุขภาพ ซึ่งจะตรงกันข้ามกับผู้มีรายได้น้อย และได้รับการ ศึกษาสูง ซึ่งคือเคอร์แฮม ได้อ้างถึงการศึกษาของดัตตัน (Dutton) ที่พบว่า ผู้ที่มีรายได้น้อย จะมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยน้อย เพราะเขาสามารถทน (Tolerate) ต่อ ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีได้ และเมื่อรายได้น้อยความเชื่อในการป้องกันโรคหรือโอกาสที่จะได้รับ ความรู้จากเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพจะน้อยด้วย (Cited in Cockerham 1982 : 88-89)

ลักษณะอาชีพ : การศึกษาของจาร์วธัม ชันดีสุวธัม (2528 : ค) พบ ว่าลักษณะอาชีพ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา โดยผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพซึ่งมีที่อยู่ แนนอนและไม่ต้องไปต่างจังหวัดจะให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ที่มียลักษณะอาชีพที่ต้องเดิน ทางไปต่างจังหวัด

ระยะเวลาในการรักษา : นักวิจัยหลายท่านพบว่าระยะเวลาในการรักษา และระยะเวลาที่เป็นโรค มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษา เช่น จาร์วธัม ชันดีสุวธัม (2528 : ค) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีระยะเวลาการรักษานาน จะให้ความร่วมมือในการรักษาไม่ดี และการศึกษาของ ลุนทซ์ และออสติน (Luntz and Austin อ้างถึงในจาร์วธัม ชันดีสุวธัม 2528 : 96) พบว่า จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ให้ ความร่วมมือจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการรักษา เป็นต้น

จากการศึกษาที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยมีอิทธิพลโดยตรง ต่อความร่วมมือในการรักษา สำหรับผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งนั้น ไม่พบว่ามีผู้ใดหาการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษามาก่อน แต่จากผลของ

การศึกษานผู้ป่วยโรคต่าง ๆ เกี่ยวกับเรื่องนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งย่อมจะมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยเช่นกัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นโดยอาศัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเคอร์ ตามแผนภูมิที่ 3 แต่แบ่งตัวแปรเพิ่มขึ้นอีก 1 กลุ่ม รวมเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งซ้ำ 2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการดูแลตนเอง 4) การรับรู้ถึงอุปสรรคต่าง ๆ 5) ปัจจัยร่วม และ 6) แรงจูงใจสำหรับข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยได้แยกศึกษาอีกส่วนหนึ่ง

ความร่วมมือในการรักษา

ดังที่ได้กล่าวแล้วว่าภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยทางโรคหัวใจที่สำคัญที่สุด ถึงแม้ว่าทางการแพทย์จะมีการคิดค้นวิธีการรักษาด้วยยาชนิดใหม่อยู่เสมอ การพยากรณ์โรคก็ยังไม่ดีขึ้น ดังนั้น การควบคุมอาการของโรคไม่ให้เลวลง หรือลดความรุนแรงจึงขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยการปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกายและการทำงาน การหลีกเลี่ยงจากสิ่งเสียดสีให้โทษต่อหัวใจ การป้องกันโรคติดเชื้อ การขับถ่ายอุจจาระ การมีเพศสัมพันธ์ การสังเกตสิ่งผิดปกติและการมาตรวจตามนัด

ความร่วมมือในการรักษานั้น ดราคูปและมีลิส (Dracup & Meleis 1982 : 31) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษาด้วยความเต็มใจ และเห็นผล (Cited in Klinger 1984 : 32) ได้จำแนกรายละเอียดของความร่วมมือในการรักษาไว้ว่า เป็นพฤติกรรมของบุคคลในเรื่อง การรับประทานยา การรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำรงชีวิต

ดังนั้น ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง จึงหมายถึงการที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยความเต็มใจ ซึ่งการปฏิบัตินั้นจะต้องถูกต้องในเรื่องของการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการทำงาน การหลีกเลี่ยงจากสิ่งเสียดสีให้โทษต่อหัวใจ การป้องกันโรคติดเชื้อ การขับถ่ายอุจจาระ การมีเพศสัมพันธ์ การสังเกตสิ่งผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด

การประเมินความร่วมมือในการรักษา อาจกระทำได้ 2 วิธีใหญ่ ๆ คือ (Kochar & Daniels 1978 : 110)

1. การประเมินทางตรง อาศัยหลักทางชีววิทยา เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การวัดระดับสารที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ และสารที่เกิดจากการสันดาป
2. การประเมินทางอ้อม อาศัยเครื่องมือประเมินความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยแต่ละคนสร้างขึ้น อาจเป็นแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ และการประเมินโดยแพทย์ผู้รักษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย พอสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย และแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติ

มีงานวิจัยมากมายที่ศึกษาถึงปัจจัยทางด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่าง ๆ พบว่ามีความสัมพันธ์กันเป็นอย่างดี การทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ให้การรักษาพยาบาลทราบถึงปัญหาในการไม่ให้ความร่วมมือของผู้ป่วย และสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาได้มากขึ้น

2. ปัจจัยทางด้านประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สภาพครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อม

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษานั้น พบว่า ได้ผลแตกต่างกันออกไป แต่ในเรื่องอายุ พบว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษามากที่สุดคือ ผู้ป่วยวัยเด็กและผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความไม่เข้าใจในแผนการรักษา ความหลงลืมที่เกิดขึ้นตามวัย หรือความไม่เอาใจใส่ต่อสุขภาพ

สภาพครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อม ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่น ญาติพี่น้อง สามี หรือ ภรรยา บุตร-ธิดา เพื่อนฝูง หรือผู้ใกล้ชิดที่ทำให้การดูแลผู้ป่วย ต้องมีส่วนรับรู้ เข้าใจและตระหนักในความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยอย่างดี นอกจากนี้ระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยและสถานบริการรักษาพยาบาลก็มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

3. แผนการรักษา

ระยะเวลาของการรักษาที่ยาวนาน จำนวนชนิดของยาที่ได้รับประทานและจำนวนครั้งที่มากของการรับประทานในแต่ละวัน ทำให้สับสนได้ง่าย วิธีการรักษาและวิธีการปฏิบัติตนที่มีผลกระทบต่อความดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมที่เป็นนิสัยของผู้ป่วย ย่อมจะทำให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยลดลงได้

4. ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในทีมสุขภาพ ย่อมจะสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา

5. ความรู้ด้านสุขภาพ

การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ได้ผลที่คล้ายคลึงสอดคล้องกัน ว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษา และโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความรู้นั้นตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย จะยิ่งทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษามากยิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่า การให้ความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านตัวผู้ป่วยเอง ปัจจัยทางด้านสังคมและสภาพแวดล้อม และปัจจัยทางด้านแผนการรักษา และผู้ให้บริการสุขภาพ ซึ่งต่างจะต้องมีการร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนกันทุก ๆ ทาง จึงจะช่วยทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่ยังไม่สามารถแก้ไขสาเหตุที่แท้จริงให้หมดสิ้นไปได้ จัดว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่จะต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน บางรายอาจจะต้องได้รับการรักษาไปตลอดชีวิต ดังนั้น ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษา และวิธีการดูแลตนเองเป็นอย่างดี เพื่อนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

ความร่วมมือในการรักษาเป็นสิ่งที่ขัดขวางการแก้ปัญหาทางสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ และทำให้สูญเสียเงินเป็นจำนวนมากในการรักษา (Todd 1981 : 54) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา (Kerr 1985 : 24) พยาบาลนับเป็นบุคคลสำคัญในทีมสุขภาพที่มีโอกาสมากที่สุดที่จะส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยการสอน ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ปัญหาที่เป็นอุปสรรคเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง โอซุนา (Ozuna 1981 : 1) มีความคิดเห็นว่า ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา จะช่วยให้พยาบาลทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ควรเริ่มด้วยการศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคและเป็นสิ่งส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย แล้วจึงนำมาวางแผนการสอน ให้คำแนะนำและช่วยเหลือให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรคที่ตนเองเผชิญอยู่ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเข้าอยู่ในโรงพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และเข้าใจอย่างแท้จริง พยาบาลจะต้องทราบถึงพื้นฐานทางสติปัญญา และสภาพจิตใจของผู้ป่วย ควรใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย ใช้สื่อการสอนและวิธีการสอนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจและรับรู้ได้ดี อันจะส่งผลไปสู่ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดีต่อไป

ผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง มักจะเป็นผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การสอนควรคำนึงถึงวิธีการสอนและจิตวิทยาการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อข้องใจ หรืออาจจะจัดให้มีการอภิปรายกลุ่มในรายที่มีพื้นฐานเศรษฐกิจลักษณะของโรคและมีปัญหาต่าง ๆ คล้ายคลึงกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็น และวางแผนการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงและมีความเป็นไปได้มากที่สุด ดังการศึกษาของเบลีและเอนเกล (Baile & Engel 1978 : 413-419) ที่พบว่า ภายหลังจากการให้คำแนะนำแล้วผู้ป่วยได้วางแผน และลงมือปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟูสุขภาพด้วยตนเอง พร้อมกับมารับคำปรึกษากับเจ้าหน้าที่เป็นระยะ ๆ ทำให้ผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น นอกจากนี้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ยังพบว่าการใช้แรงกระตุ้น หรือการให้แรงจูงใจที่เหมาะสม จะช่วยทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษามากยิ่งขึ้น เช่นการศึกษาของ โอเวนส์และคณะ (Owens, et al. 1978 : 150) พบว่า ภายหลังจากการสอน ผู้ป่วยโรคหัวใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตน โดยชี้แจงเอกสารคำแนะนำเป็นสื่อ ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และเมื่อติดตามผลหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 6 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ก็พบว่าระดับความรู้ไม่ลดลง ส่วนการศึกษาของ ลินเด และแจนซ์ (Linde & Janz 1979 : 285) พบว่า การใช้แรงกระตุ้น โดยให้ความรู้เพิ่มเติม เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดานแต่ละครั้ง มีผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาสูงขึ้น

จึงสรุปได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา นั้น จะต้องประกอบด้วย การสอน การให้คำแนะนำ และการช่วยเหลือที่ถูกต้อง เหมาะสม ในการสอนและการให้คำแนะนำนั้น พยาบาลจะต้องคำนึงถึงความถูกต้องของเนื้อหา และกระบวนการในการเรียนการสอนที่ช่วยนำไปสู่การรับรู้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง และสิ่งสำคัญซึ่งเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติการพยาบาลที่จะต้องระลึกถึงอยู่เสมอก็คือปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ปัจจัยทางด้านจิตใจ ปัจจัยทางด้านประชากร และสังคม แผนการรักษา ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วยแต่ละราย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน

ลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาวิจัย เป็นผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาโดยการรับประทุษณา เพื่อควบคุมอาการของโรค ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลโรคทรวงอก นนทบุรี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งมีลักษณะของประชากรดังนี้

1. มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีประวัติเป็นโรคจิตประสาท
2. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน สามารถรับฟังและให้ข้อมูลได้
3. สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดี
4. ไม่มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน หรือไตวายเรื้อรัง และไม่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์
5. เป็นผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันเนื่องจากโรคหัวใจและโรคระบบไหลเวียน โดยไม่รวมผู้ป่วยโรคเลือดและน้ำเหลือง

6. มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน หรือได้รับการนัดหมายมาตรวจไม่ต่ำกว่า 3 ครั้ง ในรายที่แพทย์นัดตรวจนานเกินกว่าเดือนละครั้ง

7. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลันที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล 4 แห่งดังกล่าว ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2530 เป็นต้นไป จำนวน 100 ราย โดยกำหนดแต่ละ 20-30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ชุด คือ

1. แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง (ภาคผนวก ข.) แบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการรักษา และตารางบันทึกการมาตรวจตามนัด

ตอนที่ 2 ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกายและการทำงาน การหลีกเลี่ยงจากสิ่งเสียดสีให้โทษต่อหัวใจ การป้องกันโรคติดเชื้อ และการป้องกันอาการท้องผูก มีจำนวน 16 ข้อ คือข้อ 1-16

การให้คะแนน กำหนดดังนี้

ข้อ ก. เป็นคำตอบซึ่งแสดงถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ได้ 2 คะแนน

ข้อ ข. เป็นคำตอบซึ่งแสดงถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

บางส่วน

ได้ 1 คะแนน

ข้อ ค. เป็นคำตอบซึ่งแสดงถึงการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องเพศสัมพันธ์ มีจำนวน 2 ข้อ คือข้อ 17-18 ส่วนนี้ไม่นำมาคิดคะแนน แต่จะใช้เป็นข้อมูลประกอบการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งต่อไป ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสทั้ง 3 แบบ คือ โสด คู่ และหม้ายหย่า หรือแยกกันอยู่ ซึ่งอาจจะไม่มีเพศสัมพันธ์หรือไม่มีเพศสัมพันธ์ก็ได้

นอกจากนี้ในการให้คะแนนความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยจะรวมไปถึงความสม่ำเสมอในการมาตรวจตามนัดด้วย โดยประเมินจากตารางบันทึกการมาตรวจตามนัด ซึ่งบันทึกในช่วงเวลา 3 เดือน ถึง 1 ปี

การให้คะแนนกำหนดดังนี้

มาตรวจตามนัดมากกว่าร้อยละ 80 ได้ 2 คะแนน

มาตรวจตามนัดร้อยละ 60-80 ได้ 1 คะแนน

มาตรวจตามนัดน้อยกว่าร้อยละ 60 ได้ 0 คะแนน

ถ้ามาตรวจหลังวันนัดไม่เกิน 2 สัปดาห์ โดยที่ไม่ขาดยา ยังถือว่าเป็นตรวจตามนัด ส่วนสาเหตุที่ไม่มาตรวจตามนัดในตารางบันทึกการมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยและเก็บข้อมูลไว้เพื่อใช้ประกอบการให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขพฤติกรรมการไม่มาตรวจตามนัดต่อไป

ดังนั้น คะแนนความร่วมมือในการรักษา จึงมีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 34 คะแนน

การประเมินความร่วมมือในการรักษา ถือเกณฑ์ดังนี้

28-34 คะแนน หมายถึง ให้ความร่วมมือในการรักษามาก

20-27 คะแนน หมายถึง ให้ความร่วมมือในการรักษาปานกลาง

0-19 คะแนน หมายถึง ให้ความร่วมมือในการรักษาน้อย

สำหรับผู้ที่ได้คะแนน 28-34 คะแนนซึ่งถือว่าเป็นความร่วมมือในการรักษามาก จะต้องได้คะแนนเต็ม 2 คะแนนในข้อ 1. คือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ข้อ 3. คือการรับประทานอาหารรสจืด ไม่เค็ม ข้อ 6. คือการจัดเวลาพักผ่อนให้เพียงพอ ข้อ 9. คือการควบคุมอาการเหนื่อยหอบขณะออกกำลังกายและขณะทำงาน และข้อ 10. คือการงดเว้นจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมสำคัญซึ่งผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามถูกต้องมิฉะนั้นจะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ง่าย

2. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง (ภาคผนวก ค.) เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวทางจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเคอร์ (Becker 1974 : 82-88) แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของไมแมนและคณะ (Maiman & et al. 1977 : 215-219) และแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ของ นิตยา ภาสพันธ์ (2529 : ภาคผนวก) University

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อความที่สอบถามถึง ความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะหัวใจวายเลือดคั่งและภาวะสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 หมวด มีจำนวน 30 ข้อ ดังนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งซ้ำ มี 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 1-5 มีข้อความที่มีความหมายทางบวก 3 ข้อ คือ ข้อ 1, 2 และ 4 และมีข้อความที่มีความหมายทางลบ 2 ข้อ คือข้อ 3 และ 5

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง มี 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6-11 มีข้อความที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง มี 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12-15 มีข้อความที่มีความหมายทางบวก 3 ข้อ คือข้อ 13-15 และมีข้อความที่มีความหมายทางลบ 1 ข้อ คือข้อ 12

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคต่าง ๆ เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา มี 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16-21 มีข้อความที่มีความหมายทางบวก 1 ข้อ คือข้อ 21 และมีข้อความที่มีความหมายทางลบ 5 ข้อ คือข้อ 16-20

5. ปัจจัยร่วมต่าง ๆ เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา มี 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 22-25 มีข้อความที่มีความหมายทางบวก 2 ข้อ คือข้อ 22 และ 25 และมีข้อความที่มีความหมายทางลบ 2 ข้อ คือข้อ 23-24

6. แรงจูงใจในการปฏิบัติตามด้านสุขภาพทั่วไป มี 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 26-30 มีข้อความที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด

ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการจัดลำดับคุณภาพ 5 อันดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของผู้ตอบเป็นอย่างมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของผู้ตอบ

เฉย ๆ หรือไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบรู้สึกเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจว่ามีความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่ออย่างไรกับข้อความนั้น

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของผู้ตอบเป็นอย่างมาก

ผู้ตอบแบบสอบถามนี้จะต้องเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ 1 ข้อสำหรับเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดให้

การให้คะแนน กำหนดดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้ 1 คะแนน
ตอบไม่เห็นด้วย	ได้ 2 คะแนน
ตอบเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจ	ได้ 3 คะแนน
ตอบเห็นด้วย	ได้ 4 คะแนน
ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้ 5 คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้ 5 คะแนน
ตอบไม่เห็นด้วย	ได้ 4 คะแนน
ตอบเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจ	ได้ 3 คะแนน
ตอบเห็นด้วย	ได้ 2 คะแนน
ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้ 1 คะแนน

ดังนั้น คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพทั้งหมด จึงมีค่าอยู่ระหว่าง 30-150 คะแนน

การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ ก็เกณฑ์ดังนี้

121-150 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพในทางที่ถูกต้องมาก

91 -120 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพในทางที่ถูกต้องปานกลาง

30 - 90 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพในทางที่ถูกต้องน้อย

3. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง (ภาคผนวก ง.) สอบถามความรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง สาเหตุชักนำที่ทำให้ภาวะหัวใจวายเลือดคั่งมีความรุนแรงมากขึ้น อาการ การรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ได้แก่

การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกายและการทำงาน การป้องกันโรคติดต่อ การป้องกันอาการท้องผูก การหลีกเลี่ยงจากสิ่งเสียดสีให้โทษต่อหัวใจ การปฏิบัติในเรื่องเพศสัมพันธ์ และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัด

แบบสอบถามนี้มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 16 ข้อ มีคำตอบให้เลือกข้อละ 4 คำตอบ คือ ก. ข. ค. และ ง. ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องตอบทุกคำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย

✓ หน้าคำตอบที่เห็นว่าถูก และใส่เครื่องหมาย ✕ หน้าคำตอบที่เห็นว่าผิด

การให้คะแนน กำหนดให้คำตอบละ 1 คะแนน รวมเป็นข้อละ 4 คะแนน (เฉลยคำตอบอยู่ที่ภาคผนวก ง.)

ดังนั้น คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง จึงมีค่าอยู่ระหว่าง 0-64 คะแนน

การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ก็เกณฑ์ดังนี้

52-64 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองมาก

38-51 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองปานกลาง

0 -37 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองน้อย

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของ เครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงของ เครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษา และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญในเรื่องภาวะหัวใจวายเฉียบพลันและการดูแลตนเอง จำนวน 9 ท่าน (ภาคผนวก ก.)

2. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญในเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 7 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญในเรื่องภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน จำนวน 6 ท่าน (ภาคผนวก ก.)

ภายหลังผ่านการตรวจสอบแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมของภาษา มีความชัดเจนในเนื้อหา และเรียงลำดับข้อความให้เหมาะสมยิ่งขึ้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเชื่อมั่นของ เครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้ว ทำการหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ที่มีลักษณะของประชากรตามที่กำหนด จำนวน 20 ราย แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach alpha coefficient) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (สุภาพ วาดเขียน, 2525 : 45)

$$r_{\infty} = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{St^2} \right]$$

เมื่อ r = ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

$\sum S_i^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามแต่ละข้อ

St^2 = ความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามทั้งฉบับ

K = จำนวนข้อทั้งหมดในแบบสอบถาม

ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษา ค่าความเชื่อมั่น = .71
2. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าความเชื่อมั่น = .81
3. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ค่าความเชื่อมั่น = .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคทรวงอก นนทบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ภายหลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ และ/หรือผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดวันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้
 - 1.1 โรงพยาบาลราชวิถี ทุกวันอังคาร เวลา 08.00–11.30 น.
 - 1.2 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ทุกวันพุธ เวลา 08.00–11.30 น.
 - 1.3 โรงพยาบาลโรคทรานอก นนทบุรี ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 08.00–11.30 น.
 - 1.4 โรงพยาบาลศิริราช ทุกวันศุกร์ เวลา 12.30–15.30 น.
2. ขอรายชื่อ และศึกษารายงานประวัติผู้ป่วยที่จะเข้ารับการตรวจรักษา ในช่วงเวลาที่ศึกษา เลือกผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงตามที่กำหนด และบันทึกรายชื่อไว้
3. เมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาตามนัด ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงจุดประสงค์ในการให้สัมภาษณ์และการตอบแบบสอบถาม แล้วทำการบันทึกข้อมูลส่วนตัวและสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษา ต่อจากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองโดยไม่จำกัดเวลาและสามารถซักถามปัญหาข้อข้องใจจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ส่วนในรายที่อ่านไม่ได้หรือไม่สะดวกในการเขียนคำตอบ ผู้วิจัยจะอ่านคำถามให้ฟังและบันทึกคำตอบให้แทน
4. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยจะตรวจสอบคำตอบ ถ้ามีข้อผิดพลาดหายไป จะซักถามเพื่อให้ได้คำตอบครบถ้วน
5. นำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติที่ได้วางแผนไว้แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS^x โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญ $\alpha = .05$ ตามลำดับดังนี้

1. แจกแจงความถี่ของข้อมูลส่วนตัว
2. หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และคะแนนความร่วมมือในการรักษา
3. หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง

และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษา โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และทดสอบความมีนัยสำคัญโดยใช้การทดสอบค่าที ($t - test$)

4. หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยทั้ง 9 ประการ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษา และทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณนั้น โดยการทดสอบค่าเอฟส่วนรวม (Overall F-test) ทำการวิเคราะห์ตัวทำนายและสร้างสมการทำนาย โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

เนื่องจากข้อดangling เบื้องต้นในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณกำหนดไว้ว่า ตัวแปรที่จะนำมาคำนวณจะต้องเป็นค่าแปรที่วัดในระดับอันตรภาค (Interval scales) ขึ้นไป (ยวดี ภาษา และคณะ 2526 : 328) ดังนั้นในการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปร ดังนี้

ปรับตัวแปรที่วัดในระดับนามบัญญัติ (Nominal scales) ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และอาชีพ เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ดังนี้

เพศ	กำหนดให้	เพศชาย	เท่ากับ 1
		เพศหญิง	เท่ากับ 2
สถานภาพสมรส	กำหนดให้	สถานภาพโสด	เท่ากับ 1
		สถานภาพคู่	เท่ากับ 2
		สถานภาพหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่	เท่ากับ 3
อาชีพ	กำหนดให้	อยู่บ้านเฉย ๆ หรือทำงานบ้าน	เท่ากับ 1
		รับจ้าง	เท่ากับ 2
		ค้าขาย	เท่ากับ 3
		เกษตรกรรม	เท่ากับ 4
		รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	เท่ากับ 5

และปรับตัวแปรที่วัดในระดับเรียงลำดับ (Ordinal scale) ได้แก่ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ (รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน) และ ระยะเวลาในการรักษา เป็นระดับอันตรภาค ดังนี้

ระดับการศึกษา	กำหนดให้	ไม่ได้รับการศึกษา	เท่ากับ	1
		ประถมศึกษา	เท่ากับ	2
		มัธยมศึกษา	เท่ากับ	3
		อุดมศึกษา	เท่ากับ	4
รายได้ของครอบครัว	กำหนดให้	ต่ำกว่า 3,000 บาท	เท่ากับ	1
		3,000-6,000 บาท	เท่ากับ	2
		มากกว่า 6,000 บาท	ขึ้นไป	เท่ากับ 3
ระยะเวลาในการรักษา	กำหนดให้	3-11 เดือน	เท่ากับ	1
		1- 5 ปี	เท่ากับ	2
		มากกว่า 5 ปี	ขึ้นไป	เท่ากับ 3

5. ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS^X วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับตัวทำนายทั้งหมด กับตัวแปรที่สนใจในการทดลองโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ซึ่งจะมีการเลือกตัวทำนายเข้าไปวิเคราะห์ในแต่ละขั้น เริ่มจากขั้นที่ 1 จนถึงขั้นสุดท้าย จากตัวทำนายที่ดีที่สุด จนถึงตัวทำนายที่เลวที่สุด (From best to worst) โดยขั้นแรกจะหาตัวแปรอิสระหนึ่งตัวที่สามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามมากที่สุด มาวิเคราะห์สร้างสมการถดถอยสมการแรกก่อน จากนั้นที่สองจะหาตัวแปรอิสระตัวที่สองที่เมื่อนำมารวมกับตัวแปรแรกแล้วสามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามได้มากกว่าตัวอื่นๆ จนขั้นตอนมาหาตัวแปรอิสระตัวอื่นที่เหลืออยู่มาเข้าสมการต่อไปตามลำดับของความสามารถในการอธิบายการผันแปรของตัวแปรตาม จนกระทั่งถึงขั้นที่การทดสอบนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายที่ถูกนำเข้ามาวิเคราะห์ ไม่มีนัยสำคัญ กลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด ได้แก่กลุ่มตัวทำนายที่อยู่ในขั้นก่อนที่จะพบว่าสัมประสิทธิ์ถดถอยไม่มีนัยสำคัญ

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และ ความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวน 100 คน เป็นผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช 27 คน โรงพยาบาลโรคทรวงอก นนทบุรี 28 คน โรงพยาบาลราชวิถี 24 คน และโรงพยาบาลศิริราช 21 คน ซึ่งมีลักษณะทั่วไปดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน / คน
อายุ/ปี	
ต่ำกว่า 30 ปี	9
30 – 39	11
40 – 49	16
50 – 59	22
60 ขึ้นไป	42
เพศ	
ชาย	45
หญิง	55
สถานภาพสมรส	
โสด	12
คู่	68
หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่	20
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้รับการศึกษา	12
ประถมศึกษา	64
มัธยมศึกษา	18
อุดมศึกษา	6

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ และมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา

ตารางที่ 2 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาในการรักษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน / คน
อาชีพ	
อยู่บ้านเฉย ๆ หรือทำงานบ้าน	57
รับจ้าง	18
ค้าขาย	10
เกษตรกรรม (ทำสวน ไร่ นา)	7
รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	8
ฐานะทางเศรษฐกิจ (รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน)	
ต่ำกว่า 3,000 บาท	58
3,000 – 6,000 บาท	32
6,000 บาทขึ้นไป	10
ระยะเวลาในการรักษา	
3 – 11 เดือน	33
1 – 5 ปี	52
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	15

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่บ้านเฉย ๆ หรือทำงานบ้าน มีรายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท และมีระยะเวลาในการรักษา 1-5 ปี

2. ผลการวิเคราะห์ คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และคะแนนความร่วมมือในการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และคะแนนความร่วมมือในการรักษา

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ความเชื่อด้านสุขภาพ	150	123.8	11.06
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง	64	48.5	7.78
ความร่วมมือในการรักษา	34	26.4	4.02

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 123.8 คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.5 และคะแนนความร่วมมือในการรักษามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.4 ตามเกณฑ์ที่ได้ตั้งไว้ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในทางที่ถูกต้องมาก มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองในระดับปานกลาง และให้ความร่วมมือในการรักษาปานกลาง

3. ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้ง 9 ประการ กับความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
อายุ	0.1602 ^{NS}
เพศ	-0.1346 ^{NS}
สถานภาพสมรส	0.0407 ^{NS}
ระดับการศึกษา	0.1702 ^{NS}
อาชีพ	-0.1324 ^{NS}
ฐานะทางเศรษฐกิจ	0.1986 [*]
ระยะเวลาในการรักษา	0.0057 ^{NS}
ความเชื่อด้านสุขภาพ	0.5202 ^{***}
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง	0.5744 ^{***}

=====

* P < .05 *** P < .001 NS = ไม่มีนัยสำคัญ

จากตารางที่ 4 สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความร่วมมือในการรักษา พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพศและอาชีพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา และความรู้เกี่ยวกับ

โรคและการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ได้รับการสนับสนุน ส่วนสมมติฐานอื่น ๆ ไม่ได้รับการสนับสนุน

4. ผลการวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและการสร้างสมการทำนาย ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตัวทำนายที่สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวาย เลือดคั่ง

ขั้นที่ ตัวทำนาย	R	R ²	Overall-F	b	t
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง	.5744	.3299	48.253***	.2969	6.946***
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง				.2135	4.334***
ความเชื่อด้านสุขภาพ	.6237	.3889	30.871***	.1060	3.061**
Constant (a) 2.8778					
*** P < .01					
*** P < .001					

จากตารางที่ 5 การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) และการวิเคราะห์ตัวทำนาย โดยมีความร่วมมือในการรักษาเป็นตัวเกณฑ์ และปัจจัยทั้ง 9 ประการเป็นตัวทำนายตามเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้ามาพิจารณาในขั้นที่ 1 คือความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R²) 0.3299 นั่นคือ

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองสามารถทำนายความร่วมมือได้ร้อยละ 32.99 ต่อจากนั้นได้เพิ่มตัวทำนายเข้าไปในขั้นที่ 2 ตัวทำนายที่ถูกนำเข้าพิจารณาคือ ความเชื่อด้านสุขภาพ ปรากฏว่าสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.3889 นั่นคือสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38.89 ต่อจากนั้นเมื่อเพิ่มตัวทำนายขั้นต่อไป ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อหาตัวทำนายจึงยุติลง ณ ขั้นที่ 2 นั่นคือเมื่อพิจารณาทั้งหมดทั้ง 9 ปัจจัยแล้ว พบว่า ตัวทำนายที่สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ

การสร้างสมการทำนาย จากผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 5 พบว่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (b) แต่ละค่าของตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ ในขั้นที่ 1 ถึงขั้นที่ 2 คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง (X_1) และความเชื่อด้านสุขภาพ (X_2) มีระดับความมีนัยสำคัญที่ .001 และ .01 ตามลำดับ และค่าคงที่ (a) เท่ากับ 2.8778 จากการวิเคราะห์การถดถอยและสหสัมพันธ์พหุคูณ ณ ขั้นที่ 2 ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายที่จะได้เส้นถดถอยที่ดีที่สุด เพื่อทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการทำนาย ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง (Y) ได้ดังนี้

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2$$

$$Y = 2.8778 + 0.2135(x_1) + 0.1060 (x_2)$$

อภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้ง 9 ประการ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ที่ได้รับการรักษาโดยการรับประทุษณา เพื่อควบคุมอาการของโรค และมาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาล

โรคทรวงอก นมพบรี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายผลดังนี้

ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจ สมมติฐานที่ว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ได้รับการสนับสนุน แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวสูงจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำจะให้ความร่วมมือในการรักษาไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คอบบ์และคณะ ที่พบว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำมักจะไม่นำให้ความร่วมมือในการรักษา (Cited in Davis 1968 : 274) และการศึกษาของ จารุวรรณ ชันดีสุวรรณ (2528 : 91) ที่พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการครองชีพ เพราะเป็นปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ดังนั้นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ หรือมีรายได้น้อย จึงไม่ค่อยมีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองมากนัก ส่วนใหญ่จะมุ่งความสนใจไปในการหาเงินมาเลี้ยงชีพ เพื่อความอยู่รอดของตนเองไปวันหนึ่ง ๆ เท่านั้น (เรมวล นันทสุภวัฒน์ 2524 : 11) ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับสูง หรือมีรายได้มาก ที่ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิตอย่างเพียงพอแล้ว จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกมากขึ้น เพื่อให้มีชีวิตที่เป็นสุข สะดวก มั่นคง และปลอดภัยยิ่งขึ้น เมื่อเจ็บป่วยจะให้ความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพมาก และมีโอกาสที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำตามแผนการรักษาได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน มีปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา เช่น บางรายไม่ได้มาตรวจตามนัดเนื่องจากบ้านอยู่ไกลจากโรงพยาบาล ไม่มีค่าเดินทาง บางรายขาดยาเนื่องจากไม่มีเงินซื้อยา และบางรายไม่สามารถซื้อผลไม้จําพวก ส้ม กล้วย มารับประทานอย่างสม่ำเสมอเพื่อทดแทนระดับโปรตีนที่เสียไป ซึ่งสูญเสียไปทางปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษาได้ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 6,000 บาทขึ้นไป พบปัญหาเหล่านี้น้อยกว่า แต่อย่างไรก็ดีเมื่อพิจารณาจะแนแนความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคั้งนี้พบว่าจะแนแนความร่วมมือในการรักษามีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปานกลางค่อนข้างสูง ทั้งๆ ที่รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท เป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จากโรงพยาบาลโรคทรวงอก นมพบรี และกลุ่มตัวอย่างบางส่วนจากโรงพยาบาลภูมิพล

อดุลยเดช ที่มีรายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่ำกว่า 3,000 บาท มีบัตรสงเคราะห์ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่พักอาศัยอยู่ในเขตที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาล ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยสามารถมาตรวจตามนัดและได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ทั้งยังพอจะมีเงินเหลือซื้อผลไม้จากพวก ส้ม กล้วย รับประทานได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีส่วนช่วยให้คะแนนความร่วมมือในการรักษามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปานกลางค่อนข้างสูง

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง สมมติฐานที่ว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ได้รับการสนับสนุนแสดงว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองมากให้ความร่วมมือในการรักษาดี ส่วนผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองน้อยให้ความร่วมมือในการรักษาไม่ดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ซึ่งจะชักนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป การเพิ่มพูนความรู้ที่ถูกต้องจะช่วยให้สามารถพัฒนาการดูแลตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น (Zimbarbo, et al. 1977 : 45) ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา (Tagliacozzo & Ima 1970 : 765) ผู้ป่วยที่ทราบเรื่องราวเกี่ยวกับโรคของตนเองและแผนการรักษามากเท่าใด ก็มีโอกาสดำเนินความร่วมมือในการรักษามากเท่านั้น (Todd 1981 : 56) จากการศึกษาวิจัยในอดีตพบว่า การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และให้การศึกษา มีผลทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา เช่นการศึกษาของ วิลลา ดันดิยัทย (2526 :83) ในผู้ป่วยเบาหวาน การศึกษาของ เบลลีและเอนเกล (Baile & Engel 1978 : 415-418) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย การศึกษาของ ลินเด และแจนซ์ (Linde & Janz 1979 : 285) ในผู้ป่วยโรคหัวใจและการศึกษาของ วองและวอง (Wong & Wong 1985 : 111) ในผู้ป่วยที่หำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้นภายหลังจากรับความรู้เกี่ยวกับโรคและคำแนะนำในการปฏิบัติ

จากการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

ผลการศึกษารั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิตยา ภาสุพันธ์ (2529 : 84) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองสูงจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี และผลการศึกษาของ เทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrell & Hart 1980 : 490)

ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ สมมติฐานที่ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ได้รับการสนับสนุน แสดงว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในทางที่ถูกต้องมากทำให้ความร่วมมือในการรักษาดี ส่วนผู้ป่วยที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในทางที่ถูกต้องน้อยทำให้ความร่วมมือในการรักษาไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพวงพยอม การัญญ (2526 : 117) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 83-84) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากความเชื่อเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (สุธีรา อายุวัฒน์ 1983 : 127) การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยเป็นแบบใดนั้นจะต้องขึ้นอยู่กับ แรงจูงใจหลักซึ่งมาจากความเจ็บป่วยหรือวิธีการที่จะทำให้สบายยิ่งขึ้น ความต้องการมีสุขภาพดีและความเชื่อว่าพฤติกรรมอนามัยนั้น ๆ จะป้องกันความเจ็บป่วยหรือรักษาโรคได้ (Becker, et al. 1977 : 349) ดังนั้นเมื่อบุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพในทางที่ถูกต้องมาก ได้แก่การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคปัจจัยร่วมและแรงจูงใจต่าง ๆ ในการปฏิบัติตน ก็ย่อมจะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมอนามัยในทางที่ดีมีการระมัดระวังตัว และยินดีที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ตนเองปลอดภัย นั่นคือบุคคลนั้นให้ความร่วมมือในการรักษา แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าหากบุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพในทางที่ถูกต้องน้อยหรือไม่ถูกต้อง จะทำให้ขาดความระมัดระวังตัว และอาจจะไม่ยินดีที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเนื่องจากไม่เชื่อหรือไม่รับรู้ถึงผลเสียของการไม่ปฏิบัติ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัยด้าน อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาในการรักษา จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจะมากหรือน้อยไม่ได้ขึ้นอยู่กับ

กับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาในการรักษา ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อคิดเห็นของ คาสส์ และคอบบ์ (Kase & Cobb 1966 : 249) ที่กล่าวว่า อายุ เพศ อาชีพ และวัฒนธรรมประเพณี อาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องราวด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยการรับรู้จะมีผลไปถึงการปฏิบัติด้านสุขภาพด้วย ผลการศึกษาครั้งนี้ทั้งส่วนที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกับผลการศึกษานอดีต อาทิ ผลการศึกษาปัจจัยด้านอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จารูวรรณ ชันดีสุวรรณ (2528 : ค) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เบ็คเคอร์ (Becker 1974 : 88) ที่พบว่า ความไม่ร่วมมือในการรักษามักจะพบได้ในผู้ป่วยที่อายุมาก ๆ และอายุน้อย ๆ ซึ่งอาจสรุปได้ว่าอายุมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา ผลการศึกษาปัจจัยด้านเพศ ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ค็อคเคอร์แฮม (Cockerham 1982 : 70) ที่พบว่าเพศหญิงไปรับการตรวจรักษามากกว่าเพศชาย และผลการศึกษาของ จารูวรรณ ชันดีสุวรรณ (2528 : 86) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ผลการศึกษาปัจจัยด้านสถานภาพสมรสไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ คลิงเกอร์ (Klinger 1984 : 33) ที่พบว่า คู่สมรสมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการรักษา และผลการศึกษาของ ไฮน์เซลมานน์ และแบ็กเลย์ (1970 : 907) ที่พบว่าคู่สมรสมีส่วนช่วยสนับสนุนผู้ที่มิปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจให้เข้าร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกาย ซึ่งถึงแม้ผลการศึกษาทั้งสองครั้งนี้จะไม่เข้าการศึกษาในเชิงของความสัมพันธ์โดยตรงก็อาจแสดงถึงแนวโน้มของความสัมพันธระหว่างสถานภาพสมรสกับความร่วมมือในการรักษา ผลการศึกษาปัจจัยด้านระดับการศึกษา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฟรานซิส และคณะ (Francis, et al.) ที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ลาทีโอลิส และเบอร์รี่ (Latiolais & Berry) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้นสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ (อ้างอิงใน จารูวรรณ ชันดีสุวรรณ 2528 : 45) ผลการศึกษาปัจจัยด้านอาชีพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ บอยด์ และคณะ (Boyd, et al. 1974 : 364) ที่พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จารูวรรณ ชันดีสุวรรณ (2528 : ค) ที่พบว่าผู้ที่มิลักษณะอาชีพซึ่งมีที่อยู่ไม่แน่นอนและไม่ต้องเดินทางไปต่างจังหวัด จะให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ที่มิลักษณะอาชีพที่ต้องเดินทางไปต่างจังหวัด และผลการศึกษาปัจจัยด้าน

ระยะเวลาในการรักษา ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กิลล์ม และบาร์สกี (Gillum & Barsky 1974 : 1564-1565) และผลการศึกษาของ โอซุนา (Ozuna 1981 : 1) ที่พบว่าระยะเวลาของการรักษา จำนวนชนิดของยาที่รับประทาน จำนวนครั้งของการรับประทานยาในแต่ละวัน และวิธีการรักษาที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันหรือพฤติกรรมที่เป็นนิสัยของผู้ป่วย จะทำให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยลดลง และการศึกษาของ แอดดิงตัน (Addington 1979 : 741) ที่พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยยา จะมีความร่วมมือในการรักษาไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน

เหตุที่ผลของการศึกษาค้างนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานอธิบายได้ว่า เนื่องจากภาวะหัวใจวายเลือดคั่งเป็นภาวะที่เรื้อรังและเกิดความรุนแรงของโรคขึ้นได้ง่าย ผู้ป่วยจะต้องดำเนินชีวิตอย่างระมัดระวัง ผลจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานเนื่องจากภาวะของโรคมีความรุนแรงขึ้น และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ง่ายในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุข ถ้าปฏิบัติตามถูกต้องตามแผนการรักษา จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งในขั้นรุนแรงมาแล้ว กล่าวคือเคยมีอาการเหนื่อยหอบมาก นอนราบไม่ได้ กลางคืนต้องตื่นขึ้นเพราะหายใจลำบากมาก และมีอาการไอเนื่องจากมีการคั่งของน้ำในแขนงหลอดลมเล็ก ๆ ในปอด มีอาการบวมทั่วตัวและแน่นอึดอัดในท้อง เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาและปฏิบัติตัวถูกต้อง อาการเหล่านี้จะทุเลาและหายไป แต่เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานอาหารรสเค็มมาก พักผ่อนไม่เพียงพอ และขาดยา เป็นต้น ผู้ป่วยก็จะกลับมีอาการอีก สิ่งเหล่านี้อาจจะเป็นพลังผลักดันให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา อีกประการหนึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้อาจเป็นผู้ที่มีปัจจัยเอื้ออำนวยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาอยู่แล้ว เพราะจากการออกแบบสอบถามพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับว่าแผนการรักษาเป็นสิ่งที่ไม่ยุ่งยากในการปฏิบัติ การมาตรวจตามนัดทุก 1 - 2 เดือน ก็ไม่บ่อยจนเกินไป สามารถปฏิบัติตามได้ สมาชิกในครอบครัวให้ความเอาใจใส่ดี มีความสะดวกในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล และผู้ป่วยมีความเชื่อถือศรัทธาในตัวแพทย์และพยาบาลในคลินิกโรคหัวใจ ด้วยเหตุที่กล่าวมาจึงทำให้อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาในการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งมากพอจนถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ-สังคม ระยะเวลาในการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง รวมทั้งความเชื่อด้าน

สุขภาพ สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรักษาได้ ได้รับการสนับสนุนเป็นบางส่วน โดยพบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพ จากสมการถดถอยที่ใช้ในการทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง (Y) พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง (X_1) และความเชื่อด้านสุขภาพ (X_2) สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรักษาได้ร้อยละ 38.89 ซึ่งแสดงว่าความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งค่อนข้างสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่ความรู้ถูกเลือกเข้ามาพิจารณาในขั้นที่ 1 แสดงว่าความรู้มีความสัมพันธ์มากที่สุดกับ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง เนื่องจากความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองอย่างถูกต้องจะช่วยให้สามารถพัฒนาการดูแลตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งหมายถึงจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามากขึ้นด้วย ส่วนการที่ความเชื่อด้านสุขภาพถูกเลือกเข้ามาพิจารณาในขั้นที่ 2 อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองเป็นอย่างดีแล้ว ย่อมก่อให้เกิดความเชื่อด้านสุขภาพในทางที่ถูกต้องและมีการปรับปรุงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพจนน่าพอใจได้เหมาะสมยิ่งขึ้น ส่วนปัจจัยอีก 7 ประการไม่ได้รับเลือกเนื่องจากค่าการทำนายเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย และสัมพันธ์กับการทำนายที่เพิ่มขึ้นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยทั้งสองประการ ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาได้ร้อยละ 38.89 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 61.11 ที่ยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำมาศึกษา เช่น ลักษณะครอบครัว สังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ศาสนา สภาพความรุนแรงของโรค และอัตราการเกิดโรคซ้ำ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาได้

อย่างไรก็ดี ถึงแม้ว่าการศึกษาครั้งนี้จะพบว่าปัจจัยอีก 6 ประการ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ แต่ในทางปฏิบัติก็ยังจำเป็นต้องนำปัจจัยเหล่านี้เข้ามาพิจารณาในการวางแผนการพยาบาลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษา เพราะในผู้ป่วยกลุ่มอื่นอาจมีปัจจัยเหล่านี้แตกต่างกัน ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นส่วนประกอบที่ทำให้เกิดความแตกต่างขึ้นในแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีผลให้พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกันไปด้วย

อภิปรายเพิ่มเติมเรื่องการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์

การปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้องนับเป็นส่วนที่สำคัญมากส่วนหนึ่งของความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหิวใจวายเลือดคั่ง เพราะการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้องย่อมก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก แต่การที่ผู้ป่วยไม่ได้มาจะแนส่วนนี้มาจัดรวมกับคะแนนความร่วมมือในการรักษานั้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่หาการศึกษาที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน คือมีทั้งผู้ที่สมรส ีสด คู่ และหม้ายหย่าหรือแยกกันอยู่ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ 48 คน และไม่มีเพศสัมพันธ์ 52 คน ผู้ที่ไม่มีเพศสัมพันธ์เป็นหญิง 31 คน ชาย 21 คน และอยู่ในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ส่วนผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ 48 คน เป็นหญิงและชายอย่างละ 24 คน เท่ากัน และมีอายุตั้งแต่ 28 ปีจนถึง 49 ปี ผลจากการตอบแบบสอบถามพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่มีเพศสัมพันธ์จะมีบทบาทเป็นผู้ตอบสนองคือเป็นผู้ที่ชักนำร่างกายน้อยกว่าคู่ ซึ่งมีผลต่อการทำงานของหัวใจน้อย ส่วนกลุ่มตัวอย่างเพศชายที่มีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญจะเป็นผู้ที่ชักนำร่างกายมากกว่าคู่ แต่ลดจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์น้อยลงกว่าเดิม และจะงดเว้นเพศสัมพันธ์เมื่อรู้สึกเหนื่อย และจากการสอบถามเพิ่มเติมถึงการเปลี่ยนคู่ เปลี่ยนสถานที่ หรือเปลี่ยนบรรยากาศในการมีเพศสัมพันธ์ ก็พบว่าไม่มีผู้ใดปฏิบัติเลยซึ่งผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การตายจากการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ของตัวเองนั้นเกิดขึ้นได้น้อยมาก เช่น ผลการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น พบว่าอุบัติการณ์ "ตายคาอก" มีเพียง 6 ใน 1,000 ราย และในจำนวนนี้ร้อยละ 77 เกิดขึ้นในระหว่างการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่แต่งงาน (สุทัศน์ บวรสมบัติ และบรรจบ ชุณหสวัสดัตกุล 2527 : 118) เป็นต้น ดังนั้นจากการศึกษาครั้งนี้จึงสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ยังมีเพศสัมพันธ์อยู่มีการปฏิบัติตัวในเรื่องเพศสัมพันธ์ ในทางที่ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ และมีโอกาสเกิดอันตรายถึงชีวิตจากการมีเพศสัมพันธ์ได้น้อยมากส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพศสัมพันธ์จำนวน 52 คนนั้น จากการสอบถามพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีเพศสัมพันธ์เนื่องจากพยาธิสภาพของภาวะหัวใจวายเลือดคั่งและวัยดังกล่าว ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียและไม่มีความรู้สึกทางเพศ ซึ่งบางรายไม่ได้มีผลกระทบกระเทือนต่อชีวิตสมรส แต่บางรายก็ยอมรับว่ามีผลกระทบกระเทือนต่อชีวิตสมรส นอกจากนี้ยังพบว่าทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่ยังมีเพศสัมพันธ์อยู่และไม่มีเพศสัมพันธ์แล้ว บางรายมีความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้อง เช่น เข้าใจว่าเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจแล้วจะต้องงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์เด็ดขาด ซึ่งความเข้าใจเช่นนี้อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและเกิดความวิตกกังวลได้ นอกจากนี้ยังพบว่าบางรายไม่ทราบว่า

การมีเพศสัมพันธ์หลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ นั้น เป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ ซึ่งการขาดความรู้ในเรื่องนี้อาจมีผลกระทบกระเทือนต่อผู้ป่วยมากทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจากผลการศึกษาของศิริอร สันธุ (2526 : ค) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์น้อยและมีความวิตกกังวลสูงจะมีปัญหาเพศสัมพันธ์มากและอาจจะมีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาในการปฏิบัติตัวด้านอื่น ๆ ต่อไปได้ เช่น เมื่อมีปัญหาเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยอาจจะเกิดปัญหาความแตกแยกในครอบครัว อาจทำให้ต้องหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ บางรายยังอยู่ด้วยกัน แต่สามีหรือภรรยาอาจไม่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือชายอื่น ซึ่งจะมีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยเศร้าเสียใจและเกิดความวิตกกังวล ขาดความมั่นใจหมดความภาคภูมิใจในตนเอง และอาจจะทำให้ความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองมีน้อยลง บางรายอาจจะเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมา ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้ย่อมทำให้โอกาสที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาในด้านอื่นมีน้อยลงด้วย เช่น ผู้ป่วยอาจไม่มาตรวจตามนัด ขาดยา และพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น ดังนั้นปัจจัยด้านเพศสัมพันธ์จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง

จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งสามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการของโรค ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลโรคทรวงอก นนทบุรี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างวันที่ 29 ธันวาคม 2530 ถึง 26 กุมภาพันธ์ 2531 จำนวน 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS[®] แจกแจงความถี่ข้อมูลส่วนตัว หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และคะแนนความร่วมมือในการรักษา หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้ง 9 ประการ กับความร่วมมือในการรักษา โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และทดสอบความมีนัยสำคัญโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยทั้ง 9 ประการ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษา และทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณนี้โดยการทดสอบค่าเอฟส่วนรวม (Overall F-test) วิเคราะห์ตัวทำนายและสร้างสมการทำนายโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา อยู่บ้านเฉย ๆ หรือทำงานบ้าน รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และมีระยะเวลาในการรักษาอยู่ระหว่าง 1-5 ปี
2. อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาในการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
5. ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
6. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งได้ร้อยละ 38.89

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. การนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล

1.1 การนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1.1.1 ควรมีการประเมินข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจจะเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อจะได้ช่วยผู้ป่วยให้มีความร่วมมือในการรักษาตั้งแต่อุปการะในโรงพยาบาลจนถึงกลับไปอยู่บ้าน ทั้งนี้เพราะผลการวิจัย

พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ปัจจัยทั้ง 3 ประการดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นพยาบาลจึงหน่วยที่ให้ความดูแลผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง จึงควรตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยเหล่านี้ และประเมินปัจจัยเหล่านี้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ซึ่งอาจกระทำได้โดยการซักถามจากผู้ป่วยและครอบครัว ให้ตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ให้ความสนใจติดตามสังเกตพฤติกรรมทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง และมีความเชื่อทางด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง จะได้นำมาวางแผนให้การช่วยเหลือ และให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นอย่างดีและมีชีวิตอยู่อย่างปลอดภัยและเป็นสุขตามสภาพต่อไป

1.1.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย ควรใช้วิธีการที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ให้มากที่สุด ทั้งนี้เพราะ การวิจัยพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษามากที่สุด และสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาได้ดีที่สุด ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา และอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งอาจจะมีปัญหาในการเรียนรู้ ถึงแม้ผลการวิจัยครั้งนี้จะพบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และคะแนนความร่วมมือในการรักษาอยู่ในเกณฑ์ปานกลางค่อนข้างสูง แต่ก็ยังไม่เป็นที่น่าพอใจมากนัก และในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ก็อาจจะไม่ได้ผลดังผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นการให้ความรู้ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย จึงควรใช้วิธีการที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ให้มาก โดยคำนึงถึงวิธีการสอนและจัดวิทยาการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อข้องใจ และแสดงความคิดเห็น หรืออาจจัดให้มีการอภิปรายกลุ่มในรายที่มีวัยเดียวกัน มีปัญหาต่าง ๆ คล้ายคลึงกัน เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจและลักษณะของโรค เป็นต้น เพื่อให้แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สื่อการสอนควรมีลักษณะที่เร้าความสนใจได้มาก เช่น ใช้รูปภาพที่ชัดเจนมีสีสันสวยงาม เทปโทรทัศน์หรือภาพยนตร์ และควรแจกเอกสารที่มีข้อความสั้นกระชับ ใช้ตัวอักษรที่อ่านง่าย ชัดเจน ควรให้คำแนะนำครั้งละเล็กน้อย แต่ละเรื่องควรมีการพูดซ้ำ และติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ นอกจากนี้ควรให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้าร่วม

ฟังคำแนะนำด้วย เพื่อจะได้มีการวางแผนการปฏิบัติตัวร่วมกันให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด ผู้ป่วยจะได้นำไปปฏิบัติได้ และให้ความร่วมมือในการรักษาดีขึ้นและตลอดไป

1.1.3 ควรจัดให้มีหน่วยบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ในคลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายอาจจะมีปัญหาข้อข้องใจใหม่ๆ เกิดขึ้นได้เสมอ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่กล้าซักถามปัญหาข้อข้องใจกับแพทย์พยาบาลที่ประจำคลินิกเพราะ เห็นว่ามีผู้ป่วยรอตรวจมาก บางรายลืมถามขณะที่รับการตรวจแต่เมื่อตรวจเสร็จแล้วก็กลับระลึกได้แต่ไม่กล้ากลับไปถามเพราะมีผู้ป่วยอื่นกำลังตรวจอยู่แล้ว ดังนั้นจึงควรจัดให้มีหน่วยนี้โดยเฉพาะ ซึ่งควรประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้คำปรึกษาให้ความรู้-คำแนะนำ และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดแต่ละรายต่อไปได้อย่างเหมาะสม และการให้ความรู้-คำแนะนำในหน่วยนี้ก็ควรจัดและใช้สื่อการสอนเช่นเดียวกับข้อ 1.1.2

1.2 การนำไปใช้ในด้านการศึกษาพยาบาล

1.2.1 เน้นให้ผู้เรียนตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความรู้-คำแนะนำแก่ผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งอาจจะมีข้อมูลส่วนตัว เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ แตกต่างกัน เพื่อจะได้เลือกเนื้อหาสาระและวิธีการในการให้ความรู้-คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติได้ต่อไป

1.2.2 เพิ่มเนื้อหาเรื่อง "แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย" เข้าไปในการเรียนการสอนเรื่องกระบวนการพยาบาลเพื่อให้ผู้เรียนได้มีความรู้อย่างกว้างขวางและเป็นระบบ เกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลต่อไปได้อย่างเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไป

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้

2.1 ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีคะแนนความร่วมมือในการรักษาน้อย

2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งซ้ำ

บรรณานุกรม

กรณีการ กัมธะรักษา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

กรณีการ กังคานนท์. การศึกษาเรื่องการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522.

กรุงไกร เจนพาณิชย์ "บทบาทของแพทย์และเภสัชกรที่มีต่อความร่วมมือของผู้ป่วย" เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการ ครั้งที่ 4 ด้านเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521 (อัดสำเนา).

จรรยา สุวรรณหัต. ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก เอกสารการสอนชุดวิชาพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู. (หน่วยที่ 8 - 5 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2526.

จรรยา เศรษฐบุตร. "แนวความคิดและทฤษฎีทางมานุษยวิทยาการแพทย์ : ความต่อเนื่องและการเปลี่ยนแปลงในรอบ 50 ปี" ใน ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยา : มานุษยวิทยาการแพทย์. เบญจา ยอดคำเนิน จรรยา เศรษฐบุตร และ กฤตยา อาชวนิจกุล, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2 หน้า 7 - 26. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์, 2529.

จารุวรรณ ขันดีสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

จินตนา ยูนิพันธ์. "ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอรเม". ใน การประชุมวิชาการครั้งที่ 3: ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้. หน้า 142 - 169. สมพันธ์ หิญชีระนันท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2528.

ชมพูนุท อ่องจรีด และ พัลลภ โพธิ์พฤกษ์. "ภาวะหัวใจวาย." ใน ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. หน้า 576 - 589. สมชาติ โลจายะ บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ และ พันธุ์พิชญ์ ศาครพันธ์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพฯเวชสาร, 2524.

ดวงมณี วิเศษกุล. โรคและอาหารเฉพาะโรค. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2525.

ดาร์ณี สุภาพ. การสร้างรูปแบบของการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

ดุษณี สุธนปริยาศรี. "อันตรายจากการดื่มกาแฟ." วารสารสุขภาพ. 12(มิถุนายน 2527) : 69 - 73.

นริศ ศรีวานาสนท์. "Pathophysiology of Congestive heart failure." ใน กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต. (การประชุมวิชาการครั้งที่ 2 วันที่ 18 - 21 ธันวาคม 2527). หน้า 209 - 215. สมพันธ์ หิญชีระนันท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ประชาชน, 2527.

นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

เบญจา ยอดคำเนิน และ กฤติยา อาชวนิจกุล. "พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของคนไทย."

งาน ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยา : มานุษยวิทยาการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 27 - 46. เบญจา ยอดคำเนิน จรรยา เศรษฐบุตร และ กฤติยา อาชวนิจกุล บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์, 2529.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์พระพัฒนา, 2526.

พยงค์ จุกก. Topics in Cardiology. พิมพ์ครั้งที่ 4. มปท., 2527

พวงพยอม การกัญญา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

พิทูล บุญช่วง. การศึกษาความสัมพันธ์ของอัตมโนทัศน์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

เพ็ญเพชร เกียรติเสวี. "ท้องผูก-จะหาอย่างไรดี." แพทย์สภาสาร. 14 (มีนาคม 2528) : 109 - 114.

ยงดี ภาษา และคนอื่น ๆ. คู่มือวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2526.

รัตนา มาศเกษม. การศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

เรมวอล นันท์ศุภวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต. ภาควิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.

วัลภา ผิวทน. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม กับการร่วมมือในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับวัคซีนคุ้มกันโรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(พยาบาล). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

วิชัย ดันไพจิตร และ ชาลี พรพัฒน์กุล. "โรคหัวใจและโภชนาการ". ใน ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. หน้า 461 - 484. สมชาติ ใจฉายะ บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ และ พันธุ์พิชญ์ สาครพันธ์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพฯเวชสาร, 2524.

วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพมหานคร:ไทยวัฒนาพานิช, 2526.

ศิริอร สีนุ. ความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

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

สาธารณสุข, กระหวาง. สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : องค์การส่งเสริมการค้าผ่านศึก, 2528.

สาธารณสุข, กระทรวง. "จำนวนตายด้วยสาเหตุที่สำคัญกับอัตรา (ต่อประชากร 100,000 คน) พ.ศ.2525 - 2529." กรุงเทพมหานคร : กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2531. (อัสสาเนา).

เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย และ เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา. หลักการพยาบาลอายุรศาสตร์ : การพยาบาลผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือด. 2527. (อัสสาเนา).

สุพัฒน์ ทิพานุกะ. "สาเหตุตายที่สำคัญของประชากรในประเทศไทย พ.ศ.2523-2526." วารสารการอนามัยและสิ่งแวดล้อม. 8 (มกราคม-เมษายน 2528) : 85-116.

สุภาพ งามแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

สุภาพ วาดเขียน. เครื่องมือวิจัยทางสังคมศาสตร์ ลักษณะที่ดี ชนิด และวิธีหาคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.

สุธีรา อุณตระกูล. "ปัญหาการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในไทย." การอนามัยและสิ่งแวดล้อม. 9 (มกราคม-เมษายน 2529) : 45 - 55.

สุธีรา อายุวัฒน์. ความเชื่อและการเจ็บป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ชนิษฐ์การพิมพ์, 2527.

อัญเชิญ อิศรางกูร ณ อยุธยา. "การไหลเวียนเลือดและปริมาตรเลือด." ใน สรีรวิทยา 1 พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 167-173. คณะจารย์ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2526.

Addington, Whitney W. "Patient Compliance: The Most Serious Remaining Problem in the Control of Tuberculosis in the United States." Chest. 76 (December 1979) : 741 - 745.

Andreoli, K.G. "Self Concept and Health Beliefs in Compliant and Noncompliant Hypertensive Patients." Nursing Research. 30 (November-December 1981) : 323 - 328.

Baile, W.F. & Engel, B.T. "A Behavioral Strategy for Promoting Treatment Compliance Following Myocardial Infarction." Psychosomatic Medicine. 40 (July - August 1978) : 413 - 419.

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

Becker, M.H. "The Health Belief Model and Sick Role Behavior." In The Health Belief Model and Personal Health Behavior. pp 82 - 90. Edited by M.H. Becker. New Jersey : Charles B. Slack, Inc., 1974,

Becker, M.H., Drachman, R.H. & Kirscht, J.P. "A New Approach to Explaining Sick Role Behavior in Low Income Populations." American Journal of Public Health. 64 (March 1974) : 205-216.

Becker, M.H. & Maiman, L. "Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendation." Medical Care. 13 (January 1975) : 10 - 24.

Becker, M.H., Haefner, D.P., Kasl S.V., Kirscht, J.P., Maiman, L.A. & Rosenstock, I.M. "Selected Psychosocial Models and Correlates of Individual Health-Related Behaviors." Medical Care. 15(May 1977) : 27 - 46.

Becker, M.H. Haefner, D.P. Maiman, L.A., Kirscht, J.P., & Drachman, R.H. "The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment." Journal of Health and Social Behavior, 18(December 1977) : 348 - 366.

Beland, I.L. and Passos, J.Y. Clinical Nursing : Pathophysiological & Psychosocial Approaches. 4th ed. New York : Macmillan, 1981.

Billings, D. McG. & Stokes, L.G. Medical - Surgical Nursing. Saint Louis : C.V. Mosby Company, 1982.

Blackwell, B. "Drug Therapy: Patient Compliance." New England Journal of Medicine. 289(April 1973) : 249 - 252.

Boyd, James R., et al. "Drug Defaulting Part I : Determinants of Compliance." American Journal of Hospital Pharmacy. 31 (April 1974) : 364.

Braunwad, E. "Heart Failure." In Harrison's Principle of Internal Medicine. 9th ed. Edited by T.R.Harrison, et al. Tokyo : McGraw - Hill Kogakusha, 1981.

Brown, J.S.& McGreedy, M."The Hale Elderly : Health Behavior and its Correlates." Research in Nursing & Health. 9(December 1986) : 317 - 329.

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

Charney, E., et al. "How Well do Patients Take Oral Penicillin : A Collaborative Study in Private Practice." Pediatrics. 40 (August 1967) : 188 - 195.

Cockerham., W.C. Medical Sociology. 2nd ed. New Jersey : Englewood Cliffs : Prentice - Hall Inc., 1982.

Cummings, K.M., Jette, A.M., Brock B.M., et al."Psychological Determinants of Immunization Behavior in a Swine Influenza Campaign." Medical Care. 17(June 1979) : 639 - 649.

Davis, M.S. "Variations in Patients Compliance With Doctor's Advice: An Empirical Analysis of Communication." American Journal of Public Health. 58(March - April 1968) : 274 - 288.

Devon, H.A. & Powers, M.J. "Health Beliefs, Adjustment to Illness, and Control Hypertension." Research in Nursing and Health. 7 (January 1984) : 10 - 16.

Dracup, K.A. & Melies, A.I. "Compliance: An Interactionist Approach." Nursing Research. 31 (January - February 1982) : 31 - 35.

Franciosa, J.A., et al. "Survival in Men with Severe Chronic Left Ventricular Failure due to Either Coronary Artery Disease of Idiopathic Dilated Cardiomyopathy." The American Journal of Cardiology. 51 (March 1983) : 831 - 836.

Gillum, Richard F. & Barsky, Arthur J. "Diagnosis and Management of Patient Noncompliance." The Journal of American Medical Association. 288 (June 1974) : 1563 - 1567.

Gordis, L., Markowitz, M. & Lilienfeld, A.M. "Why Patients don't Follow Medical Advice : A Study of Children on long - Term anti-Streptococcal Prophylaxis." Journal Pediatrics. 75 (December 1969) : 957 - 968.

Gray, R.M., Kesler, J.P. & Moody, P.M. "Effects of Social Class and Friend's Expectation On Oral Poliovaccination Participatient." American Journal of Public Health. 56(December 1966) : 2028 - 2032.

Hallal, J.C. "The Relationship of Health Beliefs, Health Locus of control and Self Concept to the Practice of Breast Self-Examination in Adult Women." Nursing Research. 31(May-June 1982) : 137 - 141.

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

Heinzelmann, F. "Determinant of Prophylaxis Behavior with respect to Rheumatic Fever." Journal of Health Human Behavior. 3(January 1962) : 73 - 81.

Heinzelmann, F.& Bagley, R.W."Response to Physical Activity Programs and their Effects on Health Behavior." Public Health Reports. 85(October 1970) : 905 - 911.

Hellenbrand, D. "An Analysis of Compliance Behavior : A Response to Powerlessness." In Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness. Edited by J.F. Miller. Philadelphia: F.A. Davis, 1983.

Kasl, S.V. & Cobb, S. "Health Behavior, Illness Behavior and sick Role Behavior." Archives Environmental Health. 12(February 1966) : 246 - 261.

Keane, C.B. Essentials of Medical-Surgical Nursing. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company. 1986.

Kerr, J.A.C. "Adherence and self - care." Heart & Lung. 14(January 1985) : 24 - 30.

King, J. "The Health Belief Model." Nursing Times. 80(24 October 1984) : 53 - 55.

Klinger, M. "Compliance and the Post-MI. Patient." The Canadian Nurse. 81(January 1984) : 32 - 38.

Kochar, M.S. & Daniels, L.M. Hypertension. Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1978.

Linde. B.J. & Janz, N.M. Effect of a teaching Program on Knowledge and compliance of Cardiac Patient. Nursing Research. 28(September - October 1979) : 282 - 286.

Luckman, J. & Sorensen, K.C. Medical - Surgical Nursing : A Psychophys physiologic Approach. 2nd ed. Philadelphia:W.B.Saunders Company, 1980.

Maiman, L.A. & Becker, M.H. "The health belief model : Origins and Correlates." In The health belief model and personal health behavior. pp.9 - 25. Edited by M.H.Becker. New Jersey:Charles B.Slack, Inc.,1974.

Marston, M.V. "Compliance with medical regimen : A review of the literature." Nursing Research. 19(July - August 1970) : 312 - 321.

Mikhail, Blanche. "The health belief model : a review and critical evaluation of the model, research, and practice." Advances in Nursing Science. 4(October 1981) : 65 - 82.

Miller, S.P., et al. "Indicators of medical regimen adherence for myocardial infarction patients." Nursing Research. 34(September - October 1985) : 268 - 272.

Mills, G., et al. "An evaluation of an in patient/family education program." Heart & Lung. 14(July 1985) : 400 - 406.

Mullin, V.I. "Implement the Self-Care Concept in the Acute Care Setting." Nursing Clinics of North America. 15(March 1980) : 177 - 190.

Nelson, E.C., et al. "Impact of Patient Perception on Compliance with Treatment for Hypertension." Medical Care. 16(November 1978): 893 - 906.

Nie, H., et al. SPSS Statistical Package for the Social Science. 2nd ed. New York : Mc. Graw Hill Book Company, 1975.

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

Owens, J.F., McCann, C.S.& Hutelmeyer, C.M."Cardiac Rehabilitation A patient education program." Nursing Research. 27(May - June 1978)27, 148 - 150.

Ozuna, J. Compliance with Therapeutic Regimens : Issues, Answer and Research Questions. Journal of Neurosurgical Nursing. 3(February 1981): 1 - 4.

Phipp, W.J., Long, B.C. & Woods, N.F. Medical and Surgical Nursing : Concepts and clinical practice. St.Louis : The C.V. Mosby Company, 1983.

Reuther, Mary A. Cardiovascular Nursing. New York : Medical examination publishing Co.Inc., 1985.

Rokeach, M. Belief attitude and values. San Francisco : Jossey Bass Inc., 1970.

Rosenstock, I.M. "Historical origins of the health belief model" In The health belief model and personal health behavior. pp 1 - 9
 Edited by M.H. Becker New Jersey : Charles B. Slack, Inc., 1974.

Rosenstock, I.M. "Patients, compliance with health regimens" Journal of the American Medical Association. 234(October 1975) : 402-403.

Rundall, T.G. & Wheeler, J.R.C. "Factor Associated with Utilization of the Swine Flu Vaccination Program Among Senior Citizens in Tompkins Country." Medical Care. 17(February 1979) : 191-200.

Schlueter, L.A. "Knowledge and belief about breast cancer and breast self examination among athletic and nonathletic women." Nursing Research. 31(November - December 1982) : 345 - 353.

Sorensen, K.C. & Luckman, J. Basic Nursing : A Psychophysiologic Approach. 2nd ed. Philadelphia : W.B.Saunders Company, 1986.

Tagliacozzo, D.M. & Ima, K. "Knowledge of Illness as a predictor of behavior." Journal of Chronic disease. 22(November 1970) : 765 - 775.

Tirrell, B.E. & Hart, L.K. "The relationship of health beliefs and knowledge to exercise compliance in patients after coronary bypass." Heart & Lung. 9(May - June 1980) : 487 - 493.

Todd, B. "Reason preple don't take their meds?" RN., 44(March 1981) : 54 - 57.

Unverferth, D.V., et al. "Factors influencing the one year Mortality of Dilated Cardiomyopathy." The American Journal of Cardiology. 54(July 1984) : 147 - 152.

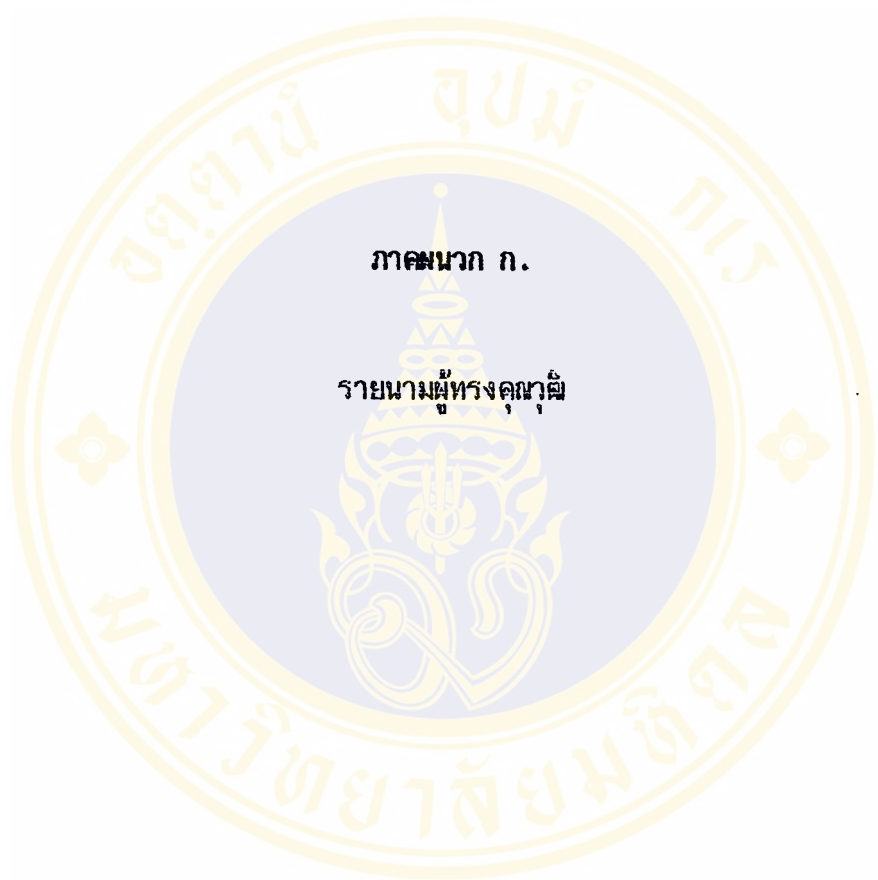
Waxler, R. "The Patient with Congestive Heart Failure." The Nursing Clinic of North America. 11(May 1976) : 297 - 308.

Wenger, N.K., Hurst, J.W. and McIntrye, M. Cardiology of Nurses. New York : McGraw - Hill Book Company, 1980.

Willcox, R.C., Gillian, R. & Hare, E.H. "Do psychiatric out patient take their drug." British of Medical Journal. 2(October 1965): 790 - 792.

Wong, J. & Wong, S. A randomized controlled trial of a new approach to preoperative teaching and patient compliance. International Journal Nursing Studies. 22(May-August 1985) : 105 - 114.

Zimbarbo, P. & Ebberson, E. Influencing Attitudes and Changing Behavior. London : Addison Wesley Publishing Co., 1977.



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัฒนา บุญทอง ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ ดร.กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล ภาควิชาสูติศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนีพันธ์ ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บังอร ผลเนื่องมา ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรรณิการ์ สุวรรณโคต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
7. อาจารย์พิชญ์ ประเสริฐสินธุ์ แผนกวิชาพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ
8. อาจารย์ อรพรรณ ใดสิงห์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
9. นาวาอากาศโทหญิง กรรณิการ์ นุตยะสกุล แผนกวิชาการศึกษา โรงเรียนพยาบาลทหารอากาศ
10. นาวาอากาศตรี แพทย์หญิง พัทธินันท์ คำของ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษา

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิเชียร ทองแดง ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นาวาอากาศตรี แพทย์หญิง พิชรินทร์ คำของ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บังอร พลเนืองมา ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรสา พันธักกิติ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประครอง อินทรสมบัติ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
9. นาวาอากาศโทหญิง กรรณิการ์ นุตยะสกุล แผนกวิชาการ โรงเรียนพยาบาลทหารอากาศ



เลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ มี 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

ตอนที่ 2 ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

เติมคำในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงตาม

ความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี

2. เพศ.....

3. สถานภาพสมรส

() โสด

() คู่

() หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

() ไม่ได้รับการศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา

() อุดมศึกษา

5. อาชีพ

() อยู่บ้านเฉย ๆ หรือทำงานบ้าน () รับจ้าง () ค้าขาย

() เกษตรกรรม (สวน ไร่ นา) () รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

() อื่น ๆ ระบุ

6. รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน

() ต่ำกว่า 3,000 บาท () 3,000-6,000 บาท

() มากกว่า 6,000 บาทขึ้นไป

7. ระยะเวลาที่มารับการรักษาภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง

() 3-11 เดือน

() 1-5 ปี

() มากกว่า 5 ปีขึ้นไป

8. ตารางบันทึกการมาตรวจตามนัดในช่วง 3 เดือน ถึง 1 ปี ที่ผ่านมา

ครั้งที่	วัน เดือน ปี ที่นัดตรวจ	การมาตรวจตามนัด		วันที่มาจริง (รายที่มาไม่ตรงวันนัด)	สาเหตุที่ไม่มาตรวจ ตามนัด
		มา	ไม่มา		

ตอนที่ 2 ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของผู้ป่วย ข้อละ 1 คำตอบ

1. ท่านรับประทานยารักษาภาวะหัวใจวายเลือดคั่งอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ ?

ก. รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอไม่เคยขาด

ข. ขาดยา 1-2 มื้อต่อสัปดาห์

ค. ขาดยามากกว่า 2 มื้อต่อสัปดาห์

.
. .
.

16. ท่านป้องกันไม่ให้เกิดอาการท้องผูกหรือไม่ งดยาระงับ ?

ก. ป้องกันโดยรับประทานอาหารที่มีกาก (เช่น ผัก ผลไม้) ดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว หรือดื่มน้ำให้เพียงพอเท่าที่แพทย์อนุญาต และเดินออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

หรือปรึกษาแพทย์เพื่อขอยาระบาย

ข. ปฏิบัติตามข้อ ก. บางเป็นครั้งคราว

ค. ไม่เคยปฏิบัติตามข้อ ก. เลย หรือปฏิบัติน้อยมาก

ฯลฯ



แบบสอบถาม

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

- คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของท่าน ต่อภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง และภาวะสุขภาพ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ และ พิจารณาย่างรอบคอบว่าท่านมีความคิดเห็นตรงกับคำตอบในช่องใดมากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องนั้น เพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบทุกข้อ
- เกณฑ์การเลือกตอบ มีดังนี้
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของท่านอย่างมาก
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของท่าน
- เฉยๆ หรือไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อท่านเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจว่ามีความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่ออย่างไรกับข้อความนั้น
- เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของท่าน
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของท่านอย่างมาก

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	เฉยๆหรือ ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
0 การเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของ ตนเองอยู่เสมอ ป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยได้				✓	

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	เฉยๆหรือ ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<u>การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเกิดภาวะหัวใจวาย</u> <u>เลือดคั่ง</u> 1. ฉันมีสุขภาพไม่สมบูรณ์ ทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ง่ายกว่าคนปกติ <u>แรงจูงใจในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพทั่วไป</u> 30. ฉันมักปฏิบัติในสิ่งที่ช่วยให้สุขภาพของฉันดีอยู่เสมอ					

ภาคผนวก ง .
ตัวอย่างแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง



แบบสอบถาม

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะประเมินความรู้ความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับภาวะหัวใจวายเลือดคั่งและการดูแลรักษาสุขภาพ โปรดตอบแบบสอบถามความคิดเห็นของท่านอย่างแท้จริงทุกข้อ ผลที่ได้จากการประเมินครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ท่านเห็นว่าถูก และใส่เครื่องหมาย X หน้าคำตอบที่ท่านเห็นว่าผิด ในแต่ละข้อ อาจมีคำตอบถูกมากกว่า 1 คำตอบ โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ หรือ X ทุกคำตอบ

1. โรคที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง ได้แก่อะไรบ้าง ?

- ก. โรคความดันโลหิตสูง
- ข. โรคเส้นหัวใจพิการ
- ค. โรคไตวายเรื้อรัง
- ง. โรคปอดบวม

16. มีอาการผิดปกติอะไรบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งต้องมาพบแพทย์จนถึงวันนัด

- ก. มีอาการบวมที่ข้อเท้า หลังเท้า หรือหน้าแข้งทั้ง 2 ข้าง
- ข. ใจสั่น หรือรู้สึกหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ หรือไม่สม่ำเสมอ
- ค. ใจมากขึ้นในตอนกลางคืนหลังจากเข้านอนแล้ว
- ง. เป็นไข้หรือสงสัยว่าจะเป็นโรคติดเชื้อ