



ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2541

ISBN 974-662-004-5

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

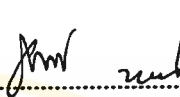
รพ
๕๒๗๑๒
๕๕๔๑

310158 ๐.๑

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ


.....

ชวนพิศ ทำนอง

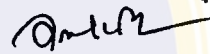
ผู้วิจัย


.....

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ วท.บ.(พยาบาล),

M.S., DN.Sc.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....

อานรรักษ์ เชื้อประไพศิลป์ วท.บ.(พยาบาล),

วท.ม.(พยาบาลศาสตร์), Ph.D.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....

พยอม อยู่สวัสดิ์ วท.บ.(พยาบาล),

วท.ม.(สรีรวิทยา), Ph.D.

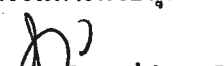
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....

เบญจจา ขอดดำเนิน-แอ็กติกข์ B.A.,

M.A., Ph.D.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....

ทัศนา บุญทอง ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรคุณวุฒิบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์


.....

ศาสตราจารย์เลียงซัย ลิมล่อมวงศ์ Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2541


.....

ชวนพิศ ทำนอง

ผู้วิจัย


.....

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ วท.บ.(พยาบาล),

M.S., DN.Sc.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

อานันท์ เชื้อประไพศิลาปี วท.บ.(พยาบาล),

วท.ม.(พยาบาลศาสตร์), Ph.D.

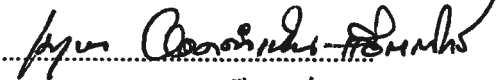
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

พยอม อยู่สวัสดิ์ วท.บ.(พยาบาล),

วท.ม.(สรีรวิทยา), Ph.D.

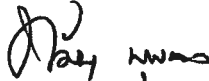
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

เมธญา ขอดดำเนิน-แอ็กติกข์ B.A.,

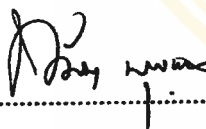
M.A., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

ทัศนากุญทอง ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี


.....

ทัศนากุญทอง ค.บ., M.S., Ed.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

ชนิษฐา นันทบุตร วท.บ.(พยาบาล),

M.P.H., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

ศาสตราจารย์เลียงชัย ล้อมล้อมวงศ์ Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือและกำลังใจจากหลาย ๆ ท่าน ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการ ได้ให้ความร่วมมือ ความไว้วางใจ และเล่าถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยอันมีคุณค่ายิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ รองศาสตราจารย์ ดร.พยอม อยู่สวัสดิ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.เบญจจา ยอดคำเนิน-แอ็ดติง คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็น คำแนะนำ ให้เวลา และกำลังใจในการศึกษาอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ บุญทอง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นันทบุตร ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำเพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจอายุรศาสตร์และคลินิก โรคหัวใจ และความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ โครงการร่วมผลิตบัณฑิตระดับปริญญาเอกสาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลที่ได้ให้ทุนวิจัยบางส่วน ขอขอบคุณคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่รับภาระงานแทนขณะศึกษา ขอขอบคุณพลังใจและเวลาจากเพื่อนร่วมรุ่นในหลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล คุณอุบล ปาระมี ที่ได้ช่วยเหลือในการจัดพิมพ์วิทยานิพนธ์ และพี่ ๆ เพื่อน ๆ ที่หวังใจให้ความอนุเคราะห์ที่พัก ยานพาหนะและกำลังใจอยู่เสมอ ผู้วิจัยซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อและคุณแม่ ตลอดจนพี่น้องทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน รอคอยวันสำเร็จด้วยความรักและความหวังใจตลอดมา

ชวันพิศ ทำนอง

3536155 NSNS/D : สาขาวิชา : พยาบาลศาสตร์ : พย.ค. (พยาบาลศาสตร์)

คำสำคัญ : ประสบการณ์การเจ็บป่วย / ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ชวนพิศ ทำนอง : ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (ILLNESS EXPERIENCE OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : ศุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, DNSc., พยอม อยู่สวัสดิ์, Ph.D., อภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, Ph.D., เบญจมา ยอดคำเนิน-แอ็ดติคจ์, Ph.D., 172 หน้า ISBN 974-662-004-5

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ประสบการณ์ การจัดการต่อการเจ็บป่วย และปัจจัยเงื่อนไขต่อการจัดการการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 20 คน เลือกแบบเจาะจงจากแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2539 ถึงเดือน มีนาคม 2541 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกต จดบันทึกภาคสนาม และบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีของ โคลไลซซี (Colaizzi)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตามการรับรู้อาการเจ็บแน่นหน้าอกในการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง แสดงความหมายที่สะท้อนถึงความรู้สึกต่อความรุนแรงและอันตรายต่อชีวิตว่า เป็นโรคร้ายแรง และน่ากลัว มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและทวีความรุนแรงอย่างรวดเร็ว ทำให้หายใจไม่ออก และไม่มีแรง อาจทำให้ตายได้ง่ายๆ เมื่ออาการเจ็บป่วยหายไปให้ความหมายว่าเป็นโรคที่รักษาให้หายขาด และให้ความหมายที่บ่งบอกถึงการคุกคามต่อการดำเนินชีวิตว่า เป็นโรคที่รักษายาก มีสาระสำคัญของประสบการณ์การเจ็บป่วย 3 ประการคือ 1) เชนิญาอาการเฉียบพลัน ได้แก่ เกิดขึ้นทันทีทันใด รุนแรงและทรมาน และกลัวตายคนเดียวและกลัวไม่มีคนรู้ไม่มีคนช่วย 2) รับผิดชอบให้ชีวิตรอดโดยเข้าโรงพยาบาลโดยด่วน รับผิดชอบทันทีและคอยเฝ้าดูอาการ 3) ประคับประคองให้ชีวิตอยู่ได้ ด้วยการเลือกรับและจัดการรักษาอย่างต่อเนื่อง สร้างพลังใจให้เข้มแข็ง ปรับแบบแผนชีวิต และแสวงหาความรู้ โดยมีแบบแผนของการเจ็บป่วยและการจัดการการเจ็บป่วยในลักษณะของการเรียนรู้ที่เป็นวงจรต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องได้แก่ การให้ความหมายของโรค ภาวะทางการเงิน ความเกรงใจ ภาวะในครอบครัว การดูแลเอาใจใส่ของครอบครัว คำแนะนำที่ไม่ชัดเจนและครบถ้วน ข้อมูลด้านสุขภาพ และแหล่งประโยชน์

ผลของการศึกษานี้ชี้แนะถึงความจำเป็นที่พยาบาลต้องมีความเข้าใจถึงการรับรู้ การให้ความหมาย และการจัดการต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่คำนึงถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะโรคสงบได้ยาวนาน

3536155 NSNS/D : MAJOR : NURSING SCIENCE ; D.N.S (NURSING SCIENCE)

KEY WORDS : ILLNESS EXPERIENCE / ISCHEMIC HEART DISEASE

CHUANPIT TUMNONG : ILLNESS EXPERIENCE OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE. THESIS ADVISORS : SUCHITRA LAUNGAMORNLEERT DNSc., APORN CHUAPRAPAISILP Ph.D., PAYOM EUSWAS Ph.D., BENCHA YODDUMNERN-ATTIG Ph.D. 172 p. ISBN 974-662-004-5

This phenomenological study aimed to explore the meaning of illness with ischemic heart disease, the experience of illness management and influencing factors. A purposive sample of ischemic heart disease patients were selected from the out patient department of a hospital in Northeastern Thailand. The study was conducted from December 1996 to March 1998. Data were collected by conducting in-depth interview, observation, writing field notes, tape recording, and examining hospital patient records. The Colaizzi method was used for data analysis.

The results showed the meaning of illness with ischemic heart disease was given according to their perceived symptoms of chest pain reflecting severity and life threatening, as harmful disease, acute chest pain grow up so quickly leading to dyspnea and weakness might die easily, the meaning given while absent of symptom was the disease can be cured and the meaning of life threatening was reflecting a threat to life style, the disease that is difficult to cure. The experience of illness appeared in three main themes. These were 1) facing acute symptoms, including suddenly occurring; increasing severity and suffering; and being fear of dying alone and being helpless 2) going to a hospital immediately for life saving with urgently receiving treatment and being watchful, and 3) supporting to live long life by continuously select and manage therapeutic modalities, empowering self, adjusting lifestyle, and seeking knowledge. The pattern of illness and its management showed as the continuous cycle of learning with the influencing factors of given meaning of illness, economic situations, being modest, family burden, family caring, incomplete and unclear advice, health information, and other resources.

This study indicated the necessity for nurses to understand patients' perception of meaning and managing the illness of ischemic heart disease, as well as the need to design continuity of nursing care approach which incorporate patients' experiences of illness in order to help the patients live longer period of remission of illness.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ง
บทคัดย่อภาษาไทย	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
คำถามการวิจัย	8
นิยามศัพท์	9
ประโยชน์ที่ได้รับการวิจัย	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการวิจัย	10
แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	10
แนวคิดความเจ็บป่วยและการจัดการต่อความเจ็บป่วย	27
ลักษณะทางสังคมและการดำรงชีวิตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	32
แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	42
การเลือกสถานที่ศึกษา	42
สถานการณ์การศึกษา	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44
จริยธรรมในการวิจัย	45
การเตรียมความพร้อมของวิจัย	45
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	47

การวิเคราะห์ข้อมูล	49
การประเมินความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของข้อมูล	51
บทที่ 4 ผลการวิจัย	52
ส่วนที่ 1. ข้อมูลภูมิหลังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	52
ส่วนที่ 2. ประสิทธิภาพการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	60
2.1 ความหมายของการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.....	60
2.2 สาระสำคัญของประสิทธิภาพการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.....	69
ส่วนที่ 3. แบบแผนประสิทธิภาพการเจ็บป่วย การจัดการต่อการเจ็บป่วยและปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง.....	104
บทที่ 5 การอภิปรายผล.....	124
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง.....	124
การให้ความหมายของการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.....	125
แบบแผนประสิทธิภาพการเจ็บป่วย การจัดการต่อการเจ็บป่วย และปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง.....	128
บทที่ 6 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	131
สรุปการศึกษา.....	131
ข้อเสนอแนะ.....	135
เอกสารอ้างอิง	138
ภาคผนวก.....	
ก แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา	152
ข แนวคำถามในการสัมภาษณ์	155
ค คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์สำหรับผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัย	157
ง แผนภูมิการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	159
ประวัติผู้วิจัย	172

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะภูมิหลังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	54
2	แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามชนิดของปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	56
3	แสดงชนิดของการรับการรักษาแผนปัจจุบันและแบบทางเลือกในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	57

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	แสดงลักษณะการเกิดอาการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในลักษณะเจ็บแน่นหน้าอกปางตาย และเจ็บแน่นหน้าอกของผู้ป่วยในแต่ละคน ในช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วย	58
2	แบบแผนประสบการณ์การเจ็บป่วย การจัดการต่อการเจ็บป่วย และปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	121

บทที่ 1

บทนำ

ในบทนี้เป็นเนื้อหาที่น่าสนใจที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยเริ่มด้วยการกล่าวถึง ความรุนแรงของปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ปัญหาของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบต่อสุขภาพ และการดำเนินชีวิต ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลรักษา ความจำเป็นของการศึกษาวิจัยด้วยวิธีเชิงปรากฏการณ์วิทยา ตลอดจนกรอบแนวคิดการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย คำถามการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรืออาจเรียกว่า โรคหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ (Atherosclerosis heart disease or Ischemic heart disease or Coronary heart disease) เป็นโรคหนึ่งที่เคยเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการตายของประชากรหลายประเทศในกลุ่มที่พัฒนาเป็นประเทศอุตสาหกรรม โดยเฉพาะกลุ่มประเทศในซีกโลกตะวันตกเป็นเวลานานกว่า 20 ปี ที่โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นสาเหตุของการเพิ่มอัตราการตายของประชากรอย่างรวดเร็ว และเป็นสาเหตุสำคัญของการตายอันดับหนึ่งหรือในอันดับต้น ๆ (American Heart Association cited in Fleury, 1992; Friedman & Ulmer, 1984; Davidson, 1991) ปัจจุบันพบว่าอัตราการตายของประชากรในกลุ่มประเทศดังกล่าวหลายประเทศกำลังลดลง แต่กลับพบว่าประเทศในกลุ่มที่กำลังพัฒนาและด้อยพัฒนากำลังมีอัตราการเจ็บป่วยและการตายของประชากรด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มสูงขึ้น (Davidson, 1991) ประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่กำลังเผชิญกับปัญหาของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่เพิ่มสูงขึ้น

จากรายงานสถิติสาธารณสุขของประเทศไทยปรากฏว่า ในระยะเกือบ 20 ปีที่ผ่านมา อัตราตายของประชากรด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างมากจากร้อยละ 0.3 ใน พ.ศ. 2520 เป็นร้อยละ 2.7 ใน พ.ศ. 2538 ต่อประชากร 100,000 คน (กองสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2522, ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข, 2540) โดยเฉพาะในช่วง 5 ปี นับแต่ พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2538

อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เกินกว่า 1 เท่าจากร้อยละ 1.3 ใน พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 2.7 ใน พ.ศ. 2538 จากรายงานสถิติของภาคตะวันออกเฉียงเหนือแสดงให้เห็นว่าทั้งอัตราผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนผู้ป่วยในอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน โดยมีอัตราผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.9 ในพ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 16.83 ใน พ.ศ. 2538 และอัตราผู้ป่วยนอกโรกระบบไหลเวียนเลือดได้เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 19.8 ใน พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 32.54 ใน พ.ศ. 2538 (กองสถิติสาธารณสุข 2535, ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข, 2540)

นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มที่คาดว่าประเทศไทยจะมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มสูงขึ้นดังจะเห็นได้จากการศึกษาถึงอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจตีบของ อุไรวัฒน์ คชาชีวะ และคนอื่น ๆ (2535) ที่อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง ในประชากรจำนวน 1,659 ราย (ชาย 625 ราย หญิง 1,034 ราย) ที่มีอายุระหว่าง 35-80 ปี ซึ่งจากผลการศึกษาคณะผู้วิจัยประมาณการว่าอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะเวลา 1 ปีนั้นคาดว่าเพศชายจะเป็นโรคเพิ่มขึ้นจำนวน 3 ราย และเพศหญิงจะเป็นโรคเพิ่มขึ้นจำนวน 1.7 รายต่อประชากร 1,000 ราย หรือโดยรวม 2.3 รายต่อประชากร 1,000 ราย นอกจากนี้ยังคาดว่าจำนวนผู้ป่วยจะมีแนวโน้มว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นตามกระแสของการพัฒนาประเทศเป็นนิคม หรือประเทศอุตสาหกรรม (สุรเกียรติ์ อาชานานุกาฬ, 2533; สุภชัย ไชยธีระพันธ์, 2533) อีกทั้งยังคาดว่าผลจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์ที่สามารถรักษาผู้ป่วยในระยะวิกฤตให้รอดชีวิต จึงทำให้มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น (สุภชัย ไชยธีระพันธ์, 2530)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นถึงการขยายตัวเพิ่มขึ้นของประชากรที่เจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในหมู่คนไทย ซึ่งเป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งเป็นปัญหาที่สำคัญด้านการสาธารณสุขและการพัฒนาของประเทศที่ยังต้องการแก้ไข

การเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ และเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก (Christman, et. al. 1988) เนื่องจากถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงทุเลาลง หรือไม่ปรากฏอาการเจ็บป่วย แต่อาการเจ็บป่วยอาจกำเริบอย่างรุนแรง และเฉียบพลันทันที จนถึงขั้นภาวะช็อก หรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ซ้ำ ๆ (Shah, 1991; Polaski & Tatro, 1996) และในภาวะที่อาการของโรคสงบ แต่พยาธิสภาพของโรคที่ยังคงอยู่ไม่สามารถรักษาจัดให้หายไปได้นั้น ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะ

คุณภาพต่อการดำเนินชีวิต ในหลาย ๆ ด้าน กล่าวคือผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาด้านการเจ็บป่วยที่อาจกำเริบหรือมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากรายงานการวิจัยพบว่า ปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะแตกต่างกันตามความรุนแรงของการเป็นโรค แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญปัญหาที่คุกคามการดำเนินชีวิตมากที่สุด (Bennett, 1992) ปัญหาด้านการอยู่รวมในสังคมและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เวลาและมีกิจกรรมที่เป็นส่วนรวมในสังคมน้อยลง (จริยา ตันติธรรม, 2536; Sauve, 1994) ปัญหาด้านการทำงานนั้นพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการประกอบอาชีพ เนื่องจากความสามารถในการทำงานของหัวใจลดลง ผู้ป่วยบางคนจึงไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้อย่างเดิม (จริยา ตันติธรรม, 2536; Bennett, 1992) ซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องถึงปัญหาด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย และครอบครัวเนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการประกอบอาชีพหารายได้ นอกจากนี้การเจ็บป่วยยังเป็นปัญหาที่ต้องการการปรับต่อการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากทั้งผู้ป่วย และคู่สมรสส่วนมากมีความกลัวต่ออันตรายและเกิดหัวใจวาย จากการมีเพศสัมพันธ์ (จริยา ตันติธรรม, 2536, Bedsworth, & Molen, 1982) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซึ่งเผชิญกับปัญหาการดำเนินชีวิตในหลาย ๆ ด้านเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความทุกข์ และความเครียดที่วิถีชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไป (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; Donnelly, 1993)

เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่พบว่าเกิดความผิดปกติในหลอดเลือดหัวใจที่มีการก่อตัวของปลาค (plaque) อุดกั้นการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลงจนเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้น การรักษาส่วนใหญ่จึงเป็นการแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดหัวใจ การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในปัจจุบันในประเทศไทยมี 3 วิธี (ธาดา ชากร, 2536, สมชาติ โลจายะ และคนอื่น ๆ, 2536) คือ การรักษาด้วยยา เพื่อควบคุมอาการของโรคทำให้อาการทุเลาลง หรือสงบไปได้ โดยเฉพาะในกรณีที่มีหลอดเลือดหัวใจตีบไม่มาก หรือไม่ได้เป็นกับหลอดเลือดขนาดใหญ่ แต่ถ้าวการรักษาด้วยยาไม่ได้ผลมีการตีบแคบอย่างรุนแรงปานกลาง แพทย์อาจให้การรักษาด้วยการฉีดยาขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous transluminal coronary angioplasty : PTCA) เป็นวิธีศัลยกรรมตกแต่งหลอดเลือดหัวใจโดยเจาะหลอดเลือดผ่านทางผิวหนัง แล้วสอดสายสวนหัวใจชนิดพิเศษที่มีบอลูนติดอยู่ที่ปลายเข้าไปยังหลอดเลือดหัวใจ เพื่อขยายหรือฉีดยาขยายหลอดเลือดส่วนที่ตีบแคบนั้น แต่ถ้าวการตีบแคบเกิดขึ้นซ้ำอีกอาจรักษาด้วยวิธีฉีดยาขยายหลอดเลือดซ้ำ หรือรักษาด้วยวิธี ผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graph ; CABG) เพื่อต่อหลอดเลือดให้ใหม่ โดยเลี้ยงจุดที่ตีบแคบช่วยให้มีเลือดไหลผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น ทั้ง 2 วิธีหลังนี้ต้องใช้เครื่องมือพิเศษที่ค่อนข้าง

ข้างสลับซับซ้อน และจะทำในกรณีที่มีการรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล หรือเป็นกรณีพิเศษ แต่การรักษาดังกล่าวนี้เป็นเพียงวิธีที่ช่วยลดความรุนแรงของโรคลง ไม่ได้รักษาโดยตรงที่สาเหตุ เป็นการรักษาที่ปลายเหตุ ดังนั้นการเจ็บป่วยจึงกำเริบได้อีก การรักษาดังกล่าวอาจช่วยให้ลดความรุนแรงและลดชนิดของยาลงได้ หรืออาจจะช่วยให้สามารถควบคุมโรคจนเลิกใช้ยา แต่สาเหตุโรคที่ยังคงอยู่ ผู้ป่วยก็ยังคงมีอันตรายที่สูง

เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่เชื่อว่ามีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายอย่าง (Multifactor) ที่ส่งเสริมให้เกิดการอุดตันในหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยอันเนื่องมาจากพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตของบุคคล ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่มีไขมัน และโคเลสเตอรอลสูง รวมทั้งบริโภคนิสัยที่ทำให้เกิดโรคอ้วน การขาดการออกกำลังกาย หรือมีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่ก่อนแล้ว หรือมีบุคลิกภาพแบบ เอ (Type A personality) เป็นต้น (Carleton 1992; Friedman & Ulmer, 1984; Long, et al., 1993; Phipps, et al., 1991) ดังนั้นผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยยา หรือการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือทำบอลลูนแต่ไม่ได้ปรับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน และควบคุมการกำเริบโดยติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินติดตามอาการของโรคว่าสงบหรือลุกลาม มิฉะนั้นอาการเจ็บป่วยก็อาจกำเริบได้อีก

จากปัญหาการเจ็บป่วยที่การรักษายังไม่สามารถแก้ไขสาเหตุของโรคที่เกิดขึ้น ถึงแม้จะได้รับการรักษาด้วยการใช้เทคนิคขั้นสูง เช่น การฉีดยาขยายหลอดเลือด หรือการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยยังต้องรับการรักษาต่อเนื่องที่ยาวนานเพื่อควบคุมโรค ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรค ไม่ให้เกิดการกำเริบ การดำเนินของโรคจึงกลับมารุนแรงได้ซ้ำอีกหลายครั้ง นอกจากปัญหาจากการเจ็บป่วยกำเริบจะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังแสดงให้เห็นถึงความสูญเปล่าของการรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย เป็นการสูญเปล่าที่สูญเสียทั้งเวลา เงิน และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทั้งการซื้อยา และอุปกรณ์การแพทย์จากต่างประเทศ เป็นรายจ่ายทั้งของผู้ป่วย ของรัฐ และบริการด้านสาธารณสุขเพื่อการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ได้ใช้เงินเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพสูงมาก โดยเฉพาะในด้านการรักษาโรค ซึ่งควรเป็นการใช้เงินในด้านการป้องกันโรคมามากกว่า (ประเวศ วะสี, 2537) การป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จึงเป็นแนวทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับโรคอย่างมีความสุข

ดังนั้นเพื่อควบคุมไม่ให้โรคดำเนินความรุนแรงเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงได้รับคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่เชื่อว่าเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการเจ็บป่วยควบคู่กับการรักษา แต่เป็นการ

ยากที่ผู้ป่วยทุกคนจะสามารถเลิกการปฏิบัติตัวที่เคยปฏิบัติมาเป็นเวลานานได้อย่างสำเร็จและต่อเนื่อง (Sivarijan, et al., 1983; Astrup, 1990; Wynn, Godland & Walton, 1990) เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นเรื่องซับซ้อน มีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธกับองค์ประกอบอื่น ๆ อีกมาก ทั้งพฤติกรรมส่วนบุคคล วิธีคิด การใช้ปัญญา สภาพแวดล้อมทางสังคม ความเชื่อและวัฒนธรรม (วลัยทิพย์, 2534; Bandura, 1986) จากรายงานการวิจัยส่วนมากจึงพบว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถปรับการดำเนินชีวิต เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก หรือการควบคุมการบริโภคอาหารตามคำแนะนำในการรักษาของแพทย์ หรือตามแบบแผนที่บุคลากรสุขภาพกำหนดให้ได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะปฏิบัติได้เฉพาะในช่วงแรกของการพักฟื้นหรืออย่างมากที่สุดเพียง 3 เดือนเท่านั้น (Allen & Allen, 1986; Carmody, et al., 1980; Miller, et al., 1988; 1989; 1990) ซึ่งการเลือกที่จะปฏิบัติตัวอย่างไร หรือเลือกรับการรักษาอย่างไรของผู้ป่วยนั้นจึงเป็นปัญหาที่ต้องการการศึกษาเพิ่มเพื่อทำความเข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิด การให้เหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติ หรือตัดสินใจดำเนินชีวิตตามที่เป็นอยู่

ดังนั้นปัญหาการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่กล่าวมาจำเป็นต้องได้รับความสนใจและศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง แต่จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในสังคมไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นการศึกษาวิจัยเฉพาะช่วงใดช่วงหนึ่งของการเจ็บป่วย เช่น การศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะวิกฤติ (จริยา ตันติธรรม, 2536) หรืองานวิจัยที่เป็นการศึกษาในรูปแบบของการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในมุมมอง หรือทัศนะของแพทย์ และพยาบาล ซึ่งเป็นคนนอก (Etic) โดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามรูปแบบที่กำหนดไว้ เช่น รูปแบบของโปรแกรมการให้สุขศึกษา (ถนอมขวัญ คำปาน, 2539) หรือเป็นการศึกษาบางโน้ตสนที่ผู้วิจัยเชื่อว่ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เช่น ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน การสนับสนุนทางสังคม (ประภา รัตนเมธานนท์, 2532; กรรณิกานันท์ หาญสูงเนิน, 2534; กุลธิดา พานิชกุล, 2536) ซึ่งการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาสุขภาพที่แยกส่วน และเป็นการมองในทัศนะของผู้วิจัย เนื่องด้วยในธรรมชาติของมนุษย์ที่ประกอบด้วยร่างกายและจิตใจมีแบบแผนการดำเนินชีวิตเฉพาะตัว มนุษย์มีความสัมพันธ์กับผู้คนและธรรมชาติแวดล้อมแตกต่างกันไป (พระไพศาล วิสาโล, 2536) ดังนั้นการได้มาซึ่งความรู้ที่มาจากมุมมองในบริบทของแต่ละคนจะได้มาจากการศึกษาในลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพที่ให้ความสำคัญของการมองประสบการณ์อย่างภาพรวม (Holistic approach) ซึ่งยังไม่ปรากฏการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ศึกษาความคิด ความรู้สึก การให้เหตุผลของผู้ป่วยต่อประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนอย่างลึกซึ้งและครอบคลุม

ซึ่งผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่กลับไปใช้ชีวิตอยู่กับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ยังคงเกิดการเจ็บป่วยที่คุกคามการดำเนินชีวิตยังขาดการได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม สะท้อนถึงการขาดความรู้ ความเข้าใจที่จะอธิบายถึง ประสพการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยอันนำมาซึ่งแนวทางในการให้ความช่วยเหลือที่แท้จริงตรงกับปัญหาของผู้ป่วย

เนื่องจากผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ที่เผชิญกับการเจ็บป่วยเองนั้นย่อมต้องเกิดการเรียนรู้ และสร้างวิถีจัดการต่อการเจ็บป่วยตามประสพการณ์ที่ได้รับทั้งอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม ลักษณะของอาการเจ็บป่วย การบำบัดรักษา และข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ ที่มีการแลกเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลาของการเจ็บป่วย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรด้านสุขภาพที่มีบทบาทและความรับผิดชอบที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจะต้องมีความเข้าใจในความคิด เหตุผล และการจัดการต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เพื่อสามารถจัดบริการการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องกับปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง และจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยไม่มีการคุกคามจากการเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตที่มีอยู่อย่างปกติสุข หรือใกล้เคียงกับภาวะปกติตามเป้าหมายของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (เกษม วัฒนชัย และคณะ, 2531; Cunningham, et al., 1988)

ดังนั้นพยาบาลในฐานะของผู้ให้บริการ จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับการให้ความหมายต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อประสพการณ์การเจ็บป่วย การจัดการต่อการเจ็บป่วย และปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในทัศนะของผู้ป่วย (Emic) ผู้ศึกษาจึงมีความเห็นว่าการศึกษาระบบการศึกษาระดับปริญญาโท เป็นกระบวนการที่สามารถค้นหาความหมายในประสพการณ์ชีวิตของบุคคลด้วยการสัมภาษณ์อย่างลึก เพื่อให้เกิดความเข้าใจในประสพการณ์นั้น ๆ ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมกับการศึกษา ประสพการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และจะเป็นวิธีสร้างความรู้ใหม่ที่สำคัญช่วยให้นักวิชาการในวิชาชีพสุขภาพสามารถนำมาพิจารณากำหนดแนวทางในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างตรงตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อทำความเข้าใจในความหมายต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการจัดการต่อการเจ็บป่วยตามประสพการณ์จริงที่เกิดขึ้นในทัศนะหรือมุมมองของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้ปรัชญา และการวิจัย

เชิงคุณภาพด้วยวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย และใช้แนวคิดเกี่ยวกับ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของ บันดูรา (Bandura, 1986; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) แนวคิดการหาเหตุผลอธิบายความเชื่อและพฤติกรรมเกี่ยวกับการเจ็บ ป่วย (Explanatory model) ของไคลน์แมน (Kleinman, 1980) และแนวคิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง มาเป็นแนวทางในการตั้งคำถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ความ หมายต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การจัดการต่อการเจ็บป่วยรวมทั้งปัจจัยที่เป็นเงื่อนไข ต่อการจัดการการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยผู้วิจัยไม่ได้ใช้กรอบแนวคิดในการวิจัยดัง กล่าวนี้มาควบคุมการศึกษา

เนื่องด้วยวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นวิธีวิจัยที่ให้ความสำคัญต่อ ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้น ๆ ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์จะเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุด เป็นวิธี ศึกษาที่ใคร่ถึงรายละเอียดของสถานการณ์นั้น ๆ ตามความเป็นจริงในทุกมิติเพื่อให้เกิดความเข้าใจตาม ทัศนะของคนในที่มีลักษณะเฉพาะ ซึ่งการรับรู้ การให้ความหมาย และแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ของ บุคคลนั้น เป็นไปตามความเหมาะสมของบริบท (Context) ที่ผู้ถูกศึกษาอยู่ในขณะนั้น และเป็นการ ศึกษาที่คำนึงถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม การศึกษาแบบปรากฏ การณ์วิทยา เป็นวิธีการที่ให้ความสำคัญแก่คุณค่าของข้อมูลที่เป็นความรู้สัญนึกคิด โดยเฉพาะการให้ ความหมายต่อปรากฏการณ์ต่าง ๆ รอบตัว เป็นวิธีวิจัยที่ใช้การอนุมาน (Inductive) จากข้อมูลเรื่อง ราวที่สืบสวน รวมทั้งประสบการณ์ชีวิตอย่างเจาะลึกและครอบคลุม (ชาย โพธิ์สิตา, 2533; สุภาวงศ์ จันทวานิช, 2534; Munhall & Boyd, 1993)

เนื่องจากประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์การเรียนรู้อย่างหนึ่ง การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นทั้งพฤติกรรมภายในซึ่งหมายถึงความคิด และพฤติกรรมภายนอกซึ่งหมายถึงการกระทำ (Bandura, 1986) และจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา สังคม (Social cognitive theory) ให้ความสำคัญของการมองพฤติกรรมของบุคคล ความคิดการใช้ ปัญญาของบุคคลและลักษณะทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมของบุคคลเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้เสมอ โดยมีแนวคิดสำคัญที่ว่าปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ของบุคคลนี้ประกอบด้วย 1) ปัจจัย จากตัวบุคคลที่หมายรวมถึง ลักษณะทางกายภาพและการใช้ปัญญาความรู้ 2) ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมภายนอก และ 3) พฤติกรรมของบุคคล ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 นี้ต่างก็มีความสัมพันธ์และมี อิทธิพลต่อการกำหนดกันและกัน (Reciprocal determinant) ในแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทาง ปัญญาสังคมนี ให้ความสำคัญต่อการไม่อยู่นิ่งขององค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อกันและต่อพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติของมนุษย์ที่มีพฤติกรรม และการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงได้

ตามเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และเป็น การมองปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์อย่างองค์รวม (Holistic)

ดังนั้นในภาวะที่บุคคลเกิดการเจ็บป่วยย่อมหมายถึง เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ เกิดความไม่สุขสบาย บุคคลย่อมใช้ปัญญาในการคิดวิเคราะห์ถึงปัญหาและแนวทางแก้ไขและกระทำ หรือแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ไขการเจ็บป่วยนั้น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง อย่างเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะโรคสงบ และการกำเริบการเจ็บป่วย เป็นการเปลี่ยนแปลง ทางกายภาพที่ไม่หยุดนิ่ง จึงอาจจะมีผลต่อกระบวนการเกิด และการปฏิบัติพฤติกรรมต่อการเจ็บป่วยอยู่ อย่างต่อเนื่อง ในทำนองเดียวกันพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่ให้ผลต่อการเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นในทาง ที่ดีขึ้นหรือเลวลงย่อมมีผลต่อความคิด ความเชื่อ และการตีความการให้ความหมายต่อการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ ซึ่งการใช้กระบวนการทางปัญญาในการคิด วิเคราะห์หรือตีความจะให้ผลไปใน ทิศทางใดนั้นขึ้นอยู่กับ การได้รับข้อมูล การแสวงหาความรู้ การมีความรู้และสติปัญญาของบุคคลนั้น บุคคลมีข้อมูลเพียงพอ ใช้ความคิดและปัญญาในการตีความต่อลักษณะทางกายภาพ หรือการมีพฤติกรรม นั้น ๆ อย่างเป็นเหตุผล บุคคลก็จะสามารถเข้าใจต่อปัญหาการเจ็บป่วยและเลือกวิธีปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการใ้รู้ถึงความคิด การให้ความหมาย การตีความต่ออาการเจ็บป่วย และการจัดการต่อการ เจ็บป่วยของผู้ป่วย จะเป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหา และ ความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่ออธิบายความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตามการรับรู้ของผู้ป่วย
2. เพื่ออธิบายการจัดการต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
3. เพื่ออธิบายปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขต่อการจัดการการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ใจตีบ

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยอย่างไร
2. ผู้ป่วยจัดการต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างไรบ้าง
3. มีปัจจัยใดบ้างที่เป็นเงื่อนไขต่อการจัดการการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และรับรู้จากการบอกของบุคลากรการแพทย์ว่ามีอาการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะรักษาติดตามอาการเจ็บป่วยกับแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ ผลของการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตามทัศนะของผู้ป่วยได้ให้ความรู้ใหม่ที่ค้นพบอันเป็นประโยชน์ต่อพยาบาล และบุคลากรทางด้านสุขภาพที่จะใช้เพื่อเป็นการควบคุมโรค และส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้อย่างสอดคล้องกับความเป็นจริงในปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย เป็นแนวทางที่จะสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ดำรงชีวิตอยู่กับโรคอย่างมีความสุขไม่มีโรคกำเริบ อีกทั้งความรู้ที่ได้เป็นความรู้ใหม่ที่ช่วยพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลที่ตระหนักถึงการพยาบาลแบบองค์รวม

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ต้องการแสวงหาความจริงของประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในทัศนะของผู้ป่วยด้วยการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจึงเป็นในลักษณะที่ช่วยให้มองเห็นโครงสร้าง ความสัมพันธ์ของแนวคิดต่าง ๆ ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา และได้ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตของการศึกษา คำถามการวิจัย รูปแบบการวิจัยและอธิบายผลของการศึกษา วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในครั้งนี้มีรายละเอียดดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นแนวคิดที่แสดงให้เห็นถึงธรรมชาติที่สำคัญของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งประกอบด้วยพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ความซับซ้อนของโรค การเกิดอาการเจ็บป่วย การคุกคามต่อการดำเนินชีวิต การตรวจวินิจฉัย และการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
2. แนวคิดความเจ็บป่วยและการจัดการต่อการเจ็บป่วย เป็นแนวคิดที่สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยและการจัดการต่อการเจ็บป่วยของตนเพื่อให้ดำรงการมีชีวิตอยู่
3. ลักษณะทางสังคมและการดำรงชีวิตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อให้มองเห็นสภาพแวดล้อมของสังคมที่จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
4. แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นวิธีการที่แสดงให้เห็นถึงการแสวงหาความจริงของปรากฏการณ์ในทัศนะของคนในซึ่งจะช่วยให้ได้ความรู้ที่มาจากข้อเท็จจริงของสังคมนั้น ๆ จึงเป็นกระบวนการที่สำคัญของการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างแท้จริง

แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่มีความผิดปกติเกิดขึ้นกับหลอดเลือดหัวใจที่อาจรุนแรงมากขึ้นจนทำให้หัวใจบางส่วนขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างถาวร และรุนแรงถึงขั้นกล้ามเนื้อ

เมื่อหัวใจตาย ทำให้มีผลต่อระบบการทำงานของร่างกายผู้ป่วยอาจเสียชีวิตอย่างทันทีทันใดได้ การจะรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับหัวใจของผู้ป่วยนั้นจึงขึ้นอยู่กับอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเองรับรู้ได้ด้วยตนเอง และการได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการต่าง ๆ และการใช้เทคโนโลยี ดังนั้นการได้รู้ถึงธรรมชาติของพยาธิสภาพของโรค การเกิดอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การวินิจฉัยและการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจึงเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจในความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วย

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุของโรคที่แน่ชัด แต่เป็นโรคที่พบว่ามี การแข็งตัวของหลอดเลือดแดง (Atherosclerosis) โดยมีเนื้อเยื่อประเภทไขมัน ผังผืด โคลเลสเตอรอล รวมทั้งเกล็ดเลือดและส่วนประกอบอื่น ๆ มารวมตัวกันเกิดเป็นแผ่นเนื้อเยื่อหนูนหรือปล้ำก (Plaque) คาคออยู่ทั่วไปตามผนังชั้นในของหลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจ ทำให้เกิดการตีบ-ตันในหลอดเลือด ซึ่งปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นนี้เชื่อว่าเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบกันระหว่างที่ เกิดขึ้นกับชั้นเยื่อบุ (Endothelial) ของหลอดเลือดหัวใจซึ่งการเกิดปล้ำกนั้นเชื่อว่ามีกลไกการเกิดที่เป็นข้อสมมติฐานที่สำคัญ 2 ประการคือ สมมติฐานของการเกิดบาดแผลในหลอดเลือดหัวใจกับเยื่อบุ (Injury hypothesis) และสมมติฐานที่เริ่มจากมีไขมันสะสม (Lipogenic hypothesis)

ข้อสมมติฐานประการที่ 1 การเกิดบาดแผลกับเยื่อบุหลอดเลือดหัวใจนั้นเชื่อว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดบาดแผลมาจาก โคลเลสเตอรอลในเลือดสูง, ความดันโลหิตสูง และบุหรี่ ภาวะ โคลเลสเตอรอลในเลือดสูง (Hypercholesterolemia) จึงทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นและบาดเจ็บได้ง่าย กล่าวคือ จากภาวะความดันโลหิตสูงนาน ๆ เชื่อว่าแรงกระแทกของความดันโลหิตที่สูงทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเยื่อบุของหลอดเลือดหัวใจ และในส่วนของบุหรือนั้นสารคาร์บอน โมน็อกไซด์ที่เกิดขึ้นจะมีพิษต่อผนังของหลอดเลือดทำให้เกิดบาดเจ็บ จากการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นได้เป็นต้นเหตุของการก่อตัวของการก่อตัวของปล้ำก นอกจากนี้สารหลายอย่างจากบุหรี่ยังกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งอะดรีนาลีนออกมา ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้นและยังทำให้ไขมันถูกปลดปล่อยออกจาก เซลล์ไขมันเข้ามาตามกระแสเลือดและไปจับเกาะตามผนังของหลอดเลือดเป็นสาเหตุส่งเสริมให้หลอดเลือดแข็งตัว

เมื่อมีชั้นทรายเป็นเกิดขึ้นกับเยื่อบุหลอดเลือดหัวใจ เซลล์ในกระแสเลือดพวก Monocyte, Macrophage และเกล็ดเลือดจะรวมตัว และสร้างสารต่าง ๆ เปลี่ยนเป็น Foam cell แล้วมีแอล ดี

แอล (L D L : Low density lipoprotein) ซึ่งเป็นไลโปโปรตีนชนิดมีความหนาแน่นต่ำในกระแสเลือดมารวมตัวกัน และมี Growth factor กระตุ้นให้กล้ามเนื้อเรียบเจริญเติบโตเกิดเป็นรอยไขมัน (Fatty streak) ขึ้น แล้วกระจายเป็นปื้นแผ่นเนื้อเยื่อหนาที่เรียกว่า ปลั๊ก (Plaque)

ข้อสมมติฐานประการที่ 2 ที่เชื่อว่าการตีบแคบของหลอดเลือดเกิดจากไขมันสะสมนั้น มีข้อมูลที่สนับสนุนซึ่งพบว่าระดับไขมันในเลือดที่มีปริมาณสูงจะมีการแข็งตัวของหลอดเลือดเกิดขึ้น และการศึกษาก็พบว่าถ้าลดการบริโภคอาหารโคเลสเตอรอลก็จะทำให้ความหนาของปลั๊กที่เกิดขึ้นลดน้อยลงได้ (Wenger & Hellerstein, 1992)

พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นนั้นเริ่มด้วยรอยไขมันในชั้นของผนังหลอดเลือดมีปริมาณที่เพิ่มมากขึ้นและหนาตัวขึ้นเข้าไปในหลอดเลือด และเป็นจุดให้มีการเกาะจับของโคเลสเตอรอลสะสมทีละน้อยซึ่งอาจใช้เวลาหลายปีจึงจะมีขนาดใหญ่จนขัดขวางการไหลผ่านของเลือด

จากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดหัวใจตีบมีการอุดตันสะสมเป็นเวลานาน จนมีขนาดใหญ่ขัดขวางเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอจะทำให้เกิดพยาธิสภาพกับกล้ามเนื้อหัวใจตามมา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันตามความรุนแรงของการขาดเลือดไปเลี้ยงดังนี้

ถ้ากล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงลดลง แต่ไม่ถึงกับขาดเลือดไปเลี้ยง ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติทุกอย่างจะทราบเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบก็ต่อเมื่อได้รับการตรวจพิเศษ เช่น การทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการให้ออกกำลังกาย (Exercise stress test)

ถ้ากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจจะขาดออกซิเจนที่ใช้ในการเผาผลาญพลังงานทำให้ปล่อยสารเคมีออกมา จึงทำให้เกิดอาการเจ็บอกเกิดขึ้น หรือเจ็บร้าวไปยังแขนซ้ายด้านในหลังคอ หัวไหล่ ถ้ากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเพียงชั่วขณะอาการเจ็บอกก็จะเกิดในช่วงสั้น ๆ เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอกล้ามเนื้อหัวใจก็จะคืนสภาพเป็นปกติได้ดังเดิม ภาวะหัวใจขาดเลือดในลักษณะนี้เรียกว่า แองจิ้น่า เพคทอริส (Angina pectoris) แต่ถ้ากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงรุนแรงและเป็นเวลานานจนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย เรียกว่า ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) และเป็นภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถกลับ

กิ่นเป็นปกติดั้งเดิมได้ ลักษณะของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นในลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้สามารถตรวจสอบได้โดยการบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography : EKG)

การเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจึงเป็นโรคที่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นได้ทั้งหลอดเลือดหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดหัวใจนั้นสามารถแก้ไขลดความรุนแรงได้ด้วยวิธีการรักษาต่าง ๆ เช่น การรักษาด้วยยา การผ่าตัดเทคนิคต่าง ๆ ซึ่งภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้วอาจมีพยาธิสภาพกลับคืนได้อีก แต่พยาธิสภาพที่เกิดจากการตายของกล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถแก้ไขได้ จะยังคงมีร่องรอยปรากฏอยู่ต่อไปจึงทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีประสิทธิภาพในการทำงานสูบน้ำเลือดให้แก่ร่างกายลดลงซึ่งจะเป็นปัญหาต่อผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมอะไรที่ต้องออกแรงก็จะมีผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ เนื่องจากประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อีก

การเกิดอาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่พบว่าการดำเนินของโรคนั้นใช้ระยะเวลาในการก่อตัวที่ยาวนาน โดยในระยะเริ่มต้นบุคคลนั้นสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างตามปกติไม่ปรากฏอาการผิดปกติใด ๆ ให้รู้ และยังพบว่าการดำเนินของโรคในผู้ป่วยอาจใช้ระยะเวลานานได้ถึง 20 ปี หรือการก่อตัวของโรคเริ่มมีได้ตั้งแต่อยู่ในวัยเด็ก (Strong, 1983) ดังนั้นในระยะเริ่มก่อตัวของโรคและไม่ปรากฏอาการใด ๆ ถ้าไม่มีการตรวจเช็คร่างกายเพื่อวิเคราะห์โรคก็อาจจะไม่รู้ว่ามีโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเกิดขึ้นแล้ว

การปรากฏอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หรือจะสามารถวินิจฉัยโรคได้ก็ต่อเมื่อพยาธิสภาพของโรคได้ ดำเนินไปมากแล้ว (สมชาติ โลจายะ และวิชัย ดันไพจิตร, 2531) โดยจะปรากฏอาการก็ต่อเมื่อการตีบแคบในผนังหลอดเลือดหัวใจมีมากถึง 3 ใน 4 หรือร้อยละ 75 ของขนาดความกว้างรูของหลอดเลือดหัวใจ หรือเมื่อมีการหลุดลอกของก้อนเลือดไปอุดตันหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ จนเป็นสาเหตุทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจึงอาจมีลักษณะได้ต่าง ๆ กันตามความรุนแรงของการขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (Long, et al., 1993) โดยอาการที่เกิดขึ้นนั้นจะมีทั้งอาการเจ็บอกที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจึงขาดออกซิเจนที่ใช้ในการเผาผลาญพลังงานทำให้เกิดอาการเจ็บ และอาการที่เกิดจากประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลงสูบน้ำเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ลดลง ซึ่งการมีพยาธิสภาพที่รุนแรงต่างกัน อาการเจ็บป่วยที่ปรากฏก็จะแตกต่างกันด้วย เช่น ในกรณีที่ไม่รุนแรงซึ่งอาจมีเพียงเกิดการ

เปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจทำให้เกิดอาการใจสั่นโดยไม่แสดงอาการอื่น ๆ หรือกรณีที่รุนแรงมากซึ่งผู้ป่วยอาจเจ็บอกรุนแรงจนหมดสติ

เมื่อการตีบแคบมีมากขึ้นกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการถ้าหากผู้ป่วยมีการออกกำลังกายมากหรือมีกิจกรรมเพิ่มมากขึ้นก็ยิ่งจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ประสิทธิภาพในการสูบน้ำเลือดลดลงทำให้เกิดอาการเหนื่อยง่าย แต่เมื่อได้รับการพักผ่อนอาการก็จะหายไป

ถ้ากล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดเลี้ยงไม่เพียงพอจนขาดเลือดไปเลี้ยงหัวใจชั่วขณะ จะมีอาการเจ็บอกที่เรียกว่า แองจิ้น่า เพคทอริส โดยมีลักษณะของการเจ็บอกและอาการร่วม เช่น ผู้ป่วยอาจบรรยายว่ารู้สึกเจ็บแน่นในอก ปวดหนัก ๆ เหมือนมีอะไรบีบรัด หายใจลำบาก หรือรู้สึกแน่นท้อง นอกจากเกิดอาการเจ็บอกแล้วยังอาจรู้สึกเจ็บที่คอ ไหล่ แขน หลัง หรือขากรรไกรร่วมด้วย การเจ็บอกอาจมีการเจ็บร้าวไปตามแขนซ้ายด้านในคอหรือรักแร้ก็ได้ แต่อาการเจ็บนี้สามารถบรรเทาได้ด้วยยาขยายหลอดเลือดหรือยาอมใต้ลิ้น

แต่ถ้ากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างรุนแรงจนเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) อาการเจ็บอกก็จะรุนแรงมากขึ้น จะรู้สึกแน่นอึดอัด หายใจไม่ออก อาการเหล่านี้จะยังคงอยู่ถึงแม้ได้พักหรือภายหลังการอมยาขยายหลอดเลือด อาการเจ็บอกจะรุนแรงมากขึ้นจนมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น อ่อนเพลีย หดแรงแรง มึนงง ใจสั่น เป็นลม และอาจหมดสติได้

ผู้ป่วยบางคนอาจเกิดการตีบ-ตันของหลอดเลือดหัวใจจากก้อนเลือด (Thrombosis) ซึ่งใช้เวลาในการก่อตัวขึ้นมาในระยะเวลาเพียงไม่กี่ชั่วโมง หลังจากนั้นผู้ป่วยอาจจะตายอย่างกะทันหัน (Sudden cardiac death) (Long, et al., 1993; ไพบูลย์ สุริยวงศ์ไพศาล, 2533)

เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาด้วยการรับประทานยาขยายหลอดเลือด หรือนำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาช่วยในการรักษา เช่น การฉีดยาขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน หรือการผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจ เป็นเพียงวิธีการที่ช่วยให้หัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น อาการเจ็บป่วย เช่น อาการเจ็บอก หรืออาการเหนื่อยง่ายก็อาจจะทุเลาและหายไปได้ แต่ความผิดปกติในหลอดเลือดหัวใจที่มีการตีบแคบอาจมีการตีบแคบที่รุนแรงมากขึ้น

ได้อีก ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขสาเหตุที่เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ อาการเจ็บป่วยก็จะเกิดได้ซ้ำ ๆ ก็จะเกิดขึ้น ซึ่งอาการเจ็บป่วยที่เคยหายไประยะหนึ่งก็จะกลับมามีอาการเกิดขึ้นใหม่

ดังนั้นอาการเจ็บป่วยที่ปรากฏในผู้ป่วยแต่ละคนจึงอาจมีลักษณะแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ และตำแหน่งที่มีการตีบแคบในหลอดเลือด ซึ่งจากประสบการณ์ของการเจ็บป่วยผู้ป่วยอาจรับรู้ต่ออาการเจ็บป่วยกับการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่แตกต่างกันได้ นอกจากนี้ยังมีอาการเจ็บอกที่เกิดขึ้นแต่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างเช่น การขย้อนของกรดในกระเพาะอาหารไปยังหลอดอาหาร (Esophageal reflux) อาจทำให้รู้สึกเจ็บหน้าอก ดังนั้นถ้ามีอาการเกิดขึ้นกับผู้ป่วยก็อาจทำให้เกิดความสับสนต่ออาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ (สมชาติ โสจายะ และคนอื่น ๆ, 2536) ซึ่งจำเริญที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการวินิจฉัยแยกโรคจากแพทย์จึงจะสามารถบอกความชัดเจนของอาการเจ็บป่วยนั้น ๆ ได้

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนั้นเกิดขึ้นทั้งกับหลอดเลือดหัวใจซึ่งมีการตีบแคบจากการก่อตัวของปลาคันในผนังชั้นในของหลอดเลือดหัวใจและพยาธิสภาพที่เกิดกับกล้ามเนื้อหัวใจในส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยง ดังนั้นในการรักษาฝ่ายแพทย์ได้พิจารณาให้การรักษาแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทั้ง 2 ลักษณะควบคู่กันไปตามแต่ระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีโรคหลายโรคที่เป็นสาเหตุชักนำของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โคลเลสเตอรอลในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งแพทย์จะให้การรักษาพร้อมด้วยเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจากสาเหตุชักนำเหล่านี้ ผู้ป่วยจึงได้รับยาประเภทยาหลายชนิด

ก่อนที่แพทย์จะพิจารณาเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย การตรวจเพื่อวิเคราะห์ลักษณะความรุนแรงของโรคจึงมีความจำเป็น ซึ่งมีวิธีการวินิจฉัยด้วยวิธีต่าง ๆ ดังนี้ (สมชาติ โสจายะ, บุญชอบ, พงษ์พานิช และ พันธุ์พิชญ์ สาครพันธ์, 2536 ; Phipps, Long & Wood, 1991)

1. การซักถามอาการเจ็บป่วยในขณะที่ทำกิจกรรมโดยเฉพาะอาการเจ็บอกและอาการเหนื่อยหอบในระหว่างผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตเพื่อประเมินระดับการทำงานของหัวใจว่าอยู่ในระดับที่รุนแรงหรือไม่

2. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ : เป็นวิธีหนึ่งที่ไม่ซับซ้อนสามารถตรวจพบว่ามีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอันเนื่องมาจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงหรือไม่ บริเวณส่วนไหนของกล้ามเนื้อหัวใจและเป็นแบบเฉียบพลันหรือไม่ แต่การตรวจที่พบว่าคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติแล้ว ก็มิได้แปลว่าไม่มีการเจ็บป่วยเป็นโรคนี้อีกขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย กล้ามเนื้อขาดเลือดไปเลี้ยงและกลับคืนเป็นปกติแล้ว เพียงแต่ว่ายังไม่ปรากฏภาวะของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดออกมาให้เห็นทางคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จึงอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่าไม่มี ความผิดปกติ ซึ่งแพทย์มักจะส่งผู้ป่วยให้เข้ารับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในขณะที่ออกกำลังกายโดยการเดินบนสายพานเลื่อน หรือเรียกว่า การทดสอบสมรรถภาพของหัวใจ (Exercise stress test) เพราะโอกาสที่หัวใจจะแสดงความผิดปกติของการมีเลือดเลี้ยงไม่เพียงพอเด่นชัดขึ้นในขณะที่ออกกำลังกาย

การทดสอบสมรรถภาพของหัวใจนั้นนอกจากจะช่วยบอกว่าการตีบแคบของหลอดเลือดมากจนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือไม่แล้ว การที่ผู้ป่วยสามารถเดินหรือออกกำลังกายได้นานหรือไม่นั้นยังช่วยบอกว่าหัวใจทำงานได้ดีหรือไม่ สามารถออกแรงทำกิจกรรมในระดับใด เป็นการประเมินความแข็งแรงและหน้าที่ของหัวใจอีกด้วย

ถ้าผู้ป่วยทดสอบสมรรถภาพหัวใจและพบว่าสามารถเดินออกกำลังกายได้เพียงเล็กน้อยก็ ปรากฏอาการเจ็บอก ก็ถือว่าการเจ็บป่วยที่รุนแรง ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีอื่นเพิ่มเพื่อ พิจารณาการให้การรักษา

3. การฉีดสารทึบรังสีเข้าทางหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ (Coronary angiography) การฉีดสารทึบรังสีจะช่วยให้เห็นตำแหน่งและขนาดของการตีบแคบในหลอดเลือด ช่วยเป็นข้อมูล ในการตัดสินใจว่าควรจะให้การรักษากับผู้ป่วยอย่างไรต่อไป เช่น ถ้ามีการตีบแคบเพียงเส้นเดียว และตำแหน่งไม่สำคัญ แพทย์ก็จะพิจารณาให้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา เพราะอันตราย หรืออันตรายพอ ๆ กับการผ่าตัด แต่ถ้ามีการตีบ-ตันหลอดเลือดหลายเส้น เป็นหลาย ๆ จุด และเป็นในตำแหน่งที่สำคัญ เช่น เป็นที่หลอดเลือดขนาดใหญ่ต้นทาง (Left main coronary artery) การรักษาเขี่ยยามักไม่ได้ผลดี ซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัดจะให้ผลที่ดีกว่า (สมชาติ โลจายะ และ คนอื่น ๆ, 2536)

จากการตรวจประเมินพยาธิสภาพและความรุนแรงของโรคแล้วแพทย์จะพิจารณาเลือกผู้ป่วย ควรจะได้รับการรักษาด้วยวิธีใดจึงจะเหมาะสม

วิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในปัจจุบัน มี 3 วิธีคือ การรักษาด้วยยา (Medical therapy) 2) การรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous transluminal coronary angioplasty : PTCA) และ 3) การรักษาด้วยการผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graph : CABG) (เกษม วัฒนชัย, 2535; ธาดา ชากร, 2534)

1. การรักษาด้วยยา

ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบด้วยยา ส่วนใหญ่จะให้ผลดีทำให้อาการทุเลาลงหรือสงบลงได้โดยเฉพาะในกรณีที่หลอดเลือดตีบไม่มากหรือไม่ได้เป็นหลายแห่ง หรือไม่ได้เกิดการตีบกับหลอดเลือดขนาดใหญ่ที่อยู่ต้นทาง

การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจนั้น มีขั้นตอนของการให้ยา (Stepped-care approach) ที่เริ่มจากการให้ยากกลุ่มไนเตรท (Nitrate) ต่อด้วยยาในกลุ่มปิดกั้นเบต้า (Beta-adrenergic blocking agents) และกลุ่มปิดกั้นแคลเซียม (Calcium-channel blocking agents)

ยาในกลุ่มไนเตรทนี้มีความสำคัญต่อการลดอาการเจ็บแน่นหน้าอกของผู้ป่วยในระยะเวลาดันรวดเร็ว โดยเฉพาะยาที่ให้ผลได้สั้น ได้แก่ ยาไนโตรกลีเซอริน (Nitroglycerine) ซึ่งจะเริ่มออกฤทธิ์ในระยะเวลาอันสั้นเพียง 30 วินาที อาการเจ็บอกจึงมักจะหายได้ภายใน 1-2 นาที และยาออกฤทธิ์ได้นาน 15-30 นาที ยาไอโซรดีล (Isordil) ก็เป็นยาที่เริ่มออกฤทธิ์ได้เร็วในระยะเวลา 5 นาที และออกฤทธิ์ได้นาน 1-2 ชั่วโมง ซึ่งจะนานกว่ายาไนโตรกลีเซอริน

อาการเจ็บอกที่หายได้นั้น ไม่ได้เป็นเพราะยามีฤทธิ์ทำให้แผ่นนูนหรือปลักที่มาอุดกั้นนั้นยุบตัวลงจนไม่ขัดขวางการไหลของเลือด แท้จริงแล้วยังไม่มียาชนิดใดที่มีสรรพคุณดังกล่าว แต่เป็นการออกฤทธิ์ที่ขยายหลอดเลือดที่มีเหตุผลสำคัญคือ ช่วยลดภาระการทำงานของหัวใจ (Pre load) เพราะการขยายตัวของหลอดเลือดในส่วนต่าง ๆ ช่วยลดเลือดไหลกลับหัวใจ หัวใจจึงออกแรงสูบฉีดเลือดลดลง ลดความต้องการใช้เลือดของกล้ามเนื้อหัวใจผู้ป่วยจึงได้รับการแนะนำให้นำยามได้สั้นพกติดตัวไปด้วย แต่ถ้าหลังอมยาแล้วอาการเจ็บอกไม่หายไปภายใน 10 นาที ให้อมซ้ำได้ทุก 5 นาทีต่ออีก 1-2 เม็ด แต่ถ้ายังไม่หายต้องรีบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

นอกจากยาในกลุ่มนี้จะมียาชนิดอมได้สั้นที่ออกฤทธิ์ในระยะเวลาอันสั้นแล้วยังมียาชนิดรับประทานที่มีระยะเวลาออกฤทธิ์ได้นานขึ้น ประมาณ 4-6 ชั่วโมง (เช่น Isosorbide dinitrate

10-40 mg) ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับประทาน 3-4 ครั้งต่อวัน หรือยาที่ออกฤทธิ์ได้นานประมาณ 8-12 ชั่วโมง (เช่น Isomack retard) ผู้ป่วยก็จะได้รับประทาน 2 ครั้งต่อวัน ซึ่งการพิจารณาเลือกว่าผู้ป่วยควรได้รับยารับประทานชนิดใดนั้นแพทย์จะพิจารณาตามระดับความรุนแรงของโรค และการเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก

นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนอาจได้รับการรักษาโดยให้ยาชนิดเป็นแผ่นแปะที่ผิวหนังซึ่งยาจะค่อย ๆ ถูกดูดซึมเข้าทางผิวหนังจึงออกฤทธิ์ได้นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง เช่น ยา Nitroderm TTS, Nitradise

ยาในกลุ่มบีตักันเบต้า เป็นยาที่ขัดขวาง Beta-1 receptors ที่หัวใจจึงช่วยขัดขวางการหดตัวของหัวใจ และยังช่วยลดอัตราการหดตัวของผนังหลอดเลือดแดงด้วย จึงลดอัตราเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต และลดการบีบตัวของหัวใจ จึงทำให้หัวใจต้องการออกซิเจนลดลง ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ โปพานอลอล (Propranolol) นาโดลอล (Nadolol) ทิมอลอล (Timolol) เมโทโพรลอล (Metoprolol) อทีนาลอล (Atenolol)

ส่วนยาในกลุ่มแคลเซียม เป็นยาที่ขัดขวางแคลเซียมเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจึงช่วยขัดขวางการหดตัวของหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งให้ผลคล้ายกับยาในกลุ่ม Beta-blocking agents ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Nifedipine, Diltiazem, Verapamil

ยาใน 2 กลุ่มหลังนี้จึงเป็นยาที่ช่วยลดการทำงานของหัวใจโดยตรงทำให้หัวใจได้พัก ซึ่งเป็นยาหลักสำคัญที่ใช้ในการรักษา เมื่อหัวใจได้พักเลือดที่มาเลี้ยงก็จะเพียงพอกับการทำงานของหัวใจ แต่ยานี้ไม่ใช่ยาที่ทำให้หลอดเลือดหัวใจที่ตีบ-ตันแล้วขยายออกมา เพราะพยาธิสภาพของหลอดเลือดที่แข็งและตีบไปแล้วไม่สามารถหายได้ แต่ยาจะช่วยให้การทำงานของหัวใจลดลง นอกจากยาดังกล่าวได้ช่วยขยายหลอดเลือดแล้ว ยังมีความหวังที่จะสามารถลดการตีบแคบในหลอดเลือดได้ ซึ่งแอสไพริน (Aspirin) เป็นยาหนึ่ง que เชื่อว่าช่วยลดการอุดตันได้ โดยยาในกลุ่มแอสไพรินนี้เป็นยาที่ได้นำมาใช้ในการป้องกันการอุดตันเพิ่มมากขึ้น โดยช่วยต้านไม่ให้เกล็ดเลือดมาเกาะตัวเป็นลิ่มไปอุดตันหลอดเลือดที่มีการตีบอยู่แล้ว ซึ่งขนาดของแอสไพรินที่ใช้จะมีขนาดต่ำประมาณ 160-325 มก.ต่อวัน

เนื่องจากการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาด้วยจึงมีความสำคัญต่อการควบคุม ป้องกันการกำเริบของโรค และลดความรุนแรง

ของโรค และเนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการแก้ไขและป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับหัวใจ ผู้ป่วยจึงรับประทานยาหลายชนิดและมีปริมาณที่รับประทานจำนวนมากเป็นเวลานาน แต่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนสามารถควบคุมการดำเนินของโรคได้แล้วก็จะลดปริมาณและขนาดยาลง ดังนั้นปริมาณการรับประทานยาในผู้ป่วยก็จะลดลงตามไปด้วย และสามารถลดลงจนถึงการเลิกรับประทานยาได้ในบางกรณี (ธาดา ชاکร, 2534) แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยก็ยังคงต้องพบแพทย์เป็นครั้งคราวเพื่อติดตามอาการของโรคว่าสงบหรือลุกลามอย่างไรหรือไม่

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเต็มที่แล้ว ผลการรักษายังไม่ดีพอผู้ป่วยกลับเกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น แพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาด้วยการผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจใหม่หรือการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจต่อไป แต่ถึงกระนั้นก็ตามภายหลังจากการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือการถ่างขยายหลอดเลือดผู้ป่วยก็ยังคงต้องรับประทานยาป้องกันการก่อตัวของป्लาคและปรับพฤติกรรมปฏิบัติการปฏิบัติตัวที่เป็นสาเหตุเพื่อป้องกันการกลับมาตีบใหม่ของหลอดเลือด

2. การรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

เป็นการรักษาด้วยวิธีศัลยกรรมตกแต่งหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สายสวนหัวใจชนิดพิเศษเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจตรงบริเวณที่มีการตีบแคบ การรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดนี้ผู้ป่วยจะมีบาดแผลเพียงเล็กน้อยจากการเจาะหลอดเลือดเพื่อสอดสายสวนเข้าไปยังหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งขั้นตอนการรักษาจะไม่ซับซ้อนและยุ่งยากเท่าการรักษาด้วยการผ่าตัดหลอดเลือดใหม่

การพิจารณาผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาก่อนการถ่างขยายหลอดเลือดและการผ่าตัดต่อหลอดเลือดใหม่ ที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยามาแล้วไม่ได้ผล หรือได้ผลไม่มากพอ ไม่ดีขึ้น หรือกลับเกิดการเจ็บป่วยทั้ง ๆ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเต็มที่แล้ว หรือแพทย์ได้ตรวจพบว่ามีพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง เช่น มีการตีบแคบในหลอดเลือดหลายแห่ง หรือมีการตีบแคบที่ต้นทางหลอดเลือดหัวใจ (Left main coronary artery) ซึ่งมีอันตรายมาก หรือพบว่ามี การตีบแคบตั้งแต่ร้อยละ 80-90 ของหลอดเลือดนั้น ๆ

ดังนั้นก่อนจะได้รับการรักษาด้วยวิธีใดนั้นจะต้องได้รับการตรวจพิเศษ โดยทดสอบสมรรถภาพหัวใจและการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดหัวใจซึ่งจะทำให้รู้ถึงขนาดตำแหน่งที่มีการตีบของหลอดเลือดหัวใจ และลักษณะอื่น ๆ ของทุก ๆ หลอดเลือดหัวใจอย่างละเอียด รวมทั้งการพิจารณาอายุ เพศ สุขภาพทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วยด้วย (ธาดา ชاکร, 2534)

ซึ่งลักษณะที่พิจารณาว่าควรได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจจะเป็นประเภทที่มี การตีบตันรุนแรงปานกลาง ไม่ได้ตีบที่หลอดเลือดต้นทาง (Left main coronary artery) หรืออยู่ ในตำแหน่งที่ไม่ซับซ้อนเกินกว่าจะใส่สายสวนเข้าไปได้ถึง

ภายหลังการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดสำเร็จแล้วผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น เพราะ เลือดไหลผ่านไปเลี้ยงหัวใจได้สะดวกขึ้น แต่พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดแล้วหลอดเลือดอาจกลับมาตีบได้อีกในระหว่าง 6-7 เดือนหลังการทำ (ธาดา ชากร, 2534) ตีบแคบทันทีร้อยละ 4-6 (Wenger & Hellerstein, 1992) ซึ่งการกลับมาตีบขึ้นใหม่นั้นเนื่องจากร่างกายของบางคนมีกระบวนการสร้างแผลเป็น (Healing process) ตรงจุดที่ถูกลดขยายนั้นมากเกินไปจน ยื่นเข้ามากั้นทางผ่านของหลอดเลือดทำให้แคบลงไปอีก

3. การรักษาด้วยการผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจ

การรักษาด้วยการผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจ เป็นวิธีการรักษาที่ช่วยแก้ไขได้ตรงตาม ปัญหา ช่วยให้มีเลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยใช้หลอดเลือดดำจากขาหรือในทรวงอกเป็น ทางเชื่อมใหม่ข้ามตำแหน่งที่มีการตีบแคบ เป็นวิธีที่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือพิเศษและมีความซับซ้อนทั้งในการเตรียมก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด จึงเป็นวิธีที่แพทย์จะพิจารณาทำต่อ เมื่อให้การรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล เป็นวิธีที่จะกระทำได้เฉพาะในโรงพยาบาลที่มีอุปกรณ์ และ บุคลากรพร้อม การผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจนี้มีอัตราเสี่ยงต่อการประสบความสำเร็จ ร้อยละ 1-10 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพการสูบลีดเลือดของหัวใจที่ยังคงมีอยู่ อายุ และความชำนาญของ แพทย์และทีมในการดูแลผู้ป่วย (Wenger & Hellerstein, 1992)

เนื่องจากการรักษาด้วยยา การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจ ไม่ได้เป็นการรักษาโดยตรงที่สาเหตุดั้งเดิมที่ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว และตีบตัน การรักษาจึงเป็นการทุเลาอาการ แต่สาเหตุก็ยังคงอยู่การแก้ไขที่สาเหตุของการเกิดโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นการปฏิบัติตัวของบุคคลทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งจะมีความสำคัญที่ช่วยยับยั้งการส่งเสริมการตีบตัวของหลอดเลือด ป้องกัน ความรุนแรงของโรค ช่วยให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

เนื่องในทางการแพทย์ส่วนใหญ่เมื่อกล่าวถึงวิธีการรักษาจะหมายถึง การให้ผู้ป่วยรับประทานยา หรือการรักษาด้วยการผ่าตัด หรือใช้เทคนิคต่าง ๆ เท่านั้น แต่ในความเป็นจริงแล้ว

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมีความสำคัญต่อการควบคุมโรคและป้องกันการกำเริบของโรค โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จึงขอกล่าวถึงการปฏิบัติตัวที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพื่อการควบคุมโรคให้สงบ ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วย

การปฏิบัติตัวที่สำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การเลิกสูบบุหรี่ สูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมากต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบได้บ่อยที่สุดในประเทศ (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์, 2531) มีรายงานผลการศึกษาให้ผลสนับสนุนว่า ถ้าสูบบุหรี่มากกว่า 25 มวนต่อวันจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้เป็น 2.5 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในเพศชาย และในเพศหญิงที่สูบบุหรี่ก็จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้สูงกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ได้ถึง 2.6 เท่า ซึ่งใกล้เคียงกับเพศชายที่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดและสูบบุหรี่ร่วมด้วย จะยิ่งเสี่ยงต่อการเกิดได้สูงถึง 10 เท่าของหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ (Myers, et al., 1987; Peitti, et al., 1979) และถ้าผู้ที่สูบบุหรี่นั้นมีปัจจัยเสี่ยงของโรคชนิดอื่น ๆ รวมด้วยแล้ว การสูบบุหรี่จะยิ่งทวีอันตรายมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรงมากยิ่งขึ้น (Manson, et al., 1992) แต่ถ้าสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ใน 2-5 ปี พบว่าอัตราเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะลดลงมาได้ใกล้เคียงกับคนปกติทั้งในเพศชายและเพศหญิง (Manson, et al., 1992; Robison & Leon, 1994)

ดังนั้นการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจึงเป็นประเด็นสำคัญที่บุคลากรในวิชาชีพมุ่งหวัง แต่แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อเลิกสูบบุหรี่มีหลากหลายวิธี ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะมีวิธีต่าง ๆ กัน มีรายงานการศึกษาวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีส่วนสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่มาจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนจากญาติและเพื่อน รวมทั้งบุคลากรในวิชาชีพสุขภาพ และยังพบว่าในบางรายกลับมีการปฏิบัติชดเชย (Compensatory) การเลิกสูบบุหรี่ด้วยการรับประทานอาหารที่มากขึ้น ซึ่งจะกลับทำให้มีปัญหามากขึ้นอีก (Currie, et al. 1991) ผู้ป่วยที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่นั้นผู้ป่วยบางรายให้เหตุผลว่า การสูบบุหรี่เป็นวิธีการหนึ่งของการใช้ลดความเครียด ไม่เชื่อว่าจำนวนของบุหรี่ที่ตนสูบนั้นจะทำให้มีผลต่อการเจ็บป่วย (Linn, 1985) การเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยบางคนอาจกระทำได้ยาก ผู้ป่วยบางคนจึงสามารถปฏิบัติได้แต่เพียงการลดจำนวนการสูบบุหรี่เท่านั้น

การควบคุมการบริโภคอาหาร

การบริโภคอาหาร มีความสำคัญต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมาก เนื่องจากการควบคุมการบริโภคอาหารนั้นเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงชนิดของไขมัน และระดับโคเลสเตอรอลในเลือด และการลดน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ดังนั้นทั้งชนิดของสารอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานและปริมาณของอาหารจึงมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ลักษณะของอาหารที่เป็นปัญหาต่อการส่งเสริมการอดกั้นในหลอดเลือดหัวใจคือ อาหารประเภทไขมัน ทั้งอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว และอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง

อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวเป็นตัวสำคัญที่ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งชนิดของอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงจะเป็นอาหารที่ประกอบด้วย ไขมันจากสัตว์ นมสด ครีม เนย กะทิ มะพร้าว ช็อกโกแลต เป็นต้น โดยสามารถรับประทานไขมันชนิดไม่อิ่มตัวแทน ซึ่งส่วนใหญ่ได้จากการสกัดจากเมล็ดพืชที่มีกรดไลโนเลอิก อันเป็นตัวสำคัญที่นำโคเลสเตอรอลไปเผาผลาญ เช่น ไขมันจากเมล็ดถั่วเหลือง เมล็ดทานตะวัน เป็นต้น

การลดโคเลสเตอรอลในเลือดนั้นสามารถควบคุมได้ โดยไม่บริโภคอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น อาหารที่ประกอบด้วย ไข่แดง ดับ โด หัวใจ สมองสัตว์ ผ้าขี้รีว หอยนางรม ปลาหมึกใหญ่ เป็นต้น มีรายงานการวิจัยพบว่าถ้าสามารถลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลงได้ร้อยละ 1 จะทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคลดลงได้ถึงร้อยละ 2 (Davidson, 1991)

ดังนั้นลักษณะของอาหารของผู้ป่วยจึงควรเป็นอาหารที่มีลักษณะโดยทั่วไปดังเช่นอาหารที่เป็นโปรตีนจากเนื้อสัตว์จะได้มาจาก ปลา เป็ดหรือไก่ที่ไม่มีหนัง โดยหลีกเลี่ยงอาหารสัตว์น้ำประเภทมีเปลือก (shellfish) เช่น กุ้ง หอย ปู เป็นต้น เนื่องจากมีระดับของโคเลสเตอรอลสูง (Trevison, et al, 1990 ; วิชัย ดันไพจิตร, 2535)

ลดปริมาณไขมันด้วยการปรุงอาหารที่ไม่ใช้น้ำมัน หรือถ้าจะใช้ควรเป็นไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันจากถั่วเหลือง ข้าวโพด เมล็ดทานตะวัน มาการีน ดอกคำฝอย ฝ้ายหรือ น้ำมันมะกอก และการรับประทานอาหารประเภทผักมีใยอาหารจะช่วยให้การดูดซึมไขมันเข้าสู่ร่างกายลดลง จึงช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลลงได้ พืชที่มีใยอาหารสูง เช่น ถั่วที่แห้งชนิดต่าง ๆ (ถั่วเขียว ถั่วแดง ถั่วดำ ถั่วเหลือง) งา หรือรำข้าว พืชที่มีใยอาหารปานกลาง เช่น มะเขือพวง สะเดา ผัก

กระเจต ใบชะพลู หัวปลี พริก เป็นต้น (วิชัย ตันไพจิตร, 2534 ; ประภาศรี ภูวเสถียร และคณะ, 2533)

การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภท สุรา เบียร์ และขนมหวาน จะช่วยป้องกันการสะสมในรูปของไขมัน และการงดอาหารมีสารเคฟีนอื่น เช่น ชา กาแฟ ช็อกโกแลต เป็นการป้องกันการกระตุ้นหัวใจ เพิ่มความดันโลหิต และอาจจะทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ

การควบคุมการบริโภคเป็นปัญหาหนึ่งของผู้ป่วยโดยทั่วไปจะสามารถปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ขึ้นกับความรู้ในการเลือกการบริโภคอาหารของผู้ป่วย ความเคยชินในการบริโภคอาหาร ความชอบในอาหารนั้น ๆ ความจำเป็นที่ต้องรับประทานอาหารที่ไม่ได้เตรียมเอง ข้อจำกัดในการเลือกรับประทานอาหารร่วมกับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น หรือเมื่อต้องเข้าร่วมในงานสังคม การควบคุมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยจึงเกี่ยวข้องกับปัจจัยจากตัวผู้ป่วยที่มีความรู้และสามารถเลือกการบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จากรายงานการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการกระตุ้นจากสื่อต่าง ๆ บุคลากรในวิชาชีพจะมีส่วนส่งเสริมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย (Currei, et al., 1991) และการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการปรับการรับประทานอาหารจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมการบริโภคอาหารตามต้องการได้ (Ornish, et al., 1990) นอกจากนี้ยังอาจเกี่ยวข้องกับความเชื่อ และค่านิยมในการบริโภคสารอาหารต่าง ๆ ที่เชื่อน่าจะมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนอีกด้วย

การลดและควบคุมน้ำหนัก

เนื่องจากการมีน้ำหนักตัวเกินหรือโรคอ้วนนั้นหัวใจต้องสูดเลือดเพิ่มมากขึ้นเป็นการเพิ่มภาระต่อการทำงานของหัวใจ ดังนั้น น้ำหนักตัวที่เกินแต่ละกิโลกกรัมนั้น จะทำให้หัวใจของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพในการทำงานน้อยลงแล้วนั้น และต้องทำงานมากขึ้นตามไปด้วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานเป็นสาเหตุร่วมอยู่ด้วย ซึ่งมีการตีบแคบของหลอดเลือดที่เกิดขึ้นจะทำให้เลือดส่งผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจที่ทำงานเพิ่มขึ้นไม่เพียงพอ จะทำให้การดำเนินของโรครุนแรงเพิ่มขึ้น จากรายงานการวิจัยพบว่าถ้าสามารถลดน้ำหนักตัวลงได้จะมีผลต่อการลดระดับโคเลสเตอรอล และไขมันในเลือด ระดับของเอช ดี แอล-โคเลสเตอรอลในเลือดจะสูงขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับของความดันโลหิตจะลดลง (Brownell & Strunkard, 1981; Wood, et al., 1988 ; Follick, et al. 1984) และถ้าผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักตัว

ลงได้ทุก ๆ 1 กิโลกรัมจะมีผลต่อการลดค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 2-3 มม.ปรอท (Hovell, 1982; Wing, et al. 1984)

การลดน้ำหนักตัวของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ แต่การที่ผู้ป่วยจะลดน้ำหนักลงได้นั้นยังขึ้นอยู่กับ การประเมินและตัดสินใจว่าน้ำหนักตัวของผู้ป่วยนั้นเกินกว่าปกติหรือเป็นโรคอ้วนหรือไม่ และเลือกวิธีการลดและการควบคุมน้ำหนักตัวที่เหมาะสมกับผู้ป่วยซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วย

ในการตัดสินใจว่าผู้ป่วยจะเรียกว่าอ้วนหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่ใช้ตัดสิน และจะมีความสำคัญต่อการพิจารณาลดน้ำหนัก ซึ่งควรให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจตรงกับแพทย์ผู้รักษา ทั้งนี้จากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ลดน้ำหนักลง แต่ผู้ป่วยยังมีความเข้าใจว่าน้ำหนักตนเองในขณะนั้นปกติไม่อ้วนและรู้สึกแข็งแรงดี ถ้าให้ลดน้ำหนักลงอีกผู้ป่วยเกรงว่าจะอ่อนเพลีย แต่ผู้ป่วยไม่ได้ชี้แจงความคิดเห็นนี้ให้กับแพทย์ได้รับทราบ ผู้ป่วยบางรายจะเปรียบเทียบน้ำหนักตนเองกับน้ำหนักในอดีตที่ตนเองเคยมีสุขภาพแข็งแรงดีว่าเป็นน้ำหนักปกติ และไม่มีปัญหาที่ผู้ป่วยจะต้องลดน้ำหนัก นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายจะใช้วิธีสอบถามและขอความคิดเห็นความอ้วนของตนกับกลุ่มเพื่อน ในขณะที่ทางการแพทย์ส่วนมากจะประเมินความอ้วนจากการคำนวณหาดัชนีมวลกาย (มวลสาร) ของร่างกาย (Body mass index : BMI) โดยคำนวณจากสูตร น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วยความสูง (เมตร) ยกกำลังสอง ถ้าค่าที่คำนวณได้เท่ากับ หรือเกินกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² จัดว่าเป็นโรคอ้วน (วิชัย ดันไพจิตร, 2535) การประเมินความอ้วนของแพทย์กับของผู้ป่วยไม่ตรงกันทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตาม

วิธีการลดและควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยที่เหมาะสมนั้นจะต้องเป็นการควบคุมการบริโภคอาหารดังรายละเอียดข้างต้น และการออกกำลังกายควบคู่กันไป ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่องก็จะมีผลดีต่อการลดน้ำหนักตัวของผู้ป่วย

การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายกำลังเป็นที่นิยมของประชาชนโดยทั่วไป ดังจะเห็นได้จากสื่อทั้งทางโทรทัศน์ วิทยุ และสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ที่มีการโฆษณาประชาสัมพันธ์ ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่มีผลดีต่อสุขภาพ รวมทั้งการเสนออุปกรณ์เพื่อการออกกำลังกายในลักษณะต่าง ๆ แต่การออกกำลังกายที่จะมีประโยชน์ต่อสุขภาพและร่างกายของบุคคลจะต้องออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับ

บุคคลนั้น ๆ ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งที่มีการออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อการป้องกันและลดการเจ็บป่วย แต่ผู้ป่วยก็มีข้อจำกัดของประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจ ดังนั้นการออกกำลังกายของผู้ป่วยจึงเป็นมีลักษณะเฉพาะที่ไม่เพิ่มอันตรายต่อหัวใจ

การออกกำลังกายในผู้ป่วยอย่างถูกวิธีและอย่างต่อเนื่องนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ และจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ กล่าวคือ

ช่วยเพิ่มความสามารถของร่างกายในการทำงานได้มากขึ้น ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดลดอัตราเต้นของหัวใจและลดความดันโลหิต จึงช่วยลดการทำงานของหัวใจ ดังนั้นจึงลดโอกาสที่จะเกิดอาการเจ็บอกที่รุนแรงจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การออกกำลังกายยังเป็นการช่วยลดน้ำหนัก เพิ่มระดับ เอช ดี แอล-โคเลสเตอรอลในเลือด ช่วยให้คุณภาพจิตดีขึ้น อารมณ์แจ่มใส (Powell, et al. 1987)

การออกกำลังกายของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบจะมีลักษณะของการออกกำลังกายที่มีข้อจำกัดเฉพาะ ถ้าการออกกำลังกายมากเกินไปหรือไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายก็จะเป็นอันตรายต่อหัวใจ และถ้าการออกกำลังกายน้อยเกินไปก็จะไม่ได้เกิดประโยชน์อย่างเพียงพอ ดังนั้นการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เหมาะสม ปลอดภัย และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยจึงต้องคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของการออกกำลังกาย ได้แก่ ชนิดของการออกกำลังกาย ความแรงหรือความหนักของการออกกำลังกาย ความถี่และระยะเวลาแต่ละครั้ง หลักการของการออกกำลังกาย ผู้ให้คำแนะนำการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยจะต้องสามารถประเมินระดับความสามารถในการทำงานของหัวใจหรือมีความรู้ในหลักการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีประโยชน์ และปลอดภัยไม่เกิดอันตรายต่อการทำงานของหัวใจนั้น ต้องมีลักษณะเฉพาะหลายอย่างที่มีความสำคัญต่อการออกกำลังกายของผู้ป่วย แต่เป็นการยากที่ผู้ป่วยโดยทั่วไปจะรู้ถึงลักษณะของการออกกำลังกายต่าง ๆ เหล่านี้ ถ้าไม่ได้รับคำแนะนำหรือความรู้จากบุคลากรวิชาชีพ ดังนั้นคำแนะนำแต่เพียงบอกให้ผู้ป่วย "ออกกำลังกาย" เพียงเท่านั้นคงเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าผู้ป่วยออกกำลังกายมากกว่าความสามารถของตัวเองก็อาจจะทำให้เกิดอาการผิดปกติเกิดขึ้น และเป็นจุดสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเกรงกลัวต่ออันตรายจากการออกกำลังกาย นอกจากนี้ความเชื่อเกี่ยวกับลักษณะที่เรียกว่าการทำงานเป็นการออกกำลังกายเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเลือกออกกำลังกาย

ของผู้ป่วย จากรายงานการวิจัยพบว่าการสนับสนุนการออกกำลังกายจากเพื่อน เช่น การออกกำลังกายร่วมกันเป็นกลุ่ม การมีสิ่ง que อำนวยความสะดวกต่อการออกกำลังกายจะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้ป่วย (Currei, et al., 1991)

การลดความเครียด

ความเครียดเป็นเรื่องปกติของบุคคลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านที่พอใจและไม่พอใจ แต่ความเครียดที่คงอยู่นานและมีระดับความเครียดสูงและเกิดบ่อยๆ จะเป็นผลเสียต่อหัวใจ นาน ๆ จะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้การหลั่งฮอร์โมนอดรีนาลีน (Adrenaline) เป็นต้นเหตุให้หลอดเลือดแดงหดเกร็ง หลอดเลือดแคบลง ลดออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจ และเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดขึ้นได้ (Davidson, 1991)

การเรียนรู้ที่จะหาวิธีเพื่อผ่อนคลายความเครียด เป็นการปฏิบัติตัวอย่างหนึ่งที่ช่วยลดและป้องกันความรุนแรงของโรค หลอดเลือดหัวใจตีบโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบ เอ และผู้ป่วยที่ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นโรคหัวใจ ความเครียดและความวิตกกังวลเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในด้านอื่น ๆ อีก เช่น จากรายงานการวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีความวิตกกังวลจะสามารถกลับเข้าทำงานได้ช้ากว่าบุคคลอื่นสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้ช้ากว่าบุคคลอื่น ทำกิจวัตรประจำวันลดลง และไม่สามารถเข้าร่วมในสังคมได้ตามปกติ (Keeling & Dennison, 1995; Travella, et al. 1994) วิธีปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายความเครียดอาจกระทำได้ด้วยการทำสมาธิ การพักผ่อน การออกกำลังกาย หรือการทำงานอดิเรก ซึ่งวิธีการต่าง ๆ เหล่านี้เป็นวิธีที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยบางรายที่เลือกการลดความเครียดด้วยการสูบบุหรี่ (Linn, 1985) ก็จะกลับมีผลเสียที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำ ๆ ตามมาได้

การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในด้านอื่น ๆ ที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยและมีความสำคัญคือ การมีเพศสัมพันธ์ การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจนั้นมิใช่จะเป็นข้อห้าม หรือเป็นการสิ้นสุดของการมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ ถ้าสามารถฟื้นฟูการทำงานของหัวใจได้ในระดับหนึ่ง เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสไม่ทำให้เกิดอันตรายมาก เป็นการใช้จ่ายพลังงานที่มากกว่าการใช้พลังงานในขณะนั่งพัก 5-6 เท่า (5-6 Met.) หรือเทียบเท่ากับการเดินขึ้นบันไดสูง 2 ชั้น (บันได 24 ชั้น/ชั้น) ซึ่งจะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นประมาณ 117 ครั้งต่อนาที (90-144 ครั้งต่อนาที) (Gentry & William, 1979; Wenger, 1978) ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากจะมีความรู้สึกกลัวการมี

เพศสัมพันธ์ กลัวว่าจะทำให้ตายทันที การมีเพศสัมพันธ์จึงเป็นปัญหาหนึ่งที่เพิ่มความตึงเครียด และวิตกกังวล ทั้งต่อตัวผู้ป่วยโรคหัวใจและคู่สมรส (ศิริอร, 2526; Gentry & William, 1979) ซึ่งการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอจะช่วยเพิ่มความสามารถในการทำงานของหัวใจ แต่ในทางปฏิบัติส่วนมากการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ยังเป็นเรื่องที่มีการนำมาพูดคุยกับผู้ป่วยน้อยมาก และคงเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะพูดคุยกับแพทย์ หรือนุเคราะห์การแพทย์ในขณะที่มารับการตรวจซึ่งมีระยะเวลาเพียงสั้น ๆ และเป็นสถานที่ที่ไม่มีความเป็นส่วนตัว นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องสามารถปรับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในด้านอื่น ๆ ที่สำคัญที่กล่าวมาแล้วที่เป็นการดำเนินชีวิตปรับการประกอบอาชีพและการเข้าร่วมในสังคมของผู้ป่วย ดังนั้นพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่าง ทั้งปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเองและปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมภายนอก

สรุปโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่ประจักษ์อาการให้รู้ก็ต่อเมื่อมีการดำเนินของโรคได้มีความรุนแรงมากแล้ว อาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการสำคัญที่พบได้ เมื่อมีการกำเริบของการเจ็บป่วย เนื่องจากสาเหตุของโรคเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดำเนินชีวิตของบุคคล ดังนั้นการควบคุมโรคและป้องกันการกำเริบจึงต้องปรับพฤติกรรมดำเนินชีวิตร่วมกับการรับการรักษาอย่างเหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค ซึ่งนอกจากจะเป็นการรับประจักษ์แล้ว ผู้ป่วยบางคนจำเป็นต้องรับการรักษาด้วยการฉีดยาหลอดเลือด หรือผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ เพื่อลดความรุนแรงของการกำเริบ ผู้ป่วยต้องรักษาและควบคุมโรคตลอดชีวิต เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด

แนวคิดความเจ็บป่วยและการจัดการต่อความเจ็บป่วย

ความเจ็บป่วย (Illness) ความเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกของบุคคลนั้น ๆ ต่อความรู้สึกไม่สบาย ซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับโรคหรือไม่ก็ได้ บุคคลบางคนอาจจะมีโรคเกิดขึ้นโดยปราศจากความเจ็บป่วย หรืออาจจะรู้สึกเจ็บป่วยโดยไม่พบว่ามโรค (Pepper & Leddy, 1993)

ความเจ็บป่วยในความหมายของบุคคลโดยทั่วไป หมายถึง การมีอาการเจ็บป่วยปรากฏ มีความรู้สึกไม่ดีและอยู่ในภาวะไม่สมดุล ซึ่งไม่สามารถทำหน้าที่ หรือภารกิจของตนเองตามปกติได้เต็มที่ โดยบุคคลจะใช้สามัญสำนึกและประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเป็นตัวตัดสินการเจ็บป่วยของตน (Cockerham, 1995) และเมื่อบุคคลยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยก็จะแสวงหาวิธีการหรือแนวทาง

การรักษาความเจ็บป่วยนั้น ดังนั้นการเจ็บป่วยจึงมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคล และยังมีผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยด้วย แต่ความหมายของการเจ็บป่วยในทัศนะของนักวิชาการจะมีมุมมองต่อการเจ็บป่วยที่มีพยาธิสภาพ หรือมีการถูกทำลายของเนื้อเยื่อ มีความผิดปกติในการทำงานของร่างกาย โดยนักวิชาการจะเรียกสภาวะนี้เช่นนี้ว่าเป็น “โรค” (Disease)

มนุษย์ในทุกสังคมเมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมแสวงหาคำอธิบายต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เขาเผชิญอยู่ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ โดยประชาชนในแต่ละกลุ่ม วัฒนธรรมจะมีการสั่งสมความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งโคลแมน (Klieman, 1984) เรียกลักษณะของการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยของกลุ่มคนที่แตกต่างกันนี้ว่า “แนวคิดการหาเหตุผลอธิบายความหมายของการเจ็บป่วย” (Explanatory model of Illness) เป็นแนวคิดที่กล่าวถึงกระบวนการหาเหตุผลมาอธิบายความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติพฤติกรรมของตน โดยมีจุดเน้นที่ว่าคนแต่ละกลุ่มย่อมมีการให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยและสุขภาพที่แตกต่างกัน จากแนวคิดนี้จึงช่วยให้เกิดเข้าใจความคิดของบุคคลที่มีต่อการเจ็บป่วย ดังเช่นการให้เกณฑ์ในการตัดสินใจว่าบุคคลป่วยหรือไม่ (Clark, 1983: 5) ในภาวะที่ไม่ปรากฏอาการเจ็บป่วย หรือไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ทางด้านร่างกายของคนก็คงจะเป็นเรื่องลำบากที่จะให้บุคคลเกิดการยอมรับว่ายังคงมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ดังเช่น มารดาในชนบทอีสานไม่ได้ใช้มาตรการในการบอกว่าเด็กเป็นโรคขาดสารอาหาร เช่นเดียวกับมาตรการของแพทย์ที่ใช้สภาพทางร่างกาย เช่น น้ำหนักและส่วนสูง แต่จะเป็นการเชื่อมโยงทุกเรื่องทั้งกรรมพันธุ์ การเลี้ยงดู และที่สำคัญคือพฤติกรรมและพัฒนาการของเด็กที่สังเกตเห็น ไม่ใช่การเจริญเติบโตด้านร่างกายดังที่แพทย์ใช้ (เบญจจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติง, 2536)

บุคลากรในวิชาชีพโดยส่วนมากจะมองการไม่สบายของผู้ป่วยว่าเป็นโรคที่ หมายถึง ความผิดปกติในด้านโครงสร้างร่างกายหรือชีวเคมี หรือความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอวัยวะ หรือระบบในร่างกาย ในขณะที่ผู้ป่วยมีมุมมองต่อการไม่สบายของตนเองว่าเป็นความเจ็บป่วยที่หมายถึง การไม่สามารถทำกิจกรรมตามปกติได้เช่นเดิม หรือต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและบทบาทในสังคม ความแตกต่างในทัศนะของผู้ป่วยและบุคลากรในวิชาชีพสุขภาพนี้จะเป็นช่องว่างของการสร้าง และส่งเสริมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ซึ่งการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนี้เป็นการให้ความหมายตามประสบการณ์และการรับรู้ต่อโรคนั้น ๆ ของผู้ป่วย รวมทั้งการตอบสนองของสังคม ครอบครัว และบุคคลอื่นที่มีต่อการเป็นโรคของตน ความหมายของการเจ็บป่วยในความคิดของผู้ป่วยจึงเป็นกระบวนการรับรู้ การตอบสนองต่อการรับรู้ การใช้ความคิด และการตีค่าต่อการเป็นโรคหรืออาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (Kleinman, 1980;

Kleinman, Eisenberg & Good, 1978) จากอิทธิพลของการให้เหตุผลอธิบายต่อการเจ็บป่วยได้เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การกำหนดพฤติกรรม หรือการเลือกการปฏิบัติในกิจกรรมที่ผู้ป่วยคิดว่าจะมีผลต่อการลดการเจ็บป่วยของตน ซึ่งมักจะพบอยู่เสมอว่า ผู้ป่วยจะมีแนวทางการปฏิบัติตัวที่แตกต่างจากแนวคิดของบุคลากรวิชาชีพ ความแตกต่างในความคิดเห็น และทัศนคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยระหว่างบุคลากรในวิชาชีพที่ไม่ตรงกับที่ผู้ป่วยเข้าใจและต้องการนั้นอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการ เช่น ไม่ยอมปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล ไม่พึงพอใจในการรักษาที่ได้รับ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ไม่เข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่องกับบุคลากรในวิชาชีพ และเนื่องจากในแนวคิดของการให้บริการปัญหาด้านสุขภาพทางการแพทย์นั้นมีแนวโน้มที่การพัฒนาการรักษาโดยมุ่งไปที่โรค ให้ความสำคัญต่อการวินิจฉัยโรคมมากกว่าจะคำนึงถึงประสบการณ์ความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วย (นั่นคือสนใจโรคมมากกว่าความเจ็บป่วย) คำว่าโรคมมีนัยทางวิชาการอ้างอิงกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริงของกายภาพ การนึกถึงโรคจึงนึกถึงเชื้อโรคหรือความผิดปกติของอวัยวะ แต่ไม่ค่อยนึกถึงคน ตลอดจนชีวิตความเป็นอยู่หรือภาวะจิตใจเท่าไร จากการมองโรคที่เพราะว่าธาตุพร่อง หรือความผิดปกติของกายภาพหรือคิดเชื่อจะอย่างไรก็ตามในที่สุดตัวคนจะหายไปจะเหลือแต่เรื่องที่ไม่ใช่คน จึงทำให้ห่างไกลจากการมองคนความเป็นองค์รวมมากขึ้น (พระไพศาล วิสาโล, 2536)

จากความแตกต่างในมุมมองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์จึงทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถเข้าถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน และเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ในทำนองเดียวกันทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจในสิ่งที่มีความคาดหวังของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการรักษาและการฟื้นฟูสภาพได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์

แนวคิดการจัดการต่อการเจ็บป่วย

ในทุกสังคมจะมีสถาบันหลัก ๆ ที่ทำหน้าที่รักษาความสัมพันธ์กับส่วนอื่น ๆ ไว้อย่างต่อเนื่อง เพื่อความยืนยาวมั่นคงของสังคมและตอบสนองความต้องการ และความจำเป็นของสมาชิกในสังคม เช่น ในเรื่องความเชื่อทางศาสนา หรือไสยศาสตร์ ผู้ที่อยู่ในสังคมเดียวกันก็อาจจะมี ความเชื่อในความเจ็บป่วยที่สอดคล้องสัมพันธ์กับความเชื่อด้านเวทมนต์คาถา หรือความเชื่อในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคก็จะสัมพันธ์กับการรักษา และจะสะท้อนต่อสถาบันของสังคมที่ทำหน้าที่บำบัด ปัดเป่าโรคร้ายที่มาเบียดเบียน โดยเรียกผู้ที่ทำการบำบัดรักษานี้ว่าหมอพื้นบ้านซึ่งเป็นระบบการแพทย์ระบบหนึ่งซึ่งมีอยู่ในทุกสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนทางวัฒนธรรม

ระบบการแพทย์จึงไม่ได้เจาะจงเฉพาะระบบการแพทย์แบบสมัยใหม่ แต่หมายถึงประเพณีทางการแพทย์ (Medical tradition) ที่มีการเรียนรู้ถ่ายทอดสืบมา ถึงแม้ว่าระยะหนึ่งการแพทย์แผนปัจจุบันจะมีอิทธิพลมากที่สุด และมีความก้าวหน้าไปไกลทั้งในแง่ปริมาณและคุณภาพต่อการรับรู้ของประชาชน อย่างไรก็ตามก็ยังคงมีประชาชนอีกจำนวนไม่น้อยที่ยังคงมีความเชื่อทางการแพทย์ตามวัฒนธรรมเดิมที่เชื่อในการบำบัดรักษาแบบพื้นบ้าน (ปรีชา อุปโยคิน, 2533)

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีการบำบัดรักษาซึ่งในสังคมหนึ่ง ๆ จะมีการแพทย์หลายระบบที่จะเป็นแบบพหุลักษณะ ดังนั้นพฤติกรรมของประชาชนที่มีต่อการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยนั้นจึงมีหลายแบบแผน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของการรักษา ความเชื่อในประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่เคยได้รับมาในอดีต ซึ่งการมีระบบการแพทย์ที่หลากหลายนี้เป็นเพราะไม่มีระบบใดระบบเดียวที่ดีสำหรับทุกเรื่อง ทุกด้านต้องใช้หลายระบบเข้ามาร่วมกัน อาทิเช่น เรื่องการนวด การกดจุด การฝังเข็ม การทำบุญทำทาน พิธีกรรมต่าง ๆ ความหลากหลายจึงช่วยให้เกิดการบริการได้ทั่วถึง (ประเวศ วะสี, 2536)

ในสังคมไทยเมื่อบุคคลรับรู้ถึงอาการผิดปกติว่าเป็นการเจ็บป่วยก็จะเข้าสู่กระบวนการของพฤติกรรมรักษาเยียวยา โดยมักเริ่มต้นด้วยการรักษาเยียวยาตนเองก่อน ซึ่งอาจเกิดขึ้นภายใต้บริบทของครอบครัว หรือโดยการชื้อยากินเอง ถ้าอาการเจ็บป่วยดังกล่าวไม่หายไปผู้ป่วยจะมีการขอคำปรึกษา แนะนำจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ฯลฯ ซึ่งการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยในขั้นแรกนี้โดยทั่วไปเชื่อว่าจัดการได้มากที่สุดถึงร้อยละ 70-90 (Kleinman, et al, 1980) จากนั้นจึงไปรับการรักษายังแหล่งอื่น ๆ เช่น สถานีอนามัย คลินิก โรงพยาบาลเอกชน หมอพื้นบ้านต่าง ๆ ต่อไป และระบบการแพทย์ในสังคมไทยของท้องถิ่นต่าง ๆ ทุกภาคจะมีระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ กล่าวคือ มีการดำรงอยู่ของระบบการแพทย์หลาย ๆ ระบบพร้อม ๆ กัน ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและระบบการแพทย์พื้นบ้าน ดังนั้นในการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง จึงมักจะมีการรักษาหลาย ๆ วิธี มีการโยกย้ายจากแหล่งหนึ่งไปอีกแหล่งหนึ่ง หรือกลับไปกลับมา ระหว่างการเลือกใช้บริการสุขภาพ 2 อย่าง ลักษณะดังกล่าวนี้เรียกตามแนวคิดของ Klienman, A (1980 : 188-9) เรียกว่า แบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพ (Hierachy of resort) (พิมพ์วิมล บุญมงคล และสุพจน์ เต้นดวง, ใน วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒนวงศ์, 2539)

การเลือกรับการรักษาทั้งวิธีการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แบบพื้นบ้านนั้นเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ทั่วไปในชนบทของสังคมไทย และยังคงมีความคิดและความเชื่อใน

การแยกแยะสาเหตุและอาการของโรคตามประสบการณ์ ซึ่งการเชื่อต่าง ๆ เหล่านี้จะสัมพันธ์กับวิธีการรับการรักษา (ปรีชา อุปโยคิน, 2533)

นอกจากนี้การที่ประชาชนมีพฤติกรรมมารับบริการของการแพทย์พื้นบ้านนั้นบุคคลากรการแพทย์บางกลุ่มอาจมองว่าเป็นพฤติกรรมที่ไร้เหตุผลและงมงาย แต่ไคล์แมน (Klienman, 1980) มองว่าเป็นพฤติกรรมที่มีเหตุผลตามการรับรู้ของบุคคลนั้น และเป็นพฤติกรรมที่สะท้อนจากภาพที่บุคคลรับรู้และตีความอาการผิดปกติของตนว่าเป็นเช่นไร และการเลือกการรักษานั้นก็ขึ้นอยู่กับความรู้ ความเชื่อ ความคาดหวัง ทรัพยากรที่มีอยู่และปัจจัยอื่น ๆ จากการศึกษาของ Young (1989) และ Klienman (1980) ในสังคมประเทศกำลังพัฒนาให้ข้อสรุปตรงกันว่า ต้นกำเนิดสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพใด ๆ ขึ้นอยู่กับ ชนิดและความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่คนไข้และเครือข่ายสังคมเขาประเมิน วิธีคิดเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และแหล่งการรักษา ปัจจัยด้านโครงสร้างสังคมต่าง ๆ ของผู้ป่วย ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา แหล่งที่อยู่ ตลอดจน การเข้าถึงแหล่งบริการ และจากการศึกษาในสังคมไทย ข้อสรุปที่ตรงกันในการตัดสินใจเลือกแหล่งรักษานั้นขึ้นอยู่กับการเข้าถึงบริการหรือความสะดวกสบายมากที่สุด และเหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ความเชื่อถือในประสิทธิภาพของสถานบริการ หรือการรักษา (สันหัด เสริมศรี และเจมส์ เอ็นไรลีน, 2517 ; บุญเลิศ เลียงประไพ และบุปผา ศิริรัศมี, 2531)

ดังนั้นการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนของบุคคลากรด้านการแพทย์เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายของสุขภาพนั้น สิ่งหนึ่งที่สำคัญคือ ความเข้าใจต่อประชาชนว่า ประชาชนหรือมนุษย์เรานั้นให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยของเขาอย่างไร และยอมรับว่าคนไข้มีความคิด ความเชื่อ และวัฒนธรรมของตนเอง เนื่องจากไม่มีวัฒนธรรมใดสูงหรือต่ำ ด้อยหรือเด่น แต่จะมีก็เพียงคำว่าแตกต่างกัน ในระบบการแพทย์ก็เช่นกันการปฏิบัติของประชาชนต่อการรักษาแบบพื้นบ้านนั้นต่างก็สามารถอธิบายถึงเหตุผลที่ไปใช้บริการนั้น ๆ ได้ เช่น ความสามารถพิเศษของหมอ ความสะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ประสิทธิภาพของการรักษา ความพึงพอใจหรือระยะทางในการเดินทางมารับบริการ ดังนั้นเมื่อทราบถึงเหตุผลมารับบริการสุขภาพของผู้ป่วยแล้ว ผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายสุขภาพและการให้บริการทางการแพทย์ จะได้นำมาพิจารณาเพื่อหาทางจัดการบริการที่เหมาะสมต่อไป

ลักษณะทางสังคมและการดำรงชีวิตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรืออีกชื่อหนึ่งคือ “อีสาน” ซึ่งเป็นคำบาลีแปลว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คนในภาคนี้มีการตั้งบ้านเรือนอยู่ตามราบลุ่มน้ำสำคัญ ๆ นอกจากนี้ก็อยู่ตามริมหนองบึง ซึ่งลักษณะของหมู่บ้านอีสานชอบอยู่ร่วมใกล้ชิดติดกันเป็นกระจุก การตั้งบ้านเรือนยาวตามลำน้ำเหมือนทางภาคกลางมีน้อย การตั้งหมู่บ้านเป็นกระจุกนี้จึงมีผลต่อจิตใจคนในชุมชนและขนบธรรมเนียมประเพณี เช่น การช่วยเหลือเอื้อเฟื้อกัน ทำอะไรทำตามกัน คนอีสานยังมีขนบธรรมเนียมประเพณีที่เป็นกรอบในการดำรงชีวิต ขนบธรรมเนียมแบบแผนความประพฤติที่ดีงาม และมีแนวทางควบคุมการประพฤติในการดำรงชีวิตของคนทั่วไปในสังคม นอกจากนี้ยังมีมาตรการให้แต่ละคนปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ตั้งแต่เช้าจนค่ำในลักษณะที่เป็นข้อห้ามหรือ “ชะล้า” เพื่อให้คนในชุมชนอีสานอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข (จรัส พักษมราชศักดิ์, 2534 ; จารุบุตร เรื่อง สุวรรณ, 2520) ซึ่งอาจเทียบได้กับการมีกฎหมายจารีตประเพณีที่ใช้ในการปกครอง สมาชิกในครอบครัวสังคมอีสานดำรงอยู่ด้วยการพึ่งพาอาศัยกันและกัน ประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาชีพทำนา ทำไร่

ลักษณะที่สำคัญอย่างหนึ่งของคนในภาคอีสานคือการนับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์และจรรโลงพุทธศาสนา พระสงฆ์ซึ่งเป็นเกจิอาจารย์ด้านวิปัสสนากัมมัฏฐานที่ได้รับการยกย่องเป็นพระอรหันต์บุคคลล้วนเป็นชาวอีสาน ดังนั้นภาคอีสานจึงมีเอกลักษณ์ทางด้านการนับถือพุทธศาสนาในการยกย่องพระสงฆ์ที่เจริญทางวิปัสสนากัมมัฏฐาน (เสาวภา ไพทยวัฒน์, 2538) บุคคลในภาคอีสานจึงมีความใกล้ชิดกับพระพุทธศาสนา และมีพระพุทธศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวในการดำเนินชีวิต

การบริโภคอาหาร : เนื่องจากแต่ก่อนแหล่งอาหารที่สำคัญของชุมชนในภาคอีสานส่วนใหญ่จะเป็นอาหารจากแหล่งธรรมชาติ ในปัจจุบันอาหารธรรมชาติมีแนวโน้มลดลง การซื้อขายอาหารจึงเริ่มมีบทบาทมากขึ้น โดยเฉพาะหมู่บ้านใกล้เมืองมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการยอมรับอาหารใหม่ ๆ ขึ้นบ้าง แต่อาหารที่ชอบและกินประจำไม่แตกต่างจากในอดีต ได้แก่ ลาบ คั๊ม แกง หรืออ่อม ข้าวหมก ชุบ เป็นต้น อาหารทุกชนิดจะปราศจากกะทิหรือปรุงด้วยน้ำมัน (เคลือวัลย์ หุตานุวัตร, 2533) จากข้อสังเกตผู้วิจัยพบว่า ส่วนหนึ่งของประชากรในภาคอีสานจะบริโภคอาหารที่ปรุงจากเนื้อ เช่น ลาบ เนื้อย่าง คั๊มเนื้อ เป็นอาหารอีกอย่างหนึ่งที่ชุมชนอีสานรับประทาน ซึ่งเป็นอาหารที่มีไขมันสัตว์อยู่ในปริมาณสูง (สมเกียรติ โกศลวัฒน์ และวงสาวาท ปัทมาคม, 2536)



และจากการศึกษาของเกียรตินิรัน และคณะ (2536) กล่าวว่า ปลาเป็นอาหารที่ชาวชนบทอีสานรับประทานมาก ส่วนใหญ่ได้จากการเลี้ยงหรือหาตามแหล่งน้ำ และปลูกผักรับประทานเอง แต่ในฤดูร้อนอีสานประสบปัญหาภัยแล้งมาโดยตลอด ดังนั้น ชาวบ้านจึงต้องซื้อหาปลาและผักต่าง ๆ มารับประทานแทนที่จะจัดหาได้โดยธรรมชาติด้วยตัวเอง และการใช้น้ำมันในการปรุงนั้นจะไม่นิยมในหมู่ผู้ใหญ่ แต่ในเด็กและวัยรุ่นจะชอบบริโภคอาหาร และผักทอดซึ่งใช้น้ำมันมากกว่าผู้ใหญ่

การรักษาโรคภัยไข้เจ็บแบบพื้นบ้านอีสาน ในความหมายของการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป หมายถึง การรักษา การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมเหล่านี้จะสะสมประสบการณ์ที่มีความสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม ตลอดจนอิทธิพลของระบบการแพทย์ดั้งเดิมของสังคมนั้น ๆ

เนื่องจากภาคอีสานเป็นชุมชนที่มีการก่อตั้งมาอย่างยาวนานนอกจากจะมีจารีตประเพณีที่ใส่ใจในการปกครองให้ชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และจากความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติหรือศิวินิยม ความเชื่อเกี่ยวกับพุทธศาสนา ความเชื่อเกี่ยวกับไสยศาสตร์ ขนบธรรมเนียมประเพณี ดังนั้นวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วยของคนภาคอีสานจึงมีอยู่อย่างหลากหลาย ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรักษาโรคภัยไข้เจ็บ จากความเชื่อดังกล่าวจึงได้มีการรักษาโรคแบบพื้นบ้าน

การรักษาแบบพื้นบ้านในลักษณะต่าง ๆ สรุปได้ดังนี้

1. การใช้สมุนไพร : ในชนบทอีสานมีการสืบทอดความเชื่อในการรักษาโรคสมุนไพรหรือที่เรียกว่ายากลางบ้าน ทั้งในลักษณะของการใช้รักษาตนเอง และพึ่งพาหมอชาวบ้าน (หมอในความหมายคนอีสาน หมายถึง ผู้ที่มีความชำนาญซึ่งหมอแต่ละคนจะมีความชำนาญในการรักษาโรคแตกต่างกันออกไป และเรียกชื่อตามความเชี่ยวชาญนั้น ๆ เช่น หมอฝน หมอกระดูก หมอเอ็น หมอน้ำมันต์) เมื่อบุคคลในชุมชนเจ็บไข้ได้ป่วยหลังจากรอดูอาการระยะหนึ่งแล้วญาติพี่น้องเพื่อนฝูงจะสอบถามสารทุกข์สุขดิบและหาหาสมุนไพรมารักษาไปก่อน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจึงนำส่งโรงพยาบาล (จรัส พยัคฆราชศักดิ์, 2534) และก็มีทั้งผู้ที่เคยกินยาแผนปัจจุบันรักษาโรคกระเพาะอาหารแต่ไม่หาย จึงทดลองกินยาต้มจากพระที่วัด ประมาณ 2 สัปดาห์อาการก็หายขาดได้ (สมทรง ณ นคร และคนอื่น ๆ 2531-2532)

2. การรักษาด้วยการเป่ามนต์คาถา : การรักษาด้วยการเป่ามนต์คาถารักษาโรคแต่เพียงอย่างเดียวเวลานั้นมีไม่มาก เช่น รักษาไล่ผีมากวนเด็ก การเสกคาถาน้ำมันต์ เป่าหัวและอาบให้ผู้ป่วยที่

มีใ้เต้านมในเด็กอายุ 7 ขวบ นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีการรักษาโดยการใช้น้ำมันไพร และเป่าคาถาร่วมกัน โดยผู้รักษาจะเคี้ยวหมากก่อนแล้วจึงเป่า (สมทรง ฌ นคร และคนอื่น ๆ, 2531-2532)

3. การรักษาโดยการนวดและใช้น้ำมันสมุนไพร : ดังเช่นการรักษาผู้ที่มีอาการปวด โรค อัมพาต โดยการทาน้ำมันสมุนไพรที่ได้ทอ้งคาถาเป่ามนต์ หรือผู้ที่มีแขนขาหักหรือไหล่หลุดจะมีการจัดกระดูก และเข้าเฝือกให้ก่อน ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยอาการดีขึ้น บางรายหายได้ผู้ป่วยจะเสียค่ายกรู 12 บาท มีทั้งผู้ป่วยอัมพาตที่รักษาที่โรงพยาบาลมาก่อนแล้ว แต่อาการไม่ทุเลา หรือแพทย์บอกหมดทางรักษา (กุสุมา ชูศิลป์ และคนอื่น ๆ, 2531 ; ปรีชา อุยตระกูล และคนอื่น ๆ, 2531)

4. การรักษาด้วยการทำสมาธิหรือติดต่อกับอำนาจเหนือธรรมชาติ : หมอพื้นบ้านที่ทำหน้าที่รักษาเมื่อนั่งสมาธิแล้วจะทราบถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยและวิธีรักษา จากการศึกษาของ กุสุมา ชูศิลป์ และคณะ (2531) หมอผู้รักษาจะเล่าว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ญาติคิดว่าผีเข้าหรือสิ้นหวังจากการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน และจะรับรักษาเฉพาะรายที่ทราบว่ารักษาหายเท่านั้นถ้าสาเหตุเจ็บป่วยไม่ใช่เพราะผีก็จะแนะนำให้ญาติพาไปรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน

สรุป ลักษณะทางสังคมและการดำรงชีวิตของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการอยู่อาศัยใกล้ชิดกัน มีการช่วยเหลือเอื้อเฟื้อต่อกัน ทั้งพาอาศัยกัน มีการยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณี และมีความใกล้ชิดในพระพุทธศาสนา มีการนำบ้ดรักษาแบบพื้นบ้าน ทั้งสมุนไพร ไสยศาสตร์ สมาธิ การนวด การบริโภคอาหารส่วนใหญ่บริโภคปลา มีบางส่วนบริโภคอาหารจากเนื้อ การดำเนินชีวิต มีทั้งในส่วนที่ช่วยป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คือการรับประทานอาหารประเภทปลา การช่วยเหลือของชุมชน การมีพระพุทธศาสนาช่วยลดความเครียด และช่วยให้ประชาชนยอมรับในธรรมชาติของชีวิต มีการนำบ้ดรักษา ทางเลือก

แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology)

แนวความคิดเชิงปรัชญาที่เป็นพื้นฐานของการวิจัยเพื่อแสวงหาความรู้ นั้น ในแนวคิดเชิงปรัชญาที่เป็นแบบปฏิฐานนิยม (Positivism) นั้นมีความเชื่อว่าความจริงมีความแน่นอนตายตัว มีความเป็นเหตุเป็นผลที่สามารถประเมิน วัด สัมผัสได้ และในการศึกษาถ้าเหตุการณ์ใดนั้นมีการเคลื่อนไหว แนวคิดนี้จะสมมุติ หรือจำลองเหตุการณ์นั้นหุุดนึ่ง หรือสร้างเงื่อนไข (ชยันต์ วรรธนะภูติ, 2531) ลักษณะงานวิจัยจากแนวคิดนี้จึงเป็นการศึกษาในลักษณะวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ

(Natural science) จะเป็นการมุ่งทดสอบทฤษฎี แนวคิด หรือสมมุติฐานเป็นสำคัญด้วยการใช้สถิติ โดยมีความเชื่อว่าความรู้ที่ได้จากการวิจัยนั้นต้องทดสอบได้ และเป็นความจริงในทุก ๆ สถานการณ์ ในอีกแนวคิดหนึ่งของการแสวงหาความรู้ที่มีพื้นฐานของความเชื่อในปรัชญาสำนักปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) มีความเชื่อว่า ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมหรือด้านมนุษยศาสตร์นั้นไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามกฎเกณฑ์ หรือที่เรียกว่า “Natural law” ตามแนวคิดแบบปฏิฐานนิยม แต่ปรากฏการณ์ในสังคมนั้นเกิดขึ้นเพราะตัวมนุษย์ หรือสมาชิกของสังคม มีการรับรู้ให้ความหมาย และแสดงออกเป็นพฤติกรรม ซึ่งถูกกำหนดโดยบริบท (Context) ของสิ่งแวดล้อมที่เขาดำรงอยู่ นั่นก็คือ ความ เป็นจริงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นผู้กระทำพฤติกรรม (Emic) จะเป็นผู้ที่รู้ดีกว่าคนอื่น รวมทั้งนักวิจัยซึ่งถือว่าเป็นคนนอก (Etic) ดังนั้นการวิจัยบนพื้นฐานปรัชญาปรากฏการณ์นิยมจึงแสวงหาความจริงจากทัศนะของคนในสังคมที่ถูกศึกษา และพัฒนาความรู้ทฤษฎีจากข้อมูลรูปธรรมที่สอดคล้องกับความเป็นจริงของสังคมนั้น ซึ่งลักษณะของการวิจัยในแนวคิดนี้คือการวิจัยเชิงคุณภาพ (ชาย โพธิสิตา, 2534 ; อุทัย คุลยเกษม, 2531 ; Field & Morse, 1985)

ประวัติการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาได้เริ่มพัฒนาขึ้นในประเทศเยอรมัน ในต้นศตวรรษที่ 20 และได้มีการพัฒนา และปรับแนวคิดในเชิงปรัชญาของการศึกษามาเป็นลำดับ โดยแบ่งระยะของการพัฒนา ออกเป็น 3 ระยะ (Streubert & Carpenter, 1995; Cohen, 1987) ตามการปรับเปลี่ยนแนวคิดคือ ระยะที่ 1 ระยะการเตรียมการ (The Preparatory phase) ระยะที่ 2 ระยะของชาวเยอรมัน (The German or Second phase) และระยะที่ 3 ระยะของชาวฝรั่งเศส (The french or third phase)

ระยะการเตรียมการ นักปรัชญาที่มีบทบาทสำคัญที่เป็นจุดเริ่มต้นของแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาได้ปรากฏในงานเขียนของเบรันทาโน (Bentano, 1838–1917) โดยลักษณะของการศึกษาในระยะแรกเป็นการทำความเข้าใจอย่างแจ่มชัดเกี่ยวกับแนวคิดของการรับรู้ที่ได้มาจากความตั้งใจจริง (Intentionality)

ระยะที่ 2 ระยะของชาวเยอรมันเป็นระยะของผู้นำในการเคลื่อนไหว การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาชาวเยอรมันที่มีความโดดเด่นคือ ฮูสเซอิร์ล (Husserl, E, 1857–1938) และไฮเดกเกอร์ (Heidegger, M., 1889–1976) ซึ่งฮูสเซอิร์ล มีความเชื่อว่า ปรัชญาของการศึกษาเชิงประสบการณ์

วิทยานั้น เป็นศาสตร์ความรู้ที่สะสมอยู่ในตัวบุคคลผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์นั้น ๆ การศึกษาจึงมุ่งเน้นทำความเข้าใจในประสบการณ์อันมีคุณค่าของบุคคล และยังเชื่อว่าการศึกษาเชิงปรากฏการณ์นี้ยังเป็นรากฐานของทุกปรัชญาและศาสตร์ต่าง ๆ อีกด้วย โดยแนวคิดในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ในวิทยาในขณะนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับสาระสำคัญ (Essences) ที่เป็นองค์ประกอบในปรากฏการณ์ที่ศึกษานั้น เป็นการศึกษาที่ใช้วิธีการตีความหมายของปรากฏการณ์นั้นด้วยการสืบค้น และใช้วิจารณ์ญาณของผู้วิจัย (Intuiting)

ระยะที่ 3 ระยะของชาวฝรั่งเศส เป็นการพัฒนาการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาต่อเนื่องจากระยะที่ 2 โดยมีจุดเน้นที่การให้ความสำคัญต่อการรับรู้ ความคิดของบุคคล โดยเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้ที่รู้เรื่องต่าง ๆ ในตัวเองมากที่สุด (Streubert & Carpenter, 1995)

ลักษณะการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

โอเมอรี (Omery, 1983) ได้สรุปขั้นตอนของการพัฒนาการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามทีสปีเจลเบอร์กได้กล่าวไว้ 6 ขั้นตอน ซึ่งวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาทั้ง 6 ขั้นตอนนี้ เป็นวิธีการที่ได้มีการนำไปประยุกต์ในการศึกษาตามความเชื่อในแนวปรัชญา ปรากฏการณ์นิยมอย่างแพร่หลาย ลักษณะการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาทั้ง 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. การศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive phenomenology) เป็นการศึกษาที่เน้นการบรรยายปรากฏการณ์ที่เห็นภาพโดยรวม ด้วยวิธีการสืบสวน สังเกต การวิเคราะห์ และบรรยายปรากฏการณ์นั้น ๆ ในหลายแง่มุม ไม่ได้มองเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง และปราศจากแนวคิดหรือสมมติฐานล่วงหน้า

2. การศึกษาเน้นสาระสำคัญ (Essential phenomenology) เป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และเจาะลึกในปรากฏการณ์เฉพาะที่มีความสำคัญ เพื่อได้รับรู้ถึงโครงสร้างและความสัมพันธ์ในปรากฏการณ์นั้น ๆ

3. การศึกษาปรากฏการณ์ตามที่ปรากฏ (Phenomenology of appearances) เป็นการศึกษาที่ให้ความสนใจหรือเฝ้าดูการเกิดขึ้นของปรากฏการณ์ หรือเพื่อให้เกิดความกระจ่างชัดในปรากฏการณ์ที่ศึกษานั้น ในสถานที่ที่ต่าง ๆ กัน

4. การศึกษาโครงสร้างของปรากฏการณ์ (Constitutive phenomenology) เป็นการศึกษาสำรวจถึงรายละเอียดที่ปรากฏการณ์นั้นเกิดขึ้น เพื่อให้ได้รู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้น ๆ

5. การศึกษาส่วนย่อยของปรากฏการณ์ (Reductive phenomenology) เป็นการจัดแยกความเชื่อที่ได้จากการศึกษาในความเป็นจริงของปรากฏการณ์นั้น ๆ เอาไว้ และตรวจสอบความเที่ยงตรงของการศึกษา ในลักษณะที่เรียกว่า “bracketing”

6. การศึกษาความหมายปรากฏการณ์ (Hermeneutic phenomenology) เป็นการค้นหาความหมาย และตีความหมาย (interpreting) ตามความหมายของปรากฏการณ์นั้นซึ่งยังไม่เคยพบมาก่อน ซึ่งเป็นจุดเน้นของการศึกษาปรากฏการณ์ในปัจจุบัน

แนวคิดเชิงปรากฏการณ์นิยมนี้ให้ความสำคัญต่อทัศนะของตัวมนุษย์เองที่มีต่อการดำเนินชีวิตตระหนักถึงประสบการณ์ชีวิตโดยตรงของมนุษย์ในสถานการณ์นั้น ๆ คำนี้ถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมในบริบทของสถานการณ์นั้น ๆ ด้วยตัวของเขาเอง เชื่อว่ามนุษย์มีการสร้างระบบความรู้ที่เป็นส่วนตัวขึ้นมา มีระบบความคิด โลกทัศน์ ค่านิยมเฉพาะตัว และพฤติกรรมของมนุษย์ก็จะเป็นผลมาจากการให้ความหมายต่อสิ่งต่าง ๆ ที่มีอยู่รอบตัว เน้นธรรมชาติของปรากฏการณ์ และสะท้อนให้เห็นปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง โดยมีเป้าหมายเพื่อต้องการตีความหมาย และทำความเข้าใจ (Interpretation and Understanding) ต่อปรากฏการณ์นั้น ๆ มากกว่ามุ่งที่ทำนายด้วยการใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์ (Wilkes, 1991; Munhall, 1988; Omery, 1983) ดังนั้นข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับคนในสถานการณ์นั้น ๆ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มหรือสมาชิกของกลุ่มจะเป็นผู้ที่รู้ข้อเท็จจริงนั้น ๆ ดีที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความหมายหรือการตีความหมายปรากฏการณ์นั้น ๆ บุคคลที่อยู่นอกปรากฏการณ์อาจให้ความหมายที่แตกต่างกันออกไป เนื่องจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน (สุภางค์ จันทวนิช, 2534; Omery, 1983)

การวิจัยด้วยวิธีปรากฏการณ์วิทยา เป็นวิธีได้ความรู้ที่มีความสอดคล้องกันทั้งในแนวคิดเชิงปรัชญา และวิธีดำเนินการวิจัย (Ray, 1988 ; Benner, 1985 ; 1994) ในแนวคิดเชิงปรัชญาปรากฏการณ์นิยมนี้จะมองการกระทำใด ๆ ของมนุษย์อย่างเป็นองค์รวม (Holistic) การศึกษาปรากฏการณ์ใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์จึงต้องเข้าใจความเกี่ยวข้องของแต่ละสิ่งในปรากฏการณ์นั้น ๆ การศึกษาที่เป็นการแยกออกเป็นส่วน ๆ จะทำให้ความหมายที่ได้จากการศึกษาผิดไปจากความเป็นจริง (McLain, 1985)

วิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นวิธีวิจัยที่ศึกษารายละเอียดของสถานการณ์นั้นตามความเป็นจริงในทุกมิติอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์และบรรยายความสัมพันธ์ของ

วิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นวิธีวิจัยที่ศึกษารายละเอียดของสถานการณ์นั้นตามความเป็นจริงในทุกมิติอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์และบรรยายความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์นั้น ๆ กับสภาพแวดล้อม เป็นวิธีที่ใช้การอนุมาน (Inductive) จากข้อมูลเรื่องราวที่สืบสวน รวมทั้งประสบการณ์ชีวิตอย่างเจาะลึกและครอบคลุม โดยผู้วิจัยจะไม่นำความเชื่อหรือระบบความคิดเดิมเข้าไปเป็นแนวความคิดในการศึกษา แต่จะเปิดรับตามการรับรู้ ความเชื่อ ระบบความคิดที่บุคคลในสถานการณ์นั้น ๆ ให้ข้อมูล และใช้ความรู้สึกนึกคิดนั้น ๆ อธิบายพฤติกรรมของเขา

จากแนวคิดดังกล่าวลักษณะของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงให้ความสำคัญกับข้อมูลจากประสบการณ์ตรง เน้นการให้ความหมาย ความรู้สึก วัฒนธรรม การให้คุณค่า ตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้น ๆ ซึ่งอยู่ในลักษณะคำพูด รูปภาพ ข้อมูลเอกสารมาวิเคราะห์หาข้อสรุปใหม่ เป็นการวิจัยที่มุ่งสร้างทฤษฎีหรือข้อสมมุติฐานใหม่ ๆ

นอกจากนี้การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยายังเป็นการศึกษาที่เน้นข้อมูลการบอกเล่ามากกว่าตัวเลข โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายเหตุการณ์เฉพาะมากกว่าการตัดสินใจ และ ทิพมณี ชิมวงศ์ (2541) ได้กล่าวถึงจุดเน้นประเด็นสำคัญของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ที่คลาร์ค (Clark, 1992) ได้กล่าวไว้ดังนี้

- 1) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีจุดเน้นที่การปรากฏของปรากฏการณ์ตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล
- 2) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาให้ความสำคัญกับองค์รวม
- 3) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการค้นหาความหมาย หรือการทำความเข้าใจประสบการณ์ แนวคิด การตัดสินใจ และความเข้าใจของบุคคล ผ่านกระบวนการหยั่งรู้ (Intuition) และการสะท้อนคิดพิจารณา (Reflection) อย่างมีสติ (Consciousness)
- 4) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีความมุ่งมั่นที่จะอธิบายประสบการณ์ ซึ่งต้องบรรยายให้ตรงกับความเป็นจริงของสิ่งที่เกิดขึ้นมากที่สุด และควรอธิบายอย่างตรงไปตรงมาด้วยคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ว่าเกิดอะไรขึ้น ซึ่งคำพูดเหล่านี้จะแสดงให้เห็นถึงมโนภาพ ความรู้สึกทั้งในทางที่ดีและไม่ดีตามความเป็นจริง ไม่ใช่เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลตามความคิดเห็นของผู้ศึกษา
- 5) ในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้ศึกษาต้องมีการใช้คำถามที่เหมาะสม เพื่อค้นหาความหมายของประสบการณ์ และมีการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง จากความทรงจำ ประวัติในอดีต บันทึกต่าง ๆ รวมทั้งสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบันและกำลังดำเนิน ไปถึงอนาคต

- 7) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาค้นคว้าปรากฏการณ์ในทุก ๆ ประเด็น (all points) เพราะการรับรู้ของบุคคลในทุก ๆ ประเด็นจะมีความหมายและมีคุณค่า
- 8) ผลการศึกษาที่ได้จากการคิด การหยั่งรู้ การสะท้อนคิดพิจารณา และการตัดสินใจ เลือกข้อมูลภายใต้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้องตามหลักการทางวิทยาศาสตร์
- 9) การศึกษาจะผ่านกระบวนการมองเห็น (Seeing) สะท้อนคิดพิจารณา (Reflecting) จนเกิดความรู้อย่างเข้าใจปรากฏการณ์ทั้งในระดับต้นและลึก (Knowing)

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในการวิจัยทางการแพทย์

เนื่องจากธรรมชาติของปรากฏการณ์ของการปฏิบัติทางการแพทย์นั้นพยาบาลจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและสังคมวัฒนธรรม ดังนั้นศาสตร์ทางการแพทย์จึงเป็นศาสตร์ที่เป็นองค์รวม เป็นศาสตร์ที่ต้องอาศัยความรู้จากหลายสาขาวิชามาอธิบายปรากฏการณ์ทางการแพทย์ ทั้งความรู้ทางวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ การแสวงหาความรู้เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ทางการแพทย์จึงต้องอาศัยวิธีวิจัยที่สามารถให้คำตอบต่อปรากฏการณ์นั้นได้อย่างชัดเจนและครอบคลุม (อากรณ ธีระไพศิศิลป์, 2536)

เท่าที่ผ่านมาวิธีวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ในรูปแบบของการศึกษาเพื่ออธิบายเหตุและผล (Causal model) หรือหาความจริงที่ตรวจสอบได้ (Logical positivist) ของการวิจัยเชิงปริมาณ ได้นำมาใช้มากในทางการแพทย์ แต่ด้วยเหตุผลที่วิธีวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ ไม่สามารถให้คำตอบได้ชัดเจนจนครอบคลุมการให้ความหมายในปรากฏการณ์ทางการแพทย์ได้อย่างกว้างขวาง ไม่สามารถตีความในความหมายของบุคคลแบบองค์รวม (Holistic) เนื่องจากศาสตร์ทางการแพทย์เป็นศาสตร์เกี่ยวข้องกับมนุษย์ วิธีการศึกษาแต่เพียงสังเกตปรากฏการณ์แต่เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ ยังต้องรวมถึงการค้นหาและตีความหมายในสิ่งที่มีความหมายต่อมนุษย์ในปรากฏการณ์ที่มีความสำคัญ (Ray, 1990)

ดังนั้นแนวคิดการหาความจริงบนพื้นฐานของปรัชญาสำนักปรากฏการณ์นิยมจึงได้รับความสนใจอธิบายได้อย่างแท้จริงต่อปรากฏการณ์ทางการแพทย์ และเป็นวิธีที่เข้ามามีบทบาทในการวิจัยด้านสุขภาพและพยาบาล (Morse & Field, 1996; Linninger 1985)

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นวิธีการที่นักการศึกษาพยายามมองเห็นความสำคัญว่าเป็นวิธีที่เหมาะสม จะนำมาใช้ในการศึกษาเพื่อให้รู้ถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วย เพราะวิธีการศึกษาตามรูปแบบวิทยาศาสตร์ธรรมชาตินั้น ให้ความรู้ไม่เพียงพอแก่การเข้าใจ การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยานั้นมีความสอดคล้องกับการปฏิบัติการพยาบาล มีคุณค่าทางการพยาบาลและเป็นวิธีการศึกษาแบบองค์รวม เป็นวิธีการที่ช่วยให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น และสามารถให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างตรงตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

สรุป

จากการทบทวนแนวคิดและวรรณคดีที่เกี่ยวข้องทั้งหมดที่ประกอบด้วย การทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่กล่าวถึงพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การเกิดอาการเจ็บป่วยและการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซึ่งเป็นพื้นฐานของการเข้าใจถึงความซับซ้อนของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทบทวนแนวคิด ความเจ็บป่วยและการจัดการต่อการเจ็บป่วย เพื่อเข้าใจถึงความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อการเจ็บป่วยและการจัดการต่อการเจ็บป่วย ซึ่งการทบทวนลักษณะทางสังคมและการดำรงชีวิตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้ช่วยให้เข้าใจถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรมของกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา ซึ่งจะ เป็นพื้นฐานของความคิดและการดำรงชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และจากการทบทวนการศึกษาวิธีเชิงปรากฏการณ์วิทยานี้พบว่า เป็นวิธีการศึกษาที่เหมาะสมกับการศึกษาเพื่อให้ได้คำตอบถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การดำเนินชีวิตอยู่กับการเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นปรากฏการณ์ที่มีความสำคัญ เป็นการใช้ชีวิตที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของความเจ็บป่วยที่ไม่แน่นอน ในภาวะที่อาการเจ็บป่วยสงบอาจเกิดการเจ็บป่วยกำเริบได้ซ้ำ ๆ อีก และอาจมีความรุนแรงถึงขั้นเสี่ยงต่อการเสียชีวิต อีกทั้งมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ต้องรับการรักษาดูตามอาการเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และอาจต้องปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาตามการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วย เป็นการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบทั้งด้านกาย จิต และสังคม ซึ่งยากที่จะสามารถศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ เกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อการเจ็บป่วยและการจัดการต่อการเจ็บป่วยด้วยการศึกษาวิจัยจากการวัดเชิงปริมาณ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะมีประสบการณ์ต่อการเจ็บป่วย และการจัดการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันตามประสบการณ์ของการเจ็บป่วย การรับรู้และสภาพแวดล้อมทางสังคมที่แตกต่างกัน

การศึกษาเชิงประสบการณ์วิทยาเป็นวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่ช่วยเอื้อให้พยาบาลได้เข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย เกี่ยวกับการให้ความหมายของการเจ็บป่วย และพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจเหตุผลของพฤติกรรมในทศนะของผู้ป่วย ช่วยลดความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน อันจะเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถจัดบริการพยาบาลที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย แต่ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ บุคลากรวิชาชีพจึงขาดความเข้าใจการให้ความหมายต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในทศนะของผู้ป่วย และการจัดการต่อการเจ็บป่วยอย่างลึกซึ้ง ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีความเหมาะสมที่จะใช้ศึกษาหาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในครั้งนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่เข้ารับการรักษาติดตามอาการตามที่แพทย์นัด ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 20 ราย โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่เต็มใจยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยและรู้ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมานานกว่า 6 เดือน 2) เป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง ไม่จำกัดอายุ 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยจากโรคอื่น ๆ นอกจากการเจ็บป่วยจากโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การเลือกสถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลอย่างไม่เป็นทางการเกี่ยวกับสถานบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เกี่ยวกับผู้รับบริการและธรรมชาติของการเข้ารับบริการสุขภาพ ซึ่งโรงพยาบาลที่ได้พิจารณาเลือกเป็นสถานที่ศึกษา เป็นโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงได้รับการยอมรับของประชากรที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งในภาวะวิกฤตและเรื้อรังจะมารับการรักษา มีคลินิกและศูนย์โรคหัวใจที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ยอมรับของแพทย์ในการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา มีการนัดหมายติดตามการรักษาและบันทึกข้อมูลที่สามารถติดตามได้ จากการพิจารณาข้อมูลแล้วผู้วิจัยจึงได้เลือกโรงพยาบาลนี้เป็นสถานที่ศึกษา

เนื่องจากผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาติดตามอาการที่ห้องตรวจอายุรศาสตร์แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง ดังนั้นสถานที่สัมภาษณ์ระดับลึกจึงได้รับการอนุเคราะห์ห้องพักของหัวหน้าพยาบาลประจำห้องตรวจให้ใช้เป็นสถานที่สัมภาษณ์ ซึ่งเป็นสัดส่วนเฉพาะและมีขีดมีความเป็นส่วนตัว ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเป็นอิสระต่อการสนทนา ในกรณีที่ต้องการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปผู้วิจัยได้นัดหมายกับผู้ป่วยตามความเหมาะสม

สถานการณ์การรักษา

ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษาติดตามอาการกับแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่จะเดินทางออกจากบ้าน โดยเร็วเพื่อให้ถึงห้องตรวจแต่เช้า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัด ไม่มีบ้านพักที่

จังหวัดขอนแก่น ก็จะอยากเดินทางแต่เช้ามีด ดังเช่นผู้ป่วยมีที่อยู่จังหวัดเลย และสกลนคร จะเดินทางออกจากบ้านประมาณตี 2 ถึงตี 3 หรือผู้ป่วยที่อยู่จังหวัดศรีสะเกษจะออกเดินทางประมาณตี 4 เพื่อวางบัตรนัดจัดลำดับ และเข้ารับการตรวจกับแพทย์ให้เสร็จภายในช่วงเช้า หลังจากวางบัตรผู้ป่วยจะนั่งรอรับการตรวจหน้าห้องตรวจ แต่ผู้ป่วยที่จะต้องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับไขมันในเลือดก่อนเข้ารับการตรวจ ซึ่งได้งดอาหารตั้งแต่เที่ยงคืน ก็จะไปรับการเจาะเลือดแล้วจึงไปรับประทานอาหารเช้า ผู้ป่วยที่เดินทางไกลจากต่างจังหวัดส่วนมากหลังวางบัตรแล้วก็จะนอนพักที่รถยนต์ที่เดินทางมาหรือได้ตื่นไม้ในบริเวณโรงพยาบาลก่อนเข้ารับการตรวจ ผู้ป่วยรายหนึ่งคือ นางหนู ซึ่งอยู่ที่จังหวัดเลยกล่าวว่า “ถ้าไม่ได้นอนพัก ก่อนตรวจก็จะรู้สึกหงุดหงิด อย่างวันไหนมาถึงสายต้องรีบเข้าตรวจ ไม่ได้นอนก่อนจะรู้สึกไม่สบาย เพลีย ๆ หงุดหงิด ก็ต้องนอนพักได้ตื่นไม้ก่อนเดินทางกลับบ้าน”

การจัดการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของแผนกผู้ป่วยนอกที่เป็นสถานที่ศึกษา ผู้วิจัยขอแบ่งการให้บริการผู้ป่วยตามข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนและการสังเกตออกเป็น 2 ส่วน โดยส่วนหนึ่งเป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มารับการตรวจกับห้องตรวจอายุรกรรม ในช่วงเช้าของวันอังคาร พุธ ศุกร์ และวันศุกร์ ร่วมกับผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรมอื่น ๆ โดยจะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจวันละ 1 คน ให้การตรวจและรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาของโรคหัวใจทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ห้องตรวจอายุรกรรมจะมีพยาบาล 5 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน และเจ้าหน้าที่ 1-2 คน โดยจะมีผู้ป่วยมารับบริการวันละประมาณ 100-150 คน เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจประมาณ 20-25 คน ในจำนวนนี้จะมีผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบประมาณวันละ 1-3 คน ก่อนเข้ารับการตรวจกับแพทย์ผู้ช่วยพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความดันโลหิต แล้วรอตรวจ

การให้บริการอีกส่วนหนึ่งเป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดัดตามอาการกับคลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง ซึ่งให้บริการการตรวจรักษาทุกช่วงเช้าของวันพุธ ซึ่งอยู่อีกด้านหนึ่งของห้องตรวจอายุรกรรมจะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจให้การตรวจและรักษา ครั้งละ 5-6 คน พยาบาลของหน่วยโรคหัวใจ 1-2 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน และเจ้าหน้าที่ 1 คน ให้บริการผู้ป่วยที่มารับการรักษาตามนัดวันละประมาณ 70-100 คน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบครั้งละประมาณ 2-4 คน ก่อนเข้ารับการตรวจจากแพทย์ผู้ป่วยจะได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตและอัตราเต้นหัวใจ และรอรับการตรวจ โดยส่วนมากทั้งห้องตรวจอายุรกรรมและคลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง แพทย์จะมาถึงและให้การตรวจรักษาประมาณ 9.00 นาฬิกา เจ้า

หน้าที่จะเรียกผู้ป่วยครั้งละ 1 คน ให้รับการตรวจกับแพทย์ และให้ผู้ป่วยลำดับถัดไปจะนั่งรอตรวจในห้องตรวจด้วย โดยห่างจากผู้ป่วยที่กำลังได้รับการตรวจจากแพทย์ประมาณ 5-6 ฟุต เจ้าหน้าที่ก็จะเรียกผู้ป่วยในลำดับถัดไปให้มานั่งรอตรวจต่อเช่นนี้ในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจจากแพทย์ประมาณ 5-15 นาที ส่วนใหญ่จะเป็นการซักถามอาการสำคัญ ตรวจร่างกาย ให้การรักษา และให้คำแนะนำอย่างคร่าว ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับประทานยา โดยไม่มีรายละเอียด เนื่องจากมีเวลาจำกัด และมีผู้ป่วยรอตรวจรักษาจำนวนมาก ผู้ป่วยรายหนึ่งคือ คุณพูน บอกว่า “ผมไม่กล้าซักถามหมอ เห็นมีคนใช้นั่งรออีกเยอะ เกรงใจหมอ ทั้ง ๆ ที่มีเรื่องสงสัย พยาบาลก็มีงานยุ่ง อย่างหมอดูตรวจหัวใจ ดูผลตรวจหัวใจ ดูเอกซเรย์ก็อยากรู้ว่าเป็นอย่างไร ก็ไม่กล้าถาม หมอก็แนะนำอย่างงัดกินอะไร แต่มีเวลาน้อยก็แนะนำสั้น ๆ” ภายหลังรับการตรวจกับแพทย์ผู้ป่วยจะนำบันทึกการรักษาในเวชระเบียนไปรอเข้าคิวเพื่อให้พยาบาลที่อยู่ด้านหน้าห้องตรวจ คู่มือการรักษาและลงบันทึกแล้วนัดหมายการตรวจต่อไป พร้อมกับให้ใบสั่งยาผู้ป่วยไปซื้อยาที่ห้องจ่ายยา แต่ผู้ป่วยบางคนจำเป็นต้องรับการตรวจพิเศษในวันนั้น เช่น เอกซเรย์ทรวงอกหรือตรวจคลื่นหัวใจ พยาบาลก็จะแนะนำผู้ป่วยไปตรวจที่ห้องตรวจนั้น ๆ แล้วรอนำผลกลับมาให้แพทย์ดูอีกครั้ง ถ้าไม่ทันในช่วงเช้าก็จะนัดให้ผู้ป่วยไปพบที่ห้องทำงานของหน่วยโรคหัวใจ ซึ่งพยาบาลประจำหน่วยโรคหัวใจ และแพทย์บางคนจะกลับไปทำงานที่ห้องตรวจของหน่วยโรคหัวใจ ซึ่งกว่าผู้ป่วยจะได้รับการตรวจและซื้อยาเสร็จได้กลับบ้านก็เป็นเวลาเย็น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตและจดบันทึกภาคสนาม และบันทึกเทปขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมเครื่องมือต่าง ๆ ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย การศึกษา การประกอบอาชีพ และลักษณะงาน เศรษฐฐานะของครอบครัว บุคคล และแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือ ประวัติการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ประกอบด้วยเวลาที่เริ่มเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการตรวจ การรักษาที่ได้รับ อาการและอาการแสดงในวันสัมภาษณ์ (ภาคผนวก ก.)

2. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และการจัดการต่อการเจ็บป่วย เป็นแนวคำถามที่คำนึงถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย โดยมีแนวคำถามย่อย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม (ภาคผนวก ข.)

3. เครื่องบันทึกเสียง และอุปกรณ์การบันทึก เช่น ม้วนเทป แบทเตอรี
4. สมุดบันทึกและปากกา เพื่อใช้จดบันทึกภาคสนาม
5. กระดาษ และแฟ้มเอกสารเพื่อบันทึกข้อมูลรายวัน ที่ได้จากการรวบรวมและการสังเกต

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัย โดยเฉพาะการวิจัยครั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลจะเป็นในระดับลึกที่เกี่ยวข้องกับบุคคล ชุมชน และองค์กร ดังนั้นการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้นั้นจึงคำนึงถึงศักดิ์ศรี และคุณค่า สวัสดิภาพ และผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจึงไม่เปิดเผยชื่อจริง ผู้วิจัยจะไม่ใช้อำนาจหน้าที่ในบทบาทของพยาบาลนำข้อมูลที่ได้มาไปใช้เพื่อจุดประสงค์อื่น และผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ (บุปผา ศิริรัศมี. 2535, Mumhall, 1993: 395-408)

1. ความยินยอมของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยให้สิทธิแก่ผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมในโครงการการศึกษา โดยมีแบบอธิบายและการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (ภาคผนวก ก.) ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัย การนำข้อมูลวิจัยไปใช้ ความมีอิสระในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการศึกษา ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาตามปกติของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อสงสัย คำนึงถึงความพร้อมของผู้ป่วย

2. รักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ในการเก็บรวบรวมข้อมูลบางครั้งอาจทำให้เกิดการถูกลักลอบเรื่องส่วนตัวที่ผู้ให้ข้อมูลออกจะปิดบัง ผู้วิจัยต้องรักษาความลับที่ได้มาโดยไม่แพร่งพรายให้ผู้อื่นทราบ การจดบันทึกการบันทึกเสียงต้องได้รับอนุญาตก่อน และระมัดระวังรักษาเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการศึกษา

3. ความรับผิดชอบของผู้วิจัย ในฐานะที่เป็นพยาบาลมีความสำนึกในหน้าที่และรับผิดชอบต่อสังคม ถ้าผู้วิจัยพบว่ามีพฤติกรรมการปฏิบัติใดที่กระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูล แต่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่พยาบาลในขณะนั้นได้ ผู้วิจัยจะส่งต่อกับผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องต่อเมื่อสิ้นสุดบทบาทของการเป็นผู้วิจัย ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำตามหน้าที่และความรับผิดชอบของวิชาชีพ

การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาที่เน้นเนื้อหารายละเอียดต่าง ๆ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ การสังเกตและจดบันทึก ซึ่งนักวิจัยจะเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะต้องมีความพร้อมในการดำเนินการ

วิจัยเพื่อให้ผลการวิจัยมีความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยจึงเตรียมความพร้อมในการวิจัยดังนี้

1. ความรู้ด้านเนื้อหาวิชาการ ผู้วิจัยทำงานด้านการเรียนการสอนทั้งด้านทฤษฎีและปฏิบัติ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นเวลานาน 18 ปี เคยเข้ารับการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาโรคหัวใจและทรวงอก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีประสบการณ์วิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยจึงมีข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และปัญหาประชากรของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และเตรียมความรู้เกี่ยวกับการรับรู้และการเผชิญต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางสร้างแนวคำถามได้อย่างครอบคลุม ผู้วิจัยทบทวนแนวคิดและความรู้เชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความไวในการทำวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูล

2. ความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัย และประสบการณ์ ผู้วิจัยศึกษาระเบียบวิธีเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยทำการศึกษาปรัชญา เป้าหมาย วิธีการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ช่วยให้เข้าใจระเบียบวิธีวิจัยมากขึ้น และได้รับการพัฒนาการทำวิจัยโดยเคยเข้าไปรับการอบรมโครงการวิจัยเชิงคุณภาพ : เชิงปฏิบัติการของสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น รุ่นที่ 2 2533 ได้ลงทะเบียนเรียนวิชาระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ 3 หน่วยกิต ปฏิบัติการวิจัยเชิงคุณภาพ 3 หน่วยกิต และวิชามนุษยวิทยาทางการแพทย์ 3 หน่วยกิต ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม รวมทั้งศึกษาจากตำรา วารสาร และปรึกษาผู้มีประสบการณ์ และในระหว่างรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผลการศึกษากับคณะอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะ

3. ประสบการณ์เกี่ยวกับชุมชนและวัฒนธรรม ผู้วิจัยมีความคุ้นเคยกับชุมชน มีความเข้าใจในพฤติกรรมและเรียนรู้วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และสิ่งแวดล้อมชุมชนที่ศึกษา ผู้วิจัยศึกษาและทำงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือนาน 21 ปี คลุกคลีกับผู้รับบริการ มีประสบการณ์วิจัยในพื้นที่ชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และได้เข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรมของชุมชน

4. การเข้าอยู่ในคลินิกโรคหัวใจ และความดันโลหิตสูง และห้องตรวจอายุรกรรม เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการรักษาติดตามอาการ วิธีการให้บริการตรวจและการให้คำแนะนำจากทีมสุขภาพผู้ดูแลรักษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น และเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับทีมสุขภาพ เพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยใช้หลายวิธี คือ ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากประวัติและบันทึกต่าง ๆ ทำการสัมภาษณ์เจาะลึกอย่างไม่เป็นทางการและบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ สังเกตลักษณะสีหน้าท่าทาง บุคคล สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และการจัดการต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลและศึกษาสถานที่เก็บข้อมูล จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งทางมหาวิทยาลัยได้ส่งหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในขณะเดียวกัน ผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับพยาบาล แพทย์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาบริบทของสถานที่ศึกษา และสร้างสัมพันธภาพกับหน่วยงาน

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทุกรายที่แพทย์นัดให้รับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจอายุรกรรมวันอังคาร พุธ ศุกร์ รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูงในวันพุธ ซึ่งจะมีทั้งผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมาก่อนอย่างวิกฤตเฉียบพลัน และไม่วิกฤต ทั้งผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต และหอผู้ป่วยสามัญ เคยได้รับการรักษาทั้งด้วยการผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจ หรือการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือการรับการตรวจวินิจฉัยด้วยเทคนิคและการฉีดสารทึบแสงและถ่ายภาพรังสีของหลอดเลือดหัวใจ การทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินบนสายพานเลื่อน เป็นผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการเจ็บป่วยกำเริบเป็นระยะ และสามารถควบคุมอาการเจ็บป่วยได้

ผู้วิจัยจะทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทุกรายที่จะมารับการตรวจรักษาตามนัดที่ห้องตรวจอายุรกรรมและคลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จากเวชระเบียน ประวัติ และบันทึกต่าง ๆ ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาที่แพทย์แล้วทำการคัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตามเกณฑ์ที่กำหนดประมาณสัปดาห์ละ 2-3 ราย นอกจากนั้นยังพยายามคัดเลือกผู้ป่วยให้มีความหลากหลายและครอบคลุม ทั้งผู้ป่วยที่เคยเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตและหอผู้ป่วยสามัญ ทั้งเคยและไม่เคยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจ และการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ และทั้งผู้ป่วยที่ยอมรับการตรวจรักษาตามคำแนะนำแพทย์และปฏิเสธการตรวจและรักษาตามคำแนะนำแพทย์ ทั้งผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์และใช้การรักษาแบบพื้นบ้านร่วมด้วย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากเวชระเบียน และบันทึกต่างๆ ก่อนที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

3.2 ทำการสร้างสัมพันธภาพอันดีกับกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา (Build rapport) เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ได้รับความรู้สภาพการเป็นจริงที่ซ่อนเร้นอยู่ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากจะนำไปสู่ความสำเร็จ โดยเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยที่รอรับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก เกี่ยวกับการเจ็บป่วยการรักษา รวมทั้งปัญหาต่าง ๆ ด้วยความตั้งใจ แสดงความสนใจที่จะรับรู้ความรู้สึก ปัญหาของผู้ป่วยอย่างจริงใจ รวมทั้งปัญหาที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญให้เกิดสติผู้ป่วย หลังจากมีบรรยากาศของความไว้วางใจแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวตามข้อความในใบพินิจสิทธิ์ เมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือเข้าร่วมในโครงการวิจัย ซึ่งเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยได้เชิญผู้ป่วยเข้าชี้แจงและสัมภาษณ์ในห้องทำงานพยาบาลที่มีความเป็นส่วนตัว

3.3 ผู้วิจัยชี้แจงผู้ป่วยให้รับรู้ว่าผู้วิจัยไม่ใช่พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกผู้ป่วยนอกหรือหอผู้ป่วยของ โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยมารักษา แต่เป็นนักศึกษาพยาบาลปริญญาเอกของมหาวิทยาลัยมหิดล และเป็นอาจารย์ทำงานอยู่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กำลังศึกษาค้นคว้าเพื่อต้องการรู้ถึงความรู้สึกของผู้ป่วยว่ามีความคิดเห็นต่อความเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างไร การเจ็บป่วยก่อให้เกิดปัญหาอะไรบ้าง มีความรู้สึกต่อปัญหานั้นอย่างไร และผู้ป่วยจัดการต่อปัญหาและการเจ็บป่วยเหล่านั้นอย่างไร

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผู้ป่วยยินยอม และมีความคุ้นเคยกับผู้วิจัยแล้ว ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยแบบเจาะลึกอย่างไม่เป็นทางการ ร่วมกับสังเกตสีหน้า ปฏิกริยาต่าง ๆ ของผู้ป่วย ซึ่งในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ใช้แนวคำถามที่สามารถยืดหยุ่นได้ตามบริบทของการสัมภาษณ์ ขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศเป็นกันเองโดยเริ่มด้วยการพูดคุยทั่ว ๆ ไปจนบรรยากาศเป็นธรรมชาติ ซึ่งเริ่มสัมภาษณ์เจาะลึกในประเด็นที่ต้องการ พร้อมทั้งทำการบันทึกเทปเสียง และจดบันทึกสั้น ๆ เฉพาะบางประเด็นที่ต้องการถามซ้ำในภายหลัง เพื่อให้เกิดความชัดเจนโดยไม่ขัดจังหวะในขณะที่ผู้ป่วยพูด การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45-90 นาที หลังการสัมภาษณ์ผู้ป่วยแต่ละราย ในแต่ละครั้งผู้วิจัยจดบันทึกข้อมูลในบันทึกสถานการณ์ภาคสนาม (Field notes) ทันที เพื่อป้องกันความสับสนของข้อมูลก่อนที่จะรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยรายต่อไป โดยบันทึกในประเด็นสำคัญที่ค้นพบพร้อมทั้งข้อมูล สถานที่ วัน เวลา บุคคลที่เกี่ยวข้อง สีหน้าท่าทาง ลักษณะคำพูด น้ำเสียง ตามความเป็นจริง ซึ่งจะเป็ข้อมูลที่จะช่วยเพิ่มความชัดเจนและครอบคลุมของข้อมูลได้จากการบันทึกเทปเสียง และยังประกอบด้วยข้อมูลที่เป็นความคิด ความรู้สึก และปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้วิจัยในขณะที่เก็บข้อมูลด้วย

ในแต่ละวันผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยประมาณ 1-2 รายต่อวัน โดยในสัปดาห์หนึ่งจะมีผู้ป่วยไม่เกิน 3 ราย หลังการสัมภาษณ์แต่ละวัน ผู้วิจัยถอดเทปบันทึกเสียง เพื่อสำรวจข้อมูลว่าได้ครบถ้วนหรือไม่ เพื่อนำมาปรับปรุงเตรียมการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไปต่อเนื่องกันทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาตรวจตามนัด โดยสัมภาษณ์ประมาณ 3-4 ครั้ง หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลที่อิ่มตัว ไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มและครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย สำหรับผู้ป่วยที่ยินดีให้ผู้วิจัยไปเยี่ยมและสัมภาษณ์ที่บ้าน ผู้วิจัยได้นัดหมายเวลา และสอบถามสถานที่กับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม ข้อมูลจากญาติ และบุคคลในครอบครัว และในผู้ป่วยที่มีโทรศัพท์ ผู้วิจัยจะทำการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมทางโทรศัพท์ และสอบถามข้อมูลทั่ว ๆ ไปเพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้โทรศัพท์กลับ เมื่อต้องการสอบถามข้อมูลต่าง ๆ จากผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

จุดมุ่งหมายสำคัญของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาก็เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่เข้าถึงความรู้สึก ความนึกคิด และการกระทำของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ด้วยวิธีการตีความอย่างเข้าถึง (Interpretive understanding) ในข้อมูลที่สอดคล้องกับความเป็นจริงในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย และสรุปเป็นแนวเรื่อง (themes) ที่แสดงให้เห็นถึงโครงสร้างที่จำเป็นในปรากฏการณ์ของการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกคำสัมภาษณ์ประกอบการบันทึกสถานการณ์ภาคสนาม และการสังเกตโดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ในแต่ละครั้งและหลังจากรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน โดยเลือกใช้ขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาหลังจากการถอดเทปคำสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นโดยโคโลซซี (Colaizzi, 1978) และผู้วิจัยได้เสริมการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดทำแผนภูมิที่แสดงลำดับเหตุการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Flow charts) เพื่อจะช่วยให้เข้าใจถึงความต่อเนื่อง หรือปรากฏการณ์ที่ศึกษา (เบญญา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกซ์, 2533) ว่ามีเหตุการณ์หรืออาการในลักษณะใดเกิดขึ้นก่อน ผู้ป่วยมีความคิดเห็นและกระบวนการแสวงหาการรักษาและจัดการต่อการเจ็บป่วยของตนแต่ละขั้นตอนอย่างไร ซึ่งจะช่วยให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์ตามเวลาและความคิดเห็นของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้เห็นใจประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น (ภาคผนวก ง.)

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังจากการถอดเทปคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ตามคำสัมภาษณ์ โดยปราศจากการตีความ ได้นำข้อมูลดิบทั้งคำสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. อ่านข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการบันทึกและข้อมูลจากการถอดเทปอย่างพิถีพิถันหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความรู้สึกตามข้อความในคำบรรยายนั้น ๆ ในแต่ละวัน

2. ตัดตอนหรือหยิบยกข้อความที่มีความสำคัญ (Significant statements) จากคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน ทั้งที่เป็นข้อความที่เป็นวลีหรือเป็นประโยคซึ่งมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับประสบการณ์การเจ็บป่วย การรับรู้ การเผชิญกับเจ็บป่วย การจัดการต่อการเจ็บป่วย ปึงจ่ายส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรค หรือเป็นอุปสรรคต่อการจัดการการเจ็บป่วย ซึ่งได้แนวคิดจากคำถามการวิจัยจากการทบทวนกรอบแนวคิดและจากความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ในปรากฏการณ์ที่ศึกษาแล้วนำข้อความต่าง ๆ นั้นมาจำแนกแยกแยะ โดยข้อความที่มีความคล้ายคลึงกันจะนำมาจัดรวมเป็นหมวดหมู่เดียวกันเพื่อให้ความหมายต่อไป

3. การให้ความหมายกับข้อความสำคัญ (Formulated meanings) เป็นการให้ความหมายต่อกลุ่มของประโยคหรือข้อความที่มีความสำคัญ โดยความหมายต่าง ๆ ที่กล่าวถึงนั้นจะต้องไม่ขาดความเชื่อมโยงกับคำบอกเล่าเริ่มต้นของผู้ให้ข้อมูล และเป็นความหมายที่ค้นพบหรือแสดงออกให้เห็นว่าเป็นความหมายที่อยู่ในบริบทของปรากฏการณ์ที่ศึกษา หลังจากการให้ความหมายกับข้อความสำคัญแล้ว ได้แยกบันทึกในแฟ้มข้อมูล

4. จัดหมวดหมู่ของแนวเรื่อง (Clusters of themes) เป็นการแนะนำความหมายต่าง ๆ ที่ได้ให้ไว้มาอ่านซ้ำ แล้วจัดกลุ่มตามประเภท และลักษณะที่มีนัยของความหมายในแนวทางเดียวกัน มารวมเข้าด้วยกัน ทั้งจัดเป็นแนวเรื่อง (Themes) และแนวเรื่องย่อย (Sub themes) ที่อยู่ภายใต้ความหมายเดียวกับแนวเรื่องนั้น ๆ โดยแนวเรื่องที่จัดเป็นกลุ่มนั้นได้มาจากคำบรรยายต่าง ๆ ที่เป็นข้อมูลเริ่มต้นและเป็นคำซึ่งมีความเชื่อถือได้ และสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นจริง ถ้ามีความหมายที่ขัดแย้งกันในแนวเรื่องกลุ่มเดียวกัน หรือระหว่างกลุ่ม หรือไม่มีความสัมพันธ์กันกับแนวเรื่องอื่น ๆ ผู้วิจัยจะตรวจสอบซ้ำ ในแต่ละวันผู้วิจัยจะทราบว่าข้อมูลใดได้มาแล้ว ข้อมูลใดยังขาด หรือไม่ชัดเจน แล้วนำมาวางแผนเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในครั้งต่อไป เมื่อข้อมูลใดมีความชัดเจน มีความซ้ำซ้อนกับข้อมูลเดิม ไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม ถือเป็นการสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. บรรยายรายละเอียด (Exhaustive description) เป็นการบรรยายเกี่ยวกับความหมายของการเจ็บป่วย เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การเผชิญกับการเจ็บป่วย และการจัดการต่อการเจ็บป่วยที่ได้จากการศึกษาที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นอย่างละเอียดและบรรยายรายละเอียดของเหตุการณ์

ด้วยข้อความที่ชัดเจน หลังจากได้ข้อมูลที่มากพอ ซึ่งจะชี้ให้เห็นว่าอะไรเป็นโครงสร้างที่สำคัญต่อปรากฏการณ์นั้น ๆ

6. อธิบายโครงสร้างสำคัญทั้งหมดที่ได้จากการศึกษา (Essential Structure) ปรากฏการณ์ของการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กระทำเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลใกล้สิ้นสุด

7. ตรวจสอบข้อสรุปที่ได้จากการศึกษา (Validating data) โดยนำข้อสรุปที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ ถ้ามีข้อมูลใหม่ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์เพิ่ม

การประเมินความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของข้อมูล

ความเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยประเมินได้จากวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยคำนึงถึงการตรวจสอบความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย มีความสม่ำเสมอของการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และผู้วิจัยจะสังเกตและบันทึกความรู้สึกความคิดเห็นของผู้วิจัยต่อตนเอง

2. หลังจากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะนำเทปที่บันทึกมาถอดข้อความคำสัมภาษณ์คำต่อคำ รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และตรวจสอบความถูกต้องของข้อความอีกครั้งจากการเปิดฟังเทปซ้ำในส่วนของที่ยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยได้นำไปถามผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง

3. ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลแบบสามเส้า ด้านข้อมูล (Data triangulation) เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ได้มานั้นมีความถูกต้องหรือไม่ หรือถ้ามีการขัดแย้งกันจะตรวจสอบโดยการถามซ้ำกับผู้ป่วย ในเวลาต่อมาและผู้วิจัยจะถามเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน รวมทั้งตรวจสอบข้อมูลจากภรรยาและญาติจากการได้ตามเยี่ยมที่บ้าน บุคคลที่เกี่ยวข้อง และเวชระเบียน และตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) เป็นการใช่วิธีรวบรวมข้อมูลต่างวิธีเพื่อเก็บข้อมูลเรื่องเดียวกัน โดยการสังเกตควบคู่กับการซักถาม รวมทั้งศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งเอกสารประกอบด้วย (สุภาวงศ์ จันทวานิช, 2534 : Streubert & Carpenter, 1995)

สรุป ในบทนี้ได้กล่าวถึงลักษณะของวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา การนำวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยามาใช้ในการวิจัยทางการแพทย์ ที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคล อันจะเป็นวิถีทางที่ช่วยให้พยาบาลเกิดความเข้าใจผู้ป่วยได้อย่างรอบครอบครอบคลุมประเด็นสำคัญของการวิจัยและขั้นตอนต่าง ๆ ของการดำเนินการวิจัยเพื่อให้สามารถตอบคำถามของการวิจัยได้ตามความเป็นจริง

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่ออธิบายถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ตามการรับรู้ และความคิดเห็นในมุมมองของผู้ป่วย (emic view) ด้วยการใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ วิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยการสัมภาษณ์ระดับลึกเป็นวิธีหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รับการรักษาดูแลตามอาการกับแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลของการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอนำเสนอเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลภูมิหลังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

2.1 ความหมายของการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

2.2 สาระสำคัญของประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ส่วนที่ 3 แบบแผนประสบการณ์การเจ็บป่วย การจัดการต่อการเจ็บป่วยและปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลภูมิหลังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากแพทย์ มีความยินดีให้ความร่วมมือในการเล่าถึงประสบการณ์การเจ็บป่วย และการจัดการต่อการเจ็บป่วย นับตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผู้วิจัยทำการศึกษาดูแลตามสัมภาษณ์ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2539 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2541 โดยเริ่มต้นศึกษามีจำนวนผู้ป่วย 21 คน แต่มีผู้ป่วย 1 ราย ภายหลังจากผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและได้สัมภาษณ์ 1 ครั้ง ผู้วิจัยได้รับข้อมูลจากบุตรสาวของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยได้ถึงแก่กรรมเนื่องจากได้รับอุบัติเหตุทางรถยนต์ขณะขับรถไปตรวจราชการ จึงมีจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้จำนวนทั้งสิ้น 20 คน

ผู้ป่วยในการศึกษาเป็นผู้ป่วยเพศชายจำนวน 15 คน เพศหญิง 5 คน มีช่วงอายุระหว่าง 40-69 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 55-59 ปี จำนวนมากที่สุด 9 คน รองลงมาเป็นช่วงอายุ 60-64 ปี จำนวน 4 คน และยังพบว่าอายุเริ่มแรกของการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 45-49 ปี จำนวน 6 คน รองลงมาอยู่ในช่วง 50-54 ปี จำนวน 5 คน และพบว่าผู้ป่วยที่อายุเริ่มแรกของการเจ็บป่วยน้อยที่สุดคือ อายุ 35 ปี จำนวน 1 คน ผู้ป่วยในกลุ่มที่ศึกษาครั้งนี้มีช่วงระยะเวลาของประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ยาวนานที่สุดคือ 12-14 ปี จำนวน 3 คน ส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยอยู่ในช่วงระยะเวลา 3-5 ปี จำนวน 11 คน (ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1)

กลุ่มผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ส่วนมากมีการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 10 คน ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี 4 คน ในกลุ่มตัวอย่างไม่มีผู้ป่วยคนใดมีอาชีพทำนาหรืออาชีพการเกษตร ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จำนวน 10 คนอาชีพรับราชการ โดยเป็นข้าราชการบำนาญ จำนวน 2 คน รับราชการ จำนวน 8 คน เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพภายหลังการเจ็บป่วยจำนวน 4 คน เนื่องจากญาติไม่ให้ทำงาน ผู้ป่วยจะมีรายได้จากบุคคลในครอบครัวให้เงินใช้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพเดิม ได้แก่ อาชีพรับจ้าง ค้าขาย ทำธุรกิจส่วนตัวหรือรับราชการ ส่วนใหญ่สถานภาพการเงินอยู่ในลักษณะพอใช้ แต่มีผู้ป่วยจำนวน 4 คน ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเงินมีหนี้สิน และไม่เพียงพอใช้จ่าย โดยผู้ป่วย 2 คนได้รับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยเป็นคนไข้ในพระบรมราชานุเคราะห์ ผู้ป่วยส่วนมากมีภูมิลำเนาในจังหวัดขอนแก่นมากที่สุด 11 คน อยู่ในจังหวัดเลยและชัยภูมิจังหวัดละ 2 คน และเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในจังหวัดสกลนคร กาฬสินธุ์ มหาสารคาม อุดรธานี และศรีสะเกษ จังหวัดละ 1 คน ผู้ป่วยทุกคนยังคงอยู่กับคู่สมรส และนับถือศาสนาพุทธ

ตารางที่ 1 ลักษณะภูมิหลังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
(n = 20)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
เพศ		ระดับการศึกษา	
ชาย	15		
หญิง	5	ประถมศึกษา	10
อายุ		มัธยมศึกษา	3
40 - 44 ปี	1	ประกาศนียบัตรสายอาชีพ	3
45 - 49 ปี	2	ปริญญาตรี	4
50 - 54 ปี	2	อาชีพหลังเจ็บป่วย	
55 - 59 ปี	9	ไม่ได้ประกอบอาชีพแม่บ้าน	4
60 - 64 ปี	4	รับจ้าง	2
65 - 69 ปี	2	กิจการส่วนตัว	1
อายุเริ่มแรกของการเจ็บป่วย		ค้าขาย	3
35 - 39 ปี	1	รับราชการ	8
40 - 44 ปี	3	ข้าราชการบำนาญ	2
45 - 49 ปี	6	สถานภาพการเงิน	
50 - 54 ปี	5	ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	1
55 - 59 ปี	3	พอใช้ ไม่มีหนี้สิน	3
60 - 64 ปี	2	พอใช้ และมีเงินเก็บ	14
ระยะเวลาของประสบการณ์การเจ็บป่วย		มั่นคง ซื้อสิ่งของตามต้องการได้	2
0 - 2 ปี	3	ค่าใช้จ่ายในการรักษา	
3 - 5 ปี	11	เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	15
6 - 8 ปี	2	สังคมสงเคราะห์	-
9 - 11 ปี	1	ประกันสุขภาพ	-
12 - 14 ปี	3	จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	3
		อยู่ในพระบรมราชานุเคราะห์	2

ตารางที่ 1 (ต่อ) ลักษณะภูมิหลังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

(n = 20)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
ศาสนา		ภูมิลำเนา	
พุทธ	20	ขอนแก่น	11
สถานภาพสมรส		เลย	2
คู่	20	ชัยภูมิ	2
		สกลนคร	1
		กาฬสินธุ์	1
		มหาสารคาม	1
		อุดรธานี	1
		ศรีสะเกษ	1

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประเมินปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 6 ชนิด คือ การสูบบุหรี่ โคเลสเตอรอลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะอ้วน และดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ พบว่า เป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่เกินกว่า 20 มวนต่อวันมากที่สุดจำนวน 8 คน เป็นผู้ป่วยชายทั้งหมด ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากรองลงมาและเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มสุราหรือเบียร์เป็นประจำ จำนวน 6 คน เป็นภาวะอ้วนและโรคเบาหวาน ชนิดละจำนวน 5 คน ภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 4 คน และโคเลสเตอรอลในเลือดสูงจำนวน 3 คน ดังแสดงในตารางที่ 2 ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 2 คน ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น

ตารางที่ 2. แสดงจำนวนผู้ป่วย จำแนกตามชนิดของปัจจัยเสี่ยง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (ผู้ป่วย 1 คน มีได้มากกว่า 1 ชนิด)

ชนิดของปัจจัยเสี่ยง	จำนวนผู้ป่วย (คน)
การสูบบุหรี่	8
โคเลสเตอรอลในเลือดสูง	3
ความดันโลหิตสูง	4
โรคเบาหวาน	5
ภาวะอ้วน	5
ดื่มสุรา / เบียร์	6

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบพหุลักษณะ คือ รับการรักษาทันทีทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน และการรักษาแบบทางเลือก โดยพบว่าผู้ป่วยทุกคน ทั้งจำนวน 20 คน ได้รับความรักษาด้วยการกินยาประจำ และมีผู้ป่วย 2 คน ได้รับความรักษาด้วยการผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจรวมด้วย (คุณโย และคุณอิน) มีผู้ป่วย 1 คน ได้รับความรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือด (คุณนัท) และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 3 คน (คุณเกษ คุณสา และคุณผิว) ยังคงปฏิเสธการรักษาด้วยการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจตามที่แพทย์แนะนำ

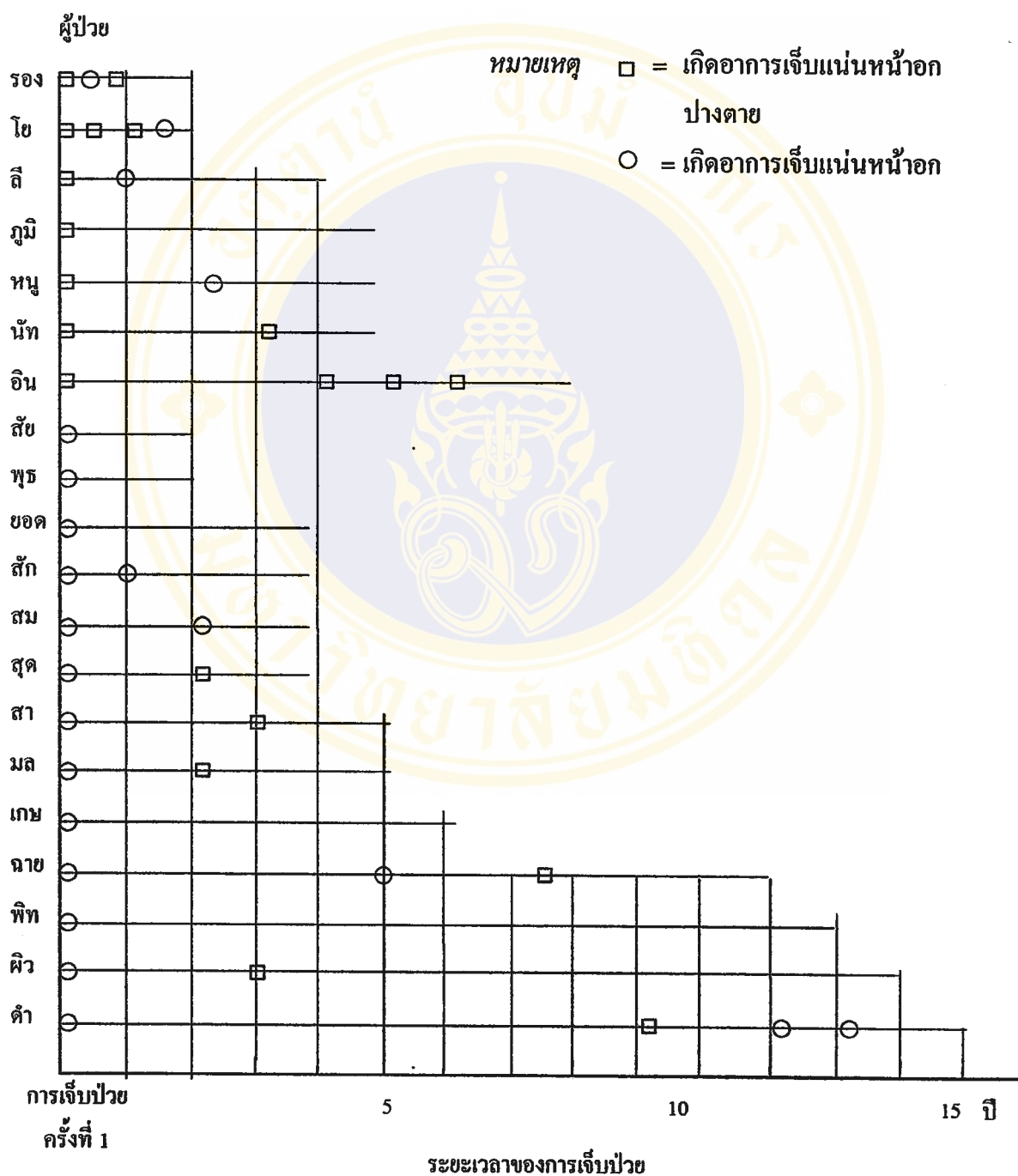
มีผู้ป่วยจำนวน 7 คน ได้รับความรักษาเสริมด้วยการแพทย์แบบทางเลือก โดยรักษาด้วยสมุนไพร ได้แก่ รับประทานกระเทียม จำนวน 5 คน โดยเป็นกระเทียมสด จำนวน 3 คน (คุณเกษ, คุณอิน, คุณนัท) และกระเทียมอัดเม็ด จำนวน 2 คน (คุณมล, คุณคำ) รักษาด้วยสมุนไพรต้ม จำนวน 1 คน (คุณรอง) เหล้าคองสมุนไพรจีน จำนวน 1 คน (คุณคำ) ดอกคำฝอย จำนวน 2 คน (คุณนัท, คุณอิน) ลูกกระเจียว จำนวน 1 คน (คุณพท)

นอกจากนี้ มีผู้ป่วย 2 คน ไม่ดื่ม น้ำแข็งตั้งแต่เริ่มเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (คุณนัท และคุณรอง) และมีผู้ป่วย 1 คน (คุณสม) จะดื่มน้ำ 5 แก้วในตอนเช้าทุกวัน มีผู้ป่วย 1 คน (คุณเกษ) รักษาด้วยวิธีทางไสยศาสตร์ โดยรับประทานหมากคำ (ขานหมาก) ของพระ และมีผู้ป่วยจำนวน 4 คน ใช้วิธีทางพุทธศาสตร์ช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยการ ทำสมาธิ 2 คน (คุณฉาย คุณเกษ) มีผู้ป่วย 3 คน ใช้วิธีอาบบุญหรือสร้างบุญ เพื่อให้บุญกุศลช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยการบวชชี 1 พรรษา 1 คน (คุณเกษ) บวชชี 2 วัน 1 คน (คุณหนู) และทำบุญที่วัดทุกวันพระ 1 คน (คุณสา) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงชนิดของการรับการรักษาแผนปัจจุบันและแบบทางเลือกในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (ผู้ป่วย 1 คน รักษาได้หลายชนิด)

ชนิดของการรักษา	จำนวนผู้ป่วย (คน)
การรักษาแผนปัจจุบัน	
การกินยาประจำ	20
การผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ	2
การฉีดยาขยายหลอดเลือดหัวใจ	1
ปฏิเสธการรักษาผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ	3
การรักษาแบบทางเลือก	
รักษาด้วยสมุนไพร	7
กระเทียมสด	3
กระเทียมอัดเม็ด	2
สมุนไพรต้ม	1
เหล้าดอกสมุนไพรจีน	1
ดอกคำฝอย	2
เห็ดหลินจือ	1
ขานางแดง	2
ลูกกระเจี๊ยบ	1
ดื่มน้ำ	2
รักษาด้วยไสยศาสตร์	1
วิธีทางพุทธศาสนา	
ทำสมาธิ	2
ทำใจ	3
เอานุญ สร้างบุญ (บวช, ทำบุญ)	3

แผนภูมิที่ 1 แสดงลักษณะการเกิดอาการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในลักษณะเจ็บแน่นหน้าอกปางตาย และเจ็บแน่นหน้าอกของผู้ป่วยในแต่ละคน ในช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วย



ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และบันทึกจากเวชระเบียนพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่แตกต่างกัน ทั้งจำนวนครั้ง และลักษณะของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง (ดูแผนภาพที่ 1) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีทั้งผู้ป่วยที่ไม่มีอาการกำเริบของโรคเกิดขึ้น และผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบของโรคตั้งแต่ 1-3 ครั้ง สำหรับลักษณะอาการเจ็บป่วย แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่มที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เริ่มต้นครั้งแรกด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตาย และกลุ่มที่มีอาการครั้งแรกด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก

อาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตาย เป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บแน่นหน้าอกที่รุนแรง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ช่วงเวลาสั้น ๆ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จนรู้ว่าตนเองอยู่ในขั้นวิกฤตเสี่ยงต่อการเสียชีวิต บางคนมีอาการรุนแรงจนถึงหมดสติ ต้องได้รับการรักษาอย่างรีบด่วนจากแพทย์ และได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยหนักเป็นระยะเวลาหนึ่ง ในกลุ่มที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บแน่นหน้าอกไม่รุนแรง ผู้ป่วยพอที่จะช่วยเหลือตนเองเพื่อไปรักษาจากแพทย์ เมื่อได้รับการรักษาด้วยยาฉีด หรือยารับประทาน อาการเจ็บแน่นหน้าอกทุเลา

ผลจากการศึกษาพบว่าในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 20 คน เป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ของการเจ็บป่วยครั้งแรกในลักษณะอาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตาย จำนวน 7 คน และมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก จำนวน 13 คน โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตาย 1 คน (คุณภูมิ) ยังไม่เกิดอาการโรคกำเริบเป็นครั้งที่ 1 เป็นเวลานานถึง 5 ปี แต่ผู้ป่วยอีก 6 คน ในลักษณะนี้เกิดการกำเริบของโรคครั้งที่ 1 และมีลักษณะการเจ็บป่วย อาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตาย 3 คน โดยมี 1 คน เกิดในระยะ 4 เดือนต่อมา อีกสองคนเกิดในระยะ 3-4 ปีต่อมา และมีลักษณะอาการเจ็บแน่นหน้าอก 3 คน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อีก 2 คน เกิดการกำเริบของโรคซ้ำเป็นครั้งที่ 2 และ 3 โดยเป็นลักษณะอาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตาย 1 คน (คุณอิน) และอาการเจ็บแน่นหน้าอก 1 คน (คุณโย)

ในขณะที่ผู้ป่วยหลังจากเกิดการกำเริบของโรคครั้งที่ 2 ในลักษณะอาการเจ็บแน่นหน้าอก จำนวน 3 คน นั้นควบคุมโรคได้ 2 คน (คุณหนู และคุณลี) เป็นเวลานาน 3 ปี ผู้ป่วยอีก 1 คน (คุณรอง) เกิดอาการกำเริบของโรคเป็นครั้งที่ 3 ในลักษณะอาการเจ็บแน่นปางตาย

ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยครั้งแรกในลักษณะอาการเจ็บแน่นหน้าอก จำนวน 13 คนนั้น พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย 6 คน ที่สามารถควบคุมโรคได้ นาน 2 ปี จำนวน 2 คน 4 ปี จำนวน 1 คน 6 ปี จำนวน 1 คน และ 12 ปี จำนวน 1 คน แต่มีผู้ป่วยเกินกว่าครึ่งหนึ่งคือ

จำนวน 7 คน เกิดการกำเริบของโรคครั้งที่ 2 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีผู้ป่วยมากถึง 5 คน ที่เกิดการกำเริบของโรคครั้งที่ 2 ในลักษณะอาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตาย และเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยจำนวนนี้มีผู้ป่วยถึง 4 คน (คุณพิว คุณสา คุณมล และคุณสุด) สามารถควบคุมโรคได้หลังจากเกิดการกำเริบของโรคครั้งที่ 2 แต่ยังคงมีผู้ป่วย 1 คน (คุณคำ) ที่ยังเกิดการกำเริบของโรคครั้งที่ 3 และ 4 ในลักษณะอาการเจ็บแน่นหน้าอก ในส่วนของผู้ป่วยที่เกิดการกำเริบของโรคครั้งที่ 2 ในลักษณะอาการเจ็บแน่นหน้าอก จำนวน 2 คน นั้น มีผู้ป่วย 1 คน เกิดการกำเริบของโรคเป็นครั้งที่ 3 แต่เป็นลักษณะเจ็บแน่นหน้าอกที่ไม่รุนแรงและสามารถควบคุมได้

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

จากการวิเคราะห์และตีความข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็น 2 ตอนคือ ในตอนที่ 1 เป็นการให้ความหมายของการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ตอนที่ 2 สาระสำคัญของประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ความหมายของการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในกลุ่มที่ศึกษาครั้งนี้ได้อธิบายความหมายของการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในลักษณะที่มีความคล้ายคลึงกันเป็นส่วนใหญ่ และการให้ความหมายนั้นอาจจะเปลี่ยนไปตามการรับรู้ ประสบการณ์ที่เผชิญอาการเจ็บป่วยและความเชื่อของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้อธิบายความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทั้งในความหมายที่สะท้อนถึงความรู้สึกต่อความรุนแรงและอันตรายต่อชีวิต รวมทั้งความหมายที่ได้บ่งบอกถึงการคุกคามต่อการดำรงชีวิต ดังรายละเอียดข้อมูลต่อไปนี้

ความหมายที่สะท้อนถึงความรู้สึกต่อความรุนแรงและอันตรายต่อชีวิต

ผู้ป่วยได้ให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยว่าเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่สะท้อนถึงความรู้สึกต่อความรุนแรงและอันตรายของ โรคต่อชีวิตว่า โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคร้ายแรง

และน้ำกลั้ว มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน และทวีความรุนแรงอย่างรวดเร็ว ทำให้หายใจไม่ออก และไม่มีแรง อาจทำให้ตายได้ง่าย ๆ

แต่ภายหลังได้รับการรักษาจนอาการเจ็บแน่นหน้าอกหายไป ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำกิจกรรมในการดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติ หรือเหมือนกับก่อนเจ็บป่วย หรือเหมือนคนทั่วไป โดยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือไม่มีความเจ็บป่วยที่รุนแรงเกิดขึ้นอีก ผู้ป่วยจึงให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบว่า เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยทุกคนในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้

ในระยะแรกที่ผู้ป่วยเผชิญกับการเกิดอาการเจ็บป่วยทั้งในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เผชิญกับการเกิดอาการในลักษณะที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตาย หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกในลักษณะที่ไม่รุนแรงนั้น ผู้ป่วยได้อธิบายความหมายของการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในลักษณะเช่นเดียวกันว่า โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคร้ายแรงและน้ำกลั้ว มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน และทวีความรุนแรงอย่างรวดเร็ว ทำให้หายใจไม่ออก และไม่มีแรง อาจทำให้ตายได้ง่าย ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีการกำเริบของโรคในลักษณะที่รุนแรงมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตายซึ่งเป็นการให้ความหมายที่เป็นการสะท้อนถึงความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่ออันตรายของโรค ที่มาจากประสบการณ์ตรงที่เกิดจากการเจ็บป่วยอย่างรุนแรงเกือบเสียชีวิต และตามการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคจากข่าวสารข้อมูลด้านสุขภาพทางสื่อต่าง ๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผู้ป่วย 14 คน ที่มีประสบการณ์เผชิญกับอาการเจ็บป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกหายใจไม่ออก ในลักษณะเจ็บแน่นหน้าอกปางตายที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน มีความรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยหมดแรงไม่สามารถจะจัดการพาตัวเองเข้ารับการรักษากับแพทย์อย่างรีบด่วน หรือมีความรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยหมดสตินั้น ผู้ป่วยจึงมีความรู้สึกรู้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนี้มีอันตรายทำให้ผู้ป่วยตายได้ง่าย ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในขณะที่อยู่คนเดียว หรือได้รับการช่วยเหลือที่ช้า ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“...เป็นโรคนี้เราอาจตายได้ง่าย ๆ พอมีอาการเจ็บหน้าอกขึ้นมาจะมากทันที มันปวดรุนแรง รุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ แล้วทำให้เหนื่อย ไม่ค่อยมีแรงขึ้นมาทันที ต้องรีบให้ญาติพาส่งโรงพยาบาล... และเมื่อครั้งเจ็บป่วยครั้งที่ 2... ตอนนั้นขับรถ

อยู่คนเดียวยังดี ๆ อยู่ ขณะขับรถเริ่มมีอาการเจ็บอก เหนื่อย ไม่มีแรงขึ้นมาทันที
 อดมาได้ถึงที่เอาติดตัวไปด้วย อาการก็ไม่ดีขึ้น ผมไม่มีแรงขับรถต่อ... ออกมา
 เรียกให้คนที่ขับรถผ่านไปมาช่วย ก็คันก็คันก็ไม่มี พอมีกำลังบ้างก็พยายามถอยรถ
 มาถึงหน้าโรงงาน...บอกขามว่าผมเป็น โรคหัวใจขอให้เขาช่วยพาส่งโรงพยาบาล
 ด้วย ยื่นกุญแจให้เขา ตอนนั้นไม่มีแรงแม้แต่จะเดินลงจากรถมานั่งอีกข้างหนึ่ง
 เขาต้องช่วยกันอุ้มผมลงมา...ตอนนั้นรู้สึกวโรคนี้น่ากลัวมาก เราอาจตายได้ง่าย ๆ
 พอจะเกิดอาการก็เกิดทันที แล้วเราเหนื่อยไม่มีแรง ช่วยตัวเองไม่ได้ อยู่คนเดียว
 ไม่มีคนช่วย ก็อาจตายได้...” (นัท พฤษภาคม 2540)

“...แต่ก่อนผมก็คิดว่าหายแล้ว... คิดว่าทำอะไรได้เหมือนคนธรรมดาทั้งหมด วันนั้น
 เจอผู้หญิงน่ารัก... สนุกเกินขอบเขตพาไปโรงแรม หลังจากนั้นเกือบไปไม่รอด
 โอ๊ย...ย มันแน่นมาก ๆ จะตายให้ได้เลย... จะตายให้ได้ทันที แน่นหน้าอกมาก ๆ
 หายใจไม่ออก ต้องให้ทางโรงแรมขับรถพาเข้าโรงพยาบาลทันที ผมคิดว่าโอ... โรค
 นี้เราคิดว่าราดี ๆ แต่ทำอะไรหนักมากไปหน่อย อาการรุนแรงขึ้นมาทันที... หมอ
 ต้องรีบให้ยาทันที ถ้ามาไม่ทันคงจะไม่รอดแน่.. ตอนนี้อยู่รู้ว่าไม่หาย ถ้ามันเกิด
 กำเริบขึ้นมาจะทันทันทำให้เราตายง่าย ๆ ... พอมีอาการเจ็บแน่นขึ้นมา บางทีอด
 บางทีก็ไม่อด ขั้รถดีด่วนเข้าโรงพยาบาลเลย” (คำ มิถุนายน 2540)

“...ผมคิดว่าโรคนี้อันตรายมาก ๆ ... พอเริ่มมีอาการเจ็บอกครั้งแรก... ผมไปตรวจที่
 คลินิกตอน 5 โมงเย็น หมอบอกเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบให้ยาขยายหลอดเลือด
 กิน แล้วบอกให้ไปโรงพยาบาลวันพรุ่งนี้ แต่ยังไม่ทันเข้าบ้าน มันเจ็บมากจนต้อง
 เข้าโรงพยาบาล หมอก็ให้เข้าไอซียูทันที ผมซ็อกไปตั้ง 2 ครั้ง หมอต้องช่วยช็อค
 ไฟฟ้า ผมคิดว่าจะไม่รอดแล้ว... ตอนนี้อยู่ก็ต้องดูแลตนเอง.. เพราะเพื่อนที่มีพฤติกรรม
 หลายอย่างเหมือนกับเรา ตายไปคนหนึ่งี่กรุงเทพ ที่ขอนแก่นอีกคน ก็เกิดจากโรค
 หลอดเลือดหัวใจตีบ...” (ภูมิ กุมภาพันธ์ 2540)

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เผชิญกับความเจ็บปวดของการเจ็บป่วยและ
 ความรุนแรงของโรค และอยู่ในภาวะใกล้กับความตาย หรือเผชิญกับความตาย ทำให้ผู้ป่วยมีความ
 คิดเห็นต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบว่า เป็นโรคที่ทำให้ตายได้ง่าย ๆ



ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยในลักษณะเจ็บแน่นหน้าอกที่ไม่รุนแรงแต่ก็ได้อธิบายความหมายของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบว่าเป็นโรคที่ทำให้ตายได้ง่าย ๆ เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่เผชิญกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตาย ผู้ป่วยได้ให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงและอันตรายของโรคต่อชีวิตที่ทำให้ตายได้ง่าย ๆ จากข่าวสารทางสื่อต่าง ๆ ทั้งทางหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ และจากประสบการณ์การเจ็บป่วยของบุคคลที่ใกล้ชิด ดังรายละเอียดของข้อมูล

คุณเกษ อายุ 65 ปี เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนาน 6 ปี เคยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง มีความคิดเห็นว่าการเจ็บป่วยของตนเองนั้นไม่ถึงขั้นรุนแรง แต่ก็คิดว่าโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนั้นเป็นโรคที่ทำให้ตายได้ง่าย ๆ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“...ฉันเคยมีแค่เจ็บอก พออมยาทีละเม็ดก็พอ ไม่เคยถึงขั้นเหมือนคนอื่น ๆ ที่เป็นลมหรือออกไปเลย ต้องหามส่งโรงพยาบาลทันที คิดว่าฉันคงยังไม่ถึงระดับนั้น.. แต่รู้ว่าโรคนี้อันตรายรุนแรง เพราะพี่ชายก็ตายจากโรคเบาหวานและโรคหัวใจ... โรคนี้อันตรายถึงตาย อย่างแม้แต่หมอก็น็อกไปได้ หมอคนที่รักษามา เขาบอกกันว่าขณะตายก็ยังอมยาได้ลิ้นคาอยู่ในปาก...” (เกษ กันยายน 2540)

คุณพูน อายุ 65 ปี เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนาน 2 ปี เคยเจ็บแน่นหน้าอกและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง แต่หลังจากได้รับยามใต้ลิ้นและยาฉีดแล้วอาการดีขึ้น อาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงเหมือนกับที่ผู้ป่วยเคยได้รับรู้มาก่อน จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดว่าตนเองอาจจะไม่ได้เจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แต่ก็ยังมีความรู้สึกกลัวต่อความรุนแรงของโรคที่อาจทำให้ตายได้ง่าย ๆ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“...ตอนแรกผมไปตรวจที่คลินิก พอหมอบอกว่าสงสัยจะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ให้ไปหาหมอที่โรงพยาบาล ผมก็รีบไปทันทีเลย ผมก็กลัวเหมือนกัน คนไม่กลัวตายไม่มีหรอก... โรคนี้อันตรายที่สุด อ่านในหนังสือเขาก็ว่าคนเราต้องเสียชีวิตมากมายก็ด้วยโรคหัวใจ โดยเฉพาะคนสูงอายุ อย่างในทีวีเขาก็บอก...” (พูน สิงหาคม 2540)

ผู้ป่วยที่ได้เปลี่ยนการให้ความหมายต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังจากได้รับการรักษาจนอาการเจ็บป่วยหายไปว่า “เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้” นั้นมีจำนวน 6 คน

ได้แก่ คุณรอง คุณคำ คุณฉาย คุณพูน คุณผิว คุณมล ดังรายละเอียดของข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย

คุณคำได้เล่าถึงความคิดเห็นต่อการหายเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ภายหลังจากการเจ็บป่วยครั้งแรก ดังนี้

“...ผมพูดตรง ๆ เลยนะ แต่ก่อนนั้นผมสบายดี... แข็งแรงดี ไปไหน ไปไหนไม่มีอาการอะไรเลย... นาน ๆ ครั้งไปตรวจก็ไม่มีอะไร อาหารผมก็กินตามปกติ ก็คิดว่าโรคนี้อันตรายไปแล้ว อาการมันไม่แสดงออก ทำอะไรได้สบาย จะกินจะนอนจะไปไหน คิดว่าตัวเองเหมือนคนธรรมดา...” (คำ มิถุนายน 2540)

คุณรอง อายุ 56 ปี เจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนาน 2 ปี เกิดอาการเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 ครั้ง แต่ครั้งห่างกัน 3 เดือน โดยการเจ็บป่วยครั้งที่ 1 (กุมภาพันธ์ 2539) และครั้งที่ 3 (ตุลาคม 2539) ผู้ป่วยหมดสติ ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก แต่ขณะที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเกิดขึ้นนาน 6-7 เดือน ผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนั้นน่าจะรักษาให้หายไปแล้ว ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“...ตอนนี้ผมสบายดี ไม่เหมือนแต่ก่อนจะทำอะไรก็เหนื่อย หายใจไม่ค่อยดี กลางคืนนอนก็ไม่ค่อยหลับ กระสับกระส่าย มาตอนนี้เป็นปกติเหมือนเดิม เหมือนกับยังไม่เป็นอะไรเลย ผมทดลองดู ไปตัดต้นไม้ ตัดพื้ ทอดแห ทาปลา ทำทุกอย่างเหมือนแต่ก่อน ก็อยากจะลองตัวเจ้าของเองว่าจะเป็นอะไรไหม... แต่ไม่เจ็บหัวใจเลย ไม่เกี่ยวกับหัวใจ ก็คิดว่าโรคนี้อันตรายได้จริง ๆ... อย่างยามได้ลื่นที่หมอให้ก็ไม่ได้กินมา 6-7 เดือน ตอนนี้ก็ว่าปกติดีแล้ว คิดว่ามันหายแล้ว อย่างบางครั้งลื่นกินยาที่ยังไม่เป็นอะไรผมก็อยากจะลองหยุดยาดูบ้าง ว่าจะเกิดอะไรขึ้นไหม แต่ก็ยังไม่กล้า...” (รอง กุมภาพันธ์ 2541)

คุณฉาย คุณมล และคุณผิว ได้กล่าวทำนองเดียวกันในความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบว่าเป็นโรคที่รักษาหายขาดได้ ดังนี้

“...บางครั้งมันขัดแย้งในใจเราก็มองว่าเราสบายดีไม่มีอาการเจ็บอกเกิดขึ้น ยามใดที่มันไม่ได้กินมานาน 2 ปีแล้ว ก็คิดว่ามันน่าจะหาย แต่หมอก็บอกว่ายังไม่ดีต้องกินยาต่อ...” (ฉาย สิงหาคม 2540)

“...หลังจากป่วยครั้งแรกรักษากับหมอก็ไม่เคยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก มีแต่เมื่อย ๆ ตัว เหนื่อยง่าย ก็กินยาตามที่หมอให้ มาตอนหลังก็หยุดกินคิดว่าหายแล้ว ตอนหลังมีเครียดเรื่องแม่เสียชีวิต เรายังไม่เคยได้ดูแลแม่เลย... กลับมาสูบใหม่...ก็คิดว่าโรคหัวใจคงจะหายแล้ว ไม่มีอาการอะไร...” (มล สิงหาคม 2540)

“...ตอนนี้คิดว่าที่กินยามา เข้าใจว่าน่าจะหาย กินยาแล้วดีขึ้น ตอนนี้งินข้าวได้ ถอนหญ้าได้ ช่วยเขาทำก็ไม่เหนื่อย ถ้าทำอย่างนี้ได้ก็น่าจะหาย คิดว่าน่าจะหายได้ต่อไปอาจจะหายได้เกือบร้อยเปอร์เซ็นต์...” (พุทธ สิงหาคม 2540)

การที่ผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนั้น สามารถรักษาให้หายขาดได้ เนื่องจากผู้ป่วยได้ให้ความหมายของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตามการที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้น ซึ่งอาการเจ็บแน่นหน้าอกเป็นอาการที่ผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการเจ็บแน่นหน้าอกไม่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงมีความคิดเห็นว่า ได้รักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหายแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นการออกแรงเหมือนกับก่อนเกิดอาการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ก็ไม่มีอาการเจ็บป่วยใด ๆ เกิดขึ้น จึงเป็นข้อยืนยันให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้นว่า โรคหลอดเลือดหัวใจตีบสามารถรักษาให้หายได้

ความหมายที่บ่งบอกถึงการคุกคามต่อการดำรงชีวิต

เนื่องจากการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยง่าย มีความสามารถในการทนต่อการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงลดลง และการเจ็บป่วยมีโอกาสรำคาญได้ง่าย ๆ ดังนั้นการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จึงมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยทั้งในส่วนของการทำงานประจำวัน ความก้าวหน้าในการทำงานและการประกอบอาชีพ และการเข้าสังคม ต้องจำกัดในการกินอาหาร ต้องออกกำลังกาย ผู้ป่วยจึงให้ความหมายต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบว่าเป็นโรคที่รักษายาก โดยมีสาระสำคัญของการให้ความหมาย ประกอบด้วย ทำอะไรไม่ได้

เหมือนก่อนเจ็บป่วย เป็นอุปสรรคต่อความก้าวหน้าในการทำงานและอาชีพ เข้าร่วมสังคมได้น้อยลง
 ค้างคาบอกล่าของผู้ป่วย

ทำอะไรไม่ได้เหมือนก่อนเจ็บป่วย

ผู้ป่วยได้กล่าวถึงการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้
 เหมือนปกติ บางครั้งมีอาการเหนื่อยเกิดขึ้น

“...โรคนี้อันตรายแล้วรักษายาก เป็นแล้วก็ทำงานหนักไม่ได้ ทำอะไรมากไม่ได้
 จะเหนื่อย อย่างถ้าไม่ได้ทานยาหัวใจแล้วทำอะไรไม่ค่อยได้จะเหนื่อยง่าย
 แต่ถ้าได้ทานยาหัวใจแล้วไปไหนได้ทั้งวัน อย่างล้างรถนี่ ทำอะไรปู้ปี้บไม่
 ได้ เหนื่อยจะแตก บางที่อาบน้ำ ฟอกสบู่ก็จะเจ็บอก หรือถ้าทานข้าวอัมและ
 จะทำอะไรเร็ว ๆ ก็ไม่ได้ จะเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอก...” (พิว กรกฎาคม
 2540)

“...โรคนี้อันตรายไม่หายขาด ต้องควบคุม ต้องประคับประคอง ไม่ให้มันทรุด
 อีก เป็นโรคนี้อันตรายทำให้มีอาการเหนื่อยง่ายมาตลอดขั้บรตนเองไม่ได้ ไม่มีแรง
 ...” (นัท พฤษภาคม 2540)

“...แต่ก่อนอาบน้ำ (ตักอาบ) จะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขึ้นมา ต้องนั่งพัก
 ตอนหลัง นี้เกิดบ่อย... ต้องขอขานจากหมอ ก่อนจะอาบน้ำทุกครั้งก็ต้อง
 พ่นยากันเอาไว้ก่อน... จะทำอะไรเร็ว ๆ อย่างแต่ก่อนไม่ได้ ผมชอบตักน้ำ
 อาบ เวลาดูตัวฟอกสบู่ก็จะเกิดอาการขึ้น ได้ยาแล้วก็ดี ตอนนี้อย่างต้องพ่นยา
 ก่อนอาบน้ำทุกครั้ง...” (สัช มกราคม 2541)

เป็นอุปสรรคต่อความก้าวหน้าในการทำงานและอาชีพ

การเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ นอกจากจะมีผลต่อความสามารถ
 ในการออกแรงได้ลดลง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่ออาชีพที่ต้องออกแรง ลักษณะงานที่ทำให้เพิ่ม
 ความเครียด หรือมีความรับผิดชอบสูง ก็อาจจะเป็นสาเหตุทำให้การเจ็บป่วยกำเริบได้อีก นอกจากนี้
 นี้ลักษณะงานในตำแหน่งที่ต้องให้การต้อนรับ และให้บริการหัวหน้า เช่น การพาไปเลี้ยงรับ
 ประทานอาหารและดื่มสุรา ก็จะเป็นข้อจำกัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งผู้ป่วยหลายคน
 ได้ปฏิเสธตำแหน่งที่ต้องย้าย อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาอย่างต่อเนื่อง และใกล้ชิดกับแพทย์

ยามฉุกเฉิน นอกจากนี้บางอาชีพ เช่น ขับรถรับจ้างบางคนได้เลิกการประกอบอาชีพ โดยมอบหมายให้บุตรทำแทน การเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจึงเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องสมถะลดความทะเยอทะยานในความก้าวหน้าการงาน ให้ความสำคัญต่อสุขภาพมากกว่า ดังรายละเอียดของข้อมูล

“...ผมบอกเจ้านายว่าผมเป็นโรคนี้ ตำแหน่งที่สูงกว่านี้ต้องคอยต้อนรับใครต่อใคร ต้องพาเจ้านายไปไหนต่อไหน ผมไม่รับ ผมพอใจอย่างนี้... ตอนป่วยหนักมาคิดว่าเราจะตายแล้วเอาอะไรไปไม่ได้ จึงไม่คิดเงินอะไร... ผมขอย้ายมาอยู่ที่นี้จะได้อยู่ใกล้ ๆ กับหมอ...” (นัท พฤษภาคม 2540)

“...อย่างเพื่อนเขาได้เลื่อนขั้น เราไม่ได้เพราะว่าเราลาป่วยมาก ไม่ได้ขั้นก็ทำได้ เราลาป่วย จะได้บรรจุสูงขึ้นก็ไม่ได้... เราจะโหมงานก็ไม่ได้... ย้ายมาอยู่งานใหม่ก็คลายเครียดได้.. งานก่อนเครียดมาก... งานที่เราทำก็สบายใจ...” (อิน มิถุนายน 2540)

“...เป็นโรคนี้แล้วก็จะหักโหมงานไม่ได้ ปกติเป็นคนเครียดกับงาน ถ้าได้ตำแหน่งสูงกว่านี้ ก็ต้องย้ายไปอยู่ไกล ๆ หมอ ก็ไม่ดี เราต้องห่วงสุขภาพเราไม่อย่างนั้นอาจจะแย่กว่านี้...” (ฉาย สิงหาคม 2540)

“...ตอนนี้ก็พักไม่ได้ไปขับรถขายของอีก ก็สบายดี...ให้ลูกเขาค้าขายแทน ผมอยู่บ้านก็ทำงานบ้านไป กวาดบ้าน ถูบ้านไป ก็เอาหลานมาเลี้ยง ทำงานอย่างนี้ก็สบายดี ไม่ต้องใช้หัวอะไร ลูกเขาไม่ให้ทำ ให้อยู่บ้านเฉย ๆ... แต่ก็ช่วยงานบ้านเล็กๆ น้อย ๆ...” (รอง มิถุนายน 2540)

“...แต่ก่อนผมขับรถสิบล้อแต่พอมายป่วยก็เปลี่ยนมาขับรถ 2 แถวรับจ้าง รายได้ก็ได้น้อยลง แต่เราจะทำงานหนักอย่างแต่ก่อนก็ไม่ได้ อย่างบางครั้งเขาให้ช่วยยกของขึ้นรถ บันไดแค่ 2 ชั้น 3 ชั้นก็ไม่ไหว ก็ไม่ทำ เป็นโรคนี้แล้วงานหนักก็ทำไม่ได้...” (ลี ธันวาคม 2539)

เข้าร่วมสังคมได้ลดลง

จากคำบอกเล่าการเข้าร่วมสังคมของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยชายส่วนใหญ่จะมีการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และรับประทานอาหารร่วมกัน และนั่งสังสรรค์กันเป็นเวลานาน ดังนั้นเมื่อมีการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผู้ป่วยจะต้องมีการปฏิบัติตัวที่ต้องมีการจำกัดในการรับประทานอาหาร เลิกดื่มสุรา และสูบบุหรี่ รวมทั้งมีอาการเหนื่อยง่าย ดังนั้น การเข้าร่วมสังคมของผู้ป่วยจึงลดลง ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“...เวลาเราสังสรรค์กับเพื่อนเราก็ไม่ดื่มเลย ผมบอกผมเป็นโรคนี้แหละ ผมไม่ดื่ม เข้านายเขาก็โอเค ผมนั่งดูเลย ๆ ผมนั่งอยู่ด้วย พอห่ม สองห่ม ผมขอตัวกลับเลย..นาย..เพื่อนเข้าใจ... มีงานที่ไหนเชิญไปเราก็ไปสักครู่ก็ขอตัวกลับ...” (คุณนัท มิถุนายน 2540)

“...การสังสรรค์กับเพื่อนลดลง แคบลง เราไม่ทานอาหารไม่ดื่มเหล้า ก็ไปนั่งคุยกับเขา บางทีเพื่อนก็มาหาเรา จะให้ไปตะลอนอย่างแต่ก่อนไม่มี ยิ่งไปนั่งใกล้คนที่สูบบุหรี่นี่ทนไม่ได้เหม็นมาก ใกล้ไม่ได้ แต่ก่อนสูบบุวันละ 2 ของคลายเครียด...” (อิน มิถุนายน 2540)

“...การเข้าสังคมกับเพื่อนตอนนี้เราไม่ดื่มเหล้า ก็จะคุยอย่างอื่นแทน ก็ไปแทรกเขาเวลาคุย บางทีเราก็ช่วยแจกเหล้า เคยดมดูก็ว่าหอมแต่ก็ไม่กิน กินไม่ได้ เพราะว่าที่บ้านเราเขาไม่มาเราก็ไปแทรกเขา เคยบอกเพื่อนว่าเราไม่ดื่มแต่ก็รับแขกได้ เราไม่กินแต่เข้ากลุ่มเราก็จ่ายด้วย เราก็ดีใจเพราะเพื่อนไม่ขาดเรา ผมก็บอกเขาจะกินอะไรสั่งเลย เราบริการเอง แก่ตัวแล้วเราไม่อยากขาดเพื่อน เราจ่ายเงินได้ไม่เป็นไรเพื่อนเรากิน...” (ยอด มีนาคม 2541)

สรุป การให้ความหมายของการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เปลี่ยนแปลงไปตามประสบการณ์ การรับรู้และการเผชิญกับอาการเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลาอย่างยาวนาน มีการสังคมนิยมเชื่อต่าง ๆ และได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค จึงให้ความหมายทั้งที่สะท้อนถึงความรู้สึกต่อความรุนแรง และอันตรายของโรคต่อชีวิตโดยมีสาระสำคัญว่า เป็นโรคร้ายแรง น่ากลัว มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน และทวีความรุนแรงอย่างรวดเร็วทำให้หายใจไม่ออก และไม่มีแรง อาจทำให้ตายได้ง่าย ๆ เมื่ออาการเจ็บแน่นหน้าอกหายไปให้ความหมายว่า เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และความหมายที่บ่งบอกถึงการคุกคามต่อการดำเนินชีวิตที่มีสาระ

สำคัญของประสบการณ์ว่า เป็นโรครักชายนาก ทำอะไรไม่ได้เหมือนก่อนเจ็บป่วย เป็นอุปสรรคต่อความก้าวหน้าในการทำงานและอาชีพ และเข้าร่วมสังคมได้ลดลง

2.2 สาเหตุสำคัญของประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

จากประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีแนวเรื่อง (Themes) ที่มีสาเหตุสำคัญของประสบการณ์จากการเจ็บป่วยในมุมมองของผู้ป่วย 3 ประการคือ 1) เผลออาการเฉียบพลัน 2) รีบจัดการให้ชีวิตรอด และ 3) ประคับประคองให้ชีวิตอยู่ได้

เผลออาการเฉียบพลัน

จากข้อมูลคำบอกเล่าของผู้ป่วยในการเผชิญกับอาการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนั้น เป็นการเผชิญอาการเฉียบพลันที่ประกอบด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่เลือกกาลเวลาและสถานที่ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงทรมาน กลัวตายคนเดียวและกลัวไม่มีคนรู้ไม่มีคนช่วย เป็นการเผชิญอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ผู้ป่วยไม่คาดคิดมาก่อน อาจเสียชีวิตโดยไม่มีคนรู้ ไม่ได้รับการช่วยเหลือ ความรู้สึกดังกล่าวนี้จะชัดเจนมากในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ของการเจ็บป่วยครั้งแรกในลักษณะที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตาย ดังรายละเอียดของข้อมูล

เกิดขึ้นทันทีทันใดไม่เลือกเวลาและสถานที่

จากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญกับการเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างเฉียบพลันทันทีทันใด โดยไม่มีอาการใด ๆ นำมาก่อน ผู้ป่วยไม่คาดคิดว่าจะเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ทั้งในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นเป็นครั้งแรก และการเจ็บป่วยที่เป็นการกำเริบ โดยผู้ป่วยมีความเชื่อว่า ก่อนเกิดอาการเจ็บป่วยนั้น ๆ ตัวผู้ป่วยยังแข็งแรงดีเป็นปกติ ยังสามารถทำงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการใด ๆ นำมาก่อน แต่อาการเจ็บป่วยก็เกิดขึ้นได้อย่างทันที เกิดได้ไม่เลือกกาลเวลาและสถานที่ ทั้งในขณะที่นอน รับประทานอาหาร ขณะเดินซื้อของ ขณะขับรถ เกิดอาการเครียด ขณะมีเพศสัมพันธ์ และขณะวิ่งออกกำลังกาย ดังข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย

เกิดอาการขณะนอน

ผู้ป่วยในกลุ่มที่ศึกษาครั้งนี้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกในขณะที่นอน จำนวน 5 คน โดยก่อนนอนผู้ป่วยคิดว่าไม่มีอาการเจ็บป่วยใด ๆ นำมาก่อน ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“...ตอนเย็นก็ยังนั่งกินเหล้า กินอะไรกับเพื่อนได้ ตอนค่ำพอเข้านอน มันก็เริ่มเจ็บอกขึ้นมาทันที แล้วไล่ลงมาที่แขน มันไม่เคยมีอาการอะไรมาก่อนเลย...” ต้องให้ญาติพาส่งโรงพยาบาล...” (นัท พฤษภาคม 2540)

“...เริ่มมีอาการตอนช่วงปีใหม่ 2536 วันนั้นดื่มเหล้า ดื่มเบียร์ ฉลองปีใหม่ กันเกือบตลอดทั้งวันทั้งคืน ดื่มมากกว่าปกติเกือบ 2 เท่า ตกดึกเข้านอนก็เริ่มมีอาการตอนตี 1 รู้สึกมีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก นอนพัก กินยาลมก็ไม่ว่า มาคิดว่าเราเป็นอะไร เจ็บแน่นนาน 2 ชั่วโมง อาการไม่ดีขึ้น ญาติจึงพาส่งโรงพยาบาล...” (ยอด ธันวาคม 2540)

“...เริ่มแรกก็ไม่รู้ว่าเป็นอะไร อยู่เฉย ๆ ก็เจ็บหน้าอกขึ้นมา มีอาการตอน 3-4 ทุ่ม นอนได้สักพักหนึ่ง เจ็บรุนแรงมากจนทนไม่ไหว... เวลาจะเจ็บอกขึ้นมาปั๊บปั๊บ ก็เจ็บเลย และรุนแรงมาก...” (สุด กรกฎาคม 2540)

หลังรับประทานอาหารเช้า

มีผู้ป่วย 1 ราย ที่เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก ในขณะที่รับประทานอาหารเช้า

“...มีอยู่ครั้งหนึ่งกินข้าวเย็นเสร็จก็เจ็บหน้าอกขึ้นมาทันที เจ็บมากเลย ไอ้โฮ จะตายให้ได้เลย มันแน่นอึดอัด หายใจไม่ออก ไม่มีแรงขับรถเองไม่ได้ต้องขอให้คนข้างบ้านพาซ้อนท้ายรถมอเตอร์ไซด์ไปส่งโรงพยาบาล ใกล้บ้าน... อาการเจ็บไม่เบาซึ่งเจ็บมากทุรนทุราย... จนหมอต้องเอารถของโรงพยาบาลพามารักษาดูตัวที่นี่ เป็นมากต้องเข้าไอซียู ถ้าไม่ถึงมือหมอตายแน่ ๆ เลย...” (พิว กันยายน 2540)

ขณะเดินซื้อของ

“...เราเป็น โรคนี้เหมือนกับแกลิงเรา เราก็ว่าเราปกติดี สบายดี นึกอยากจะเป็นก็เป็นกัน เดินไปซื้อกับข้าวกับกรรยา หัวของช่วยกรรยาก็มีอาการขึ้นมาทันที แน่นหน้าอก ไม่มีแรง ทำอะไรไม่ได้ ขับรดเองไม่ได้ ต้องอยู่ชากมาก กรรยาก็ขับรดไม่เป็น เลยต้องให้เจ้าของร้านแก๊สที่เราเคยซื้อแก๊สเขา ให้คนขับรดแก๊สช่วยพาส่งโรงพยาบาล ก่อนเพราะอยู่ในเมืองที่อยู่ใกล้ที่สุด...” (ฉาย สิงหาคม 2540)

ขณะขับรด

ผู้ป่วย 2 คน เกิดอาการแน่นหน้าอกขณะขับรด

“...ผมก็ว่าผมปกติดี วันนั้นเดือนตุลาคม ตอนเย็นหลังเลิกงานก็ขับรดไปซื้อหนังสือ พอขับรดออกไปได้ไม่ถึงกิโลก็เริ่มมีอาการเหนื่อยไม่มีแรงขึ้นมาทันที เอายอมได้ลิ้นก็ไม่ดีขึ้น ผมจอดรถแล้วก็เกิดความกลัวจะเป็นอะไร... อาการมันไม่ดีขึ้น ไม่มีแรงขับรดต่อไป ผมออกมาเรียกให้คนขับรดที่ผ่านไปมาช่วยก็ไม่มีใครจอด ก็คัน ก็คันก็ไม่มีใครจอด ผมก็เลยถอยรถลงมา ก็พอมีกำลังบ้าง ก็ถอยมาถึงหน้าโรงงานที่มียามเฝ้าอยู่ ผมเรียกยามแล้วบอกผมไม่สบายเป็นโรคหัวใจ ยื่นกุญแจให้เขาให้ขับรดพาไปส่งที่โรงพยาบาล ตอนนั้นไม่มีแรงแม้แต่จะเดินลงมาจากรถมานั่งอีกข้างหนึ่ง เขาต้องช่วยกันอุ้มผมลงมา พอถึงโรงพยาบาล หมอก็ซีเรียส หลังจากนั้นมาผมก็จะเหนื่อยง่ายมาตลอด ขับรดเองไม่ได้ ไม่มีแรง...” (นัท พฤษภาคม 2540)

“...ขณะขับรดอยู่ บางครั้งก็มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก พอเริ่มมีอาการผมรีบอมขามืดหนึ่ง แล้วตีคว้นเข้าโรงพยาบาลเลย ไม่รออะไร ไม่รอว่ายาจะได้ผลหรือไม่ ผมเข้าโรงพยาบาลเลย...” (คำ มิถุนายน 2540)

เกิดอาการขณะเครียด

มีผู้ป่วย 2 คนที่เล่าว่าอาการเกิดขึ้นเมื่อมีภาวะเครียดจัด

“...ตอนนั้น 22 เมษายน ปี 33 ผมมีอาการโกรธแค้นมาก มีเรื่องกับเขา ผมไปแจ้งความที่โรงพัก เขาก็ตามไปด้วย แล้วไปทะเลาะกัน ตอนนั้นผม

เจ็บแน่นหน้าอกขึ้นมาทันที เจ็บแน่นมาก ใจจะขาดให้ได้ เม็ดโป๊งออก เต็มหน้า จนผมไปช็อกที่โรงพัก ตำรวจต้องช่วยกันพาผมไปส่งที่โรงพยาบาล...” (อิน กรกฎาคม 2540)

“...ตอนผมเอาแหวนถอดวางไว้ จะเอาไปใส่กับสร้อย กับมาดูไม่เห็นแล้ว คิดว่าไม่ถูกก็คนใช้ ไม่ก็หลาน มารู้อว่าเป็นหลาน เสียใจพูดกับแฟนน้ำตา ร่วงเลย แหวนเพชรนี้ราคา 5 หมื่น กลัวจะเอาไปจำหน่ายไม่ได้ราคา ตอน นั้นมีอาการแน่นอกมาก ประมาณ 5-6 นาที ต้องอมยาทันที แต่พอมี อาการขึ้นมาก็ทำใจว่าหายแล้ว แล้วอาการก็ค่อย ๆ หายไป...” (พุทธ สิงหาคม 2540)

ขณะมีเพศสัมพันธ์

ผู้ป่วย 3 คน ได้เล่าถึงอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างทันทีในขณะที่มีเพศสัมพันธ์โดยผู้ป่วย 1 คน (อิน) เกิดอาการเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับภรรยา แต่ผู้ป่วยอีก 1 คน (คำ) เกิดอาการแน่นหน้าอกทันที จากการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงที่ไม่ใช่ภรรยา ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“...ผมก็คิดว่าช่วงนั้นดีแล้วไม่มีอาการเจ็บอกเกิดขึ้น มีแต่อ้วนน้ำหนัก ประมาณ 80 กิโล (สูง 167) ปี 37 มีนาคม ผมเข้าโรงพยาบาลอีกครั้ง ขอ โทษนะครับอาจจะไม่สุภาพ ผมมีเพศสัมพันธ์กับภรรยา แล้วหัวใจผิดปกติเด่นแรง ช่วงนี้หนักหน่อย ต้องเข้าโรงพยาบาลทันที พอถึงโรงพยาบาลหมอบอกว่าถ้าช้ากว่านี้ตายแล้ว หมอบอกต้องเอาไฟฟ้าช็อคให้...” (อิน มิถุนายน 2540)

“...คือว่าผู้ชาย... พอเจอผู้หญิงก็นึกชอบ อยากจะสนุกตามธรรมชาติของผู้ชาย ก็เลยไปเล่นหนักไปนิดหนึ่งคือสนุกเกินขอบเขต... หลังจากนั้นมาเกือบไม่รอด ค่วน... จะตายให้ได้เลย พอทำเรื่องนั้นเสร็จแล้ว อะไร อะไร เสื้อผ้ายังไม่เรียบร้อยเลย... แต่ก่อนนี้ผมไม่เป็นอะไร ผมทำได้ตามปกติ อาจจะเดือนละครั้ง สองครั้ง อาทิตย์ละครั้งแล้วก็แล้วไป แต่ตอนนั้นหนักต้องรดค่วนเข้าโรงพยาบาล..เราก็อ้วเราดี ๆ อยู่ แต่พอทำอะไรหนักไปหน่อย อาการมันก็เกิดรุนแรงขึ้นมาทันทีเลย...” (คำ มิถุนายน 2540)

ขณะวิ่งออกกำลังเร็ว ๆ

ผู้ป่วย 1 คน เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกทันทีในขณะที่วิ่งออกกำลังเร็ว ๆ โดยไม่คิดว่าจะมีอาการเกิดขึ้น

“...แต่ก่อนผมก็วิ่งออกกำลังแต่วิ่งเหยาะ ๆ วันนั้นนึกอยากจะวิ่งให้ได้
เยอะ จึงวิ่งเร็ว ๆ วิ่งได้แค่รอบที่ 3 ก็เจ็บหน้าอกขึ้นมาทันที ใจสั่นเต้น
หึบ ๆ เหงื่อออกมาก เพื่อนต้องรีบพาส่งโรงพยาบาล... (อิน มิถุนายน
2540)

รุนแรงและทรมาณ

จากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญกับการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
ทั้งในลักษณะของการเจ็บป่วยที่เริ่มมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตาย หรือเจ็บแน่นหน้าอกจะเกิด
อาการเจ็บป่วยเพียงในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ หรือมีอาการเจ็บป่วยที่อยู่ในขั้นวิกฤตต้องติดตามดูแล
อาการอย่างใกล้ชิดก็ตาม แต่เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ป่วยก็มีความคิดเห็นว่า โรคหลอดเลือด
หัวใจตีบเป็นโรคที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมากเหมือนใจจะขาด อาการเจ็บแน่นมีความรุนแรง
มากขึ้นเรื่อย ๆ และไม่มีแรงช่วยตัวเองที่ทวีความรุนแรง และทรมาณ เนื่องจากลักษณะของ
อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้น จะมีความรุนแรงมากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยไม่มีแรงแม้แต่ช่วยเหลือตัว
เอง มีอาการแน่นหน้าอกมากเหมือนใจจะขาด และรุนแรงมากขึ้นและช่วยตัวเองไม่ได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แน่นหน้าอกมากเหมือนใจจะขาด

ผู้ป่วยในกลุ่มที่ศึกษาทุกคนเผชิญกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่าง
รุนแรง และมีความรู้สึกอึดอัด หายใจไม่ออก รู้สึกเหมือนกับจะขาดใจ ซึ่งเป็นประสบการณ์การ
เจ็บป่วยที่ผู้ป่วยรู้สึกถึงความรุนแรงและทรมาณ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“...วันนั้นเกือบไปไม่รอด ค่วน... ต้องให้ทางโรงแรมเขาขับรถพาเข้าโรง
พยาบาลทันทีเลยครับ... โอ้ย..ย...มันแน่นมาก ๆ เลยครับ จะตายให้ได้เลย...
อะไร อะไร เสื้อผ้ายังไม่เรียบร้อยเลย จะตายให้ได้ทันทีเลย แน่นหน้าอก
มาก ๆ...” (คำ มิถุนายน 2540)

“...ตกดึกเข้านอนก็มาเริ่มมีอาการตอนตี 2 เริ่มรู้สึกแน่นหน้าอกมาก ๆ หายใจไม่ออก นอนพักกินยาลมก็ไม่หาย อึดอัด หายใจไม่ออก ก็มาคิดว่าเราเป็นอะไร เจ็บอยู่นานไม่หาย ญาติเลยพาส่งโรงพยาบาลในจังหวัด...”
(ยอด พฤษภาคม 2540)

“...ตอนนั้นเจ็บแน่นหน้าอกมาก ใจจะขาดให้ได้ เม็ดโป่งออกเต็มหน้า... ไปซื้อคอกอยู่ที่โรงพัก ตำรวจต้องพาไปส่งที่โรงพยาบาล... คิดว่าจะตายแล้ว หมอบอกว่าจะไม่รอด อาการหนักมาก...” (อิน กรกฎาคม 2540)

“...ตอนบ่ายครั้งที่ 2 นั้น... มีอยู่วันหนึ่งกินข้าวเย็นเสร็จก็เจ็บหน้าอกขึ้นมาทันที เจ็บมากเลย อึดอัด หายใจไม่ออก โอ้อโฮ..จะตายให้ได้เลย... มันเจ็บมาก ทูรนทูราย มันเจ็บมากเลย หมอเขาต้องรีบให้เข้าไอซียู พอได้ยาอาการก็ดีขึ้น...” (ผิว กรกฎาคม 2540)

“...เริ่มแรกก็ไม่รู้ว่าเป็นอะไร อยู่เฉย ๆ ก็เจ็บอก... เจ็บรุนแรงมากจนทนไม่ไหว เจ็บใจจะขาด จนต้องร้องออกมา สามีต้องพาส่งโรงพยาบาลอำเภอ หมอให้ออกซิเจน ให้อาอมใต้ลิ้น...” (สุด กันยายน 2540)

รุนแรงมากขึ้นและช่วยตัวเองไม่ได้

มีผู้ป่วยจำนวน 6 คน ที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น จนผู้ป่วยอ่อนแรงไม่มีกำลังพอที่จะสามารถเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยตัวเอง ต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทั้งจากคนที่รู้จักหรือไม่รู้จัก เช่น ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ เช่น พนักงานของโรงแรม หรือคนที่ขับรถผ่านไปมา ตำรวจที่โรงพัก ช่วยพาผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลโดยรีบด่วน

จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเกิดอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างทันที ดังเสนอในความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดความรู้สึกทรมานต่อผู้ป่วยอย่างมาก ดังรายละเอียดของข้อมูลต่อไปนี้

“...พอมืออาการเจ็บแน่นหน้าอกขึ้นมาจะมากทันที มันปวดรุนแรง รุนแรง มากขึ้นเรื่อย ๆ แล้วทำให้เหนื่อย ไม่มีแรงขึ้นมาทันที ต้องไปให้ญาติพา ส่งโรงพยาบาล... (เจ็บป่วยครั้งที่ 2)... ตอนนั้นไม่มีแรงขึ้นมาทันที... ไม่มี แรงขับรถต่อ ออกมาเรียกให้คนขับรถผ่านไปมาช่วย... ก็คัน ก็คัน ก็ไม่มี คนช่วย... พอมีกำลังถอยรถ... บอกยาม... ขอให้ช่วยพาส่งโรงพยาบาล... ไม่มีแม่แต่จะเดินลงจากรถมานั่งอีกข้าง...” (นัท พฤษภาคม 2540)

“...เดินซื้อของกับภรรยา...ก็มีอาการขึ้นมาทันที แน่นหน้าอก ไม่มีแรง ทำ อะไรไม่ได้ ขับรถเองไม่ได้ ต้องยุ่งยากมาก ภรรยาที่ขับรถไม่เป็น เลยต้อง ให้คนขับรถแก๊สช่วยพาส่งโรงพยาบาล...” (ฉาย สิงหาคม 2540)

“...เจ็บหน้าอกขึ้นมาทันที เจ็บมากเลย โอ้โหจะตายให้ได้เลย มันแน่นอึด อึด หายใจไม่ออก ไม่มีแรงขับรถเองไม่ได้ ต้องขอให้คนข้างบ้านพาซ้อนท้ายรถมอเตอร์ไซด์ไปส่งโรงพยาบาลใกล้บ้าน...” (พิว กันยายน 2540)

“...ผมไปแจ้งความที่โรงพัก...แล้วไปทะเลาะกัน...ผมเจ็บแน่นหน้าอกขึ้นมาทันที เจ็บแน่นมากใจจะขาดให้ได้ เม็ดโป๊งออกมาเต็มหน้า จนผมไปซื้อคอกที่โรงพัก ตำรวจต้องช่วยกันพาส่งที่โรงพยาบาล...” (อิน กรกฎาคม 2540)

“...เกือบไปไม่รอด...จะตายให้ได้เลย... โอ้ยมันแน่นมาก ๆ เลยครับ จะตายให้ได้...ต้องให้ทางโรงแรมเขาขับรถพาเข้าโรงพยาบาลทันทีเลย ครับ...” (คำ มิถุนายน 2540)

กลัวตายคนเดียวและกลัวไม่มีคนรู้ไม่มีคนช่วย

จากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญกับการเกิดอาการเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้สร้างความรู้สึกรู้สึกที่กลัวต่ออันตรายของโรคที่มีอาการเกิดขึ้นอย่างรุนแรงจนรู้สึก เหมือนกับจะทำให้ตายได้ในระยะเวลาอันสั้น เนื่องจากลักษณะการเกิดอาการเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนั้น จะเกิดอาการเจ็บป่วยได้อย่างเฉียบพลัน ทันทีทันใด เกิดขึ้นได้ในทุกเวลา

ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในอิริยาบถใด ๆ ในขณะที่ทำกิจกรรม ขณะทำงาน ออกกำลังกาย มีความเครียด หรือแม้แต่ในขณะที่นั่งหรือนอนพักก็ตาม โดยไม่มีอาการใด ๆ นำมาก่อน ดังนั้นไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่สถานที่แห่งใด ในบ้าน นอกบ้าน ทำงาน หรือขณะเดินทาง อาการเจ็บป่วยก็จะเกิดขึ้นได้ทันที โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการเจ็บแน่นหน้าอกเป็นอาการเจ็บป่วยที่สำคัญ เมื่ออาการทวีความรุนแรงมากขึ้น มากขึ้น อีกทั้งยังมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ร่วมด้วย และถ้าเป็นมากผู้ป่วยก็จะรู้สึกหมดแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ อาการเจ็บป่วยที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยรับรู้ว่าทำให้หมดสติ เป็นลม และช็อคได้ และทำให้เสียชีวิตได้ในระยะเวลาอันสั้น

นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยเผชิญกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ทวีความรุนแรง และทำให้หมดกำลังที่จะสามารถช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ป่วยกลัวการกำเริบของอาการในขณะที่อยู่คนเดียว และไม่มีคนรู้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยตายได้ง่าย ๆ ดังรายละเอียดข้อมูล

“...โรคนี้เวลาเกิดอาการก็เกิดทันทีรุนแรงมาก เกิดแล้วเราก็ไม่มีแรงช่วยตัวเอง ก็คิดว่าถ้าเราอยู่คนเดียวไม่มีคนเห็นก็อาจจะหัวใจวายตายคนเดียว ไม่มีใครเห็นก็ได้...” (สัช กันยายน 2540)

“...ผมได้ทำออกจากที่บ้านพักต่อไปติดไว้ที่ตู้ยาม ผมตั้งคนในที่ทำงานสั่งยามไว้ว่าถ้ามีอะไรฉุกเฉินผมกดออกเรียก ก็ให้รีบมาหาแล้วพาผมส่งโรงพยาบาลทันที...” (นัท พฤษภาคม 2540)

และเมื่อถึงช่วงเวลาของการโยกย้ายตำแหน่งผู้ป่วย ก็ได้ขอให้เจ้านายย้ายผู้ป่วยกลับไปอยู่ภูมิลำเนาเดิมร่วมกับครอบครัว เพื่อจะได้มีคนช่วยเหลือ และอยู่ใกล้กับโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรับการรักษาเป็นประจำ

จากประสบการณ์ของผู้ป่วยดังกล่าวที่เกิดอาการเจ็บป่วยกำเริบในระหว่างเดินทางเพียงคนเดียว และไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือจากคนแปลกหน้า หรือคนไม่รู้จัก ที่ขับรถผ่านไปมา ผู้ป่วยจึงไม่เดินทางไปไหนเพียงคนเดียว ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“...เดี๋ยวนี้ผมไม่ไปไหนมาไหนคนเดียว มีคนไปด้วยตลอด อย่างไม่ราชการประชุมที่ไหนไกล ๆ อย่างกรุงเทพฯ ชลบุรี สกลนคร ผมไม่เดินทางเครื่องบิน หรือเดินทางคนเดียว จะให้ลูกน้อง (ผู้ป่วยมีตำแหน่งเป็นหัวหน้าหน่วยงาน) ขับรถไปให้อรารถูไป ถ้าเดินทาง

ไกล ผมก็จะเอนนอนพักได้ อย่างวันไหนมาตรวจก็ให้ลูกน้องขับรถให้... อย่างตอนนี้ผมเริ่มหัดขับรถเองแล้ว แต่ถึงแม้จะขับรถเองได้ ถ้าไปไหนไกล ๆ ก็ต้องมีคนไปด้วย ถ้ามีอะไรฉุกเฉินเกิดขึ้น ก็จะได้มีคนคอยช่วยเหลือ...” (นัท พฤษภาคม 2520)

สรุป ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบมักจะต้องเผชิญอาการเฉียบพลัน ประกอบด้วยสาระสำคัญของประสบการณ์ ดังนี้ คือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่ เกิดขึ้นได้ทันทีทันใด ไม่เลือกกาลเวลาและสถานที่ ทั้งในขณะที่นอน หลังรับประทานอาหารเย็น เดินซื้อของ ขับรถ เกิดอาการเครียด มีเพศสัมพันธ์หรือขณะวิ่งออกกำลังกายเร็ว ๆ มีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงและทรมาณ เช่น เจ็บแน่นหน้าอกเหมือนใจจะขาด รุนแรงมากขึ้นและช่วยตัวเองไม่ได้ กลัวตายคนเดียวและกลัวไม่มีคนรู้ไม่มีคนช่วย

บริหารจัดการให้ชีวิตรอด

จากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน รุนแรง และทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะอาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตาย มีความรู้สึกหายใจไม่ออก เหมือนจะทำให้ขาดใจตายนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องบริหารจัดการให้ชีวิตรอดจากความตาย ซึ่งจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยสะท้อนประสบการณ์ต่อการรับช่วยให้ชีวิตรอดจากความตายดังนี้ เข้าโรงพยาบาลโดยด่วน ปรึกษาทันที และมีผู้เฝ้าดูแลใกล้ชิด ดังรายละเอียดของข้อมูล

เข้าโรงพยาบาลโดยด่วน

จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยที่กล่าวถึงอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันทันที และทวีความรุนแรงมากขึ้น จนมีความรู้สึกเหมือนกับจะทำให้เสียชีวิตนั้น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยด่วนเป็นการกระทำที่ผู้ป่วยเชื่อว่าจะสามารถช่วยชีวิตของตนได้ในภาวะรีบด่วน โดยผู้ป่วยจะบริหารจัดการให้ตนเองไปถึงโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเร็วได้ โดยขอให้บุคคลอื่นที่อยู่ในเหตุการณ์ช่วยเหลือพาไปโรงพยาบาลและจพเลือกเข้าโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดก่อน ไม่ว่าจะเป็นที่โรงพยาบาลระดับอำเภอ โรงพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัดก่อน เพื่อรักษาชีวิตให้รอด เมื่อเข้าโรงพยาบาลโดยด่วนแล้ว ในเวลาต่อมาผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

โรงพยาบาลใกล้ที่สุด

“...อาการเจ็บอกมันมีมากขึ้น ความกลัวมันก็มีมากขึ้นมาอีก มันเจ็บมากเลย อี๊ดอ๊ด หายใจไม่ออก ไอ้โฮ...จะตายให้ได้เลย...พาส่งโรงพยาบาลเอกชนในเมืองอยู่ใกล้ที่สุด อยู่ได้ 1 วันจึงย้ายมารักษาโรงพยาบาลนี้...” (ศิวกรกฏาคม 2540)

“...ผมเจ็บแน่นหน้าอก เจ็บมากทะลุไปข้างหลัง ให้ญาติรีบพาไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน โรงพยาบาลอำเภอ... (ในจังหวัดชัยภูมิ) ได้ยาฉีดแล้ว หมอก็ให้กลับบ้าน ให้กินยาที่บ้านต่อ แต่อาการเจ็บหน้าอกไม่หาย ผมเลยมาที่นี่ต่อ หมอก็ให้ยาฉีดยาทางเส้นเลือดแล้วนอนรักษา...” (สัปดาห์จิกายน 2540)

“...หลังจากออกจากห้องน้ำผมมีอาการแน่นหน้าอกมาก ทนไม่ไหว จึงรีบไปโรงพยาบาลอำเภอ (ในจังหวัดกาฬสินธุ์) อย่างด่วน นอนอยู่ได้ 5-7 วัน หมอให้กลับบ้านได้ ผมไม่แน่ใจก็เลยมาตรวจเช็คที่นี่ใหม่...” (สัปดาห์มกราคม 2540)

“...ตอนเช้า...ไม่รู้เป็นอะไร เหนื่อยออกมากท่วมตัวรู้สึกแน่นหน้าอกมาก อี๊ดอ๊ดต้องถอดเสื้อออก เพื่อนพาไปนอนพักก็ไม่ดี เปิดพัดลมอาการแน่นหน้าอกยังมีมากขึ้น เพื่อนต้องรีบพาไปโรงพยาบาล... หมอให้ยากี่ไม่ว่าอะไร ให้กลับได้... ตกคือเป็นอีก จะไปโรงพยาบาลเดิมก็ไกลจึงไปโรงพยาบาลเอกชนใกล้บ้าน นอนรักษาอยู่ 1 คืน อาการทุเลาผมขอไปรักษาโรงพยาบาลเดิม...” (พิท มกราคม 2540)

“...ด่วน...ต้องให้ทางโรงแรมขับรถเข้าโรงพยาบาลเลขทันที... ตอนนั้นจะหนักต้องรถด่วนเข้าโรงพยาบาลเลย... อาการมันรุนแรงขึ้นมาทันทีเลย... หลังจากนั้นมาถ้าเจ็บอก ผมไม่รออนุญาตจะจะมีอาการรุนแรงขึ้นอีก ผมขับรถฝ่าไฟแดงก็มี...” (คำ มิถุนายน, กันยายน 2540)

“...ผมมีอาการก็ต้องรีบขับรถด่วนไปโรงพยาบาล เปิดไฟขอทาง จากบ้านถึงโรงพยาบาล (ระยะทางประมาณ 10 กิโลเมตร) บางที่ใช้เวลาไม่ถึง 10 นาที ไฟไฟแดงก็มี... รอช้าไม่ได้เดี๋ยวช็อคไปอีก... ลูกสาวขับรถเก่ง ชำนาญแล้ว...” (โย กุมภาพันธุ์ 2541)

“...พอไปถึงโรงพยาบาลหมอใหญ่ก็ต้องให้ออกซิเจน ให้อาอมแล้วบอกว่า จะส่งไปโรงพยาบาลใหญ่ เครื่องมือ เครื่องไม้ไม่พอ... ทันทีเลย... รถโรงพยาบาลติดหວມมาเลย...” (รอง มิถุนายน 2540)

“...ตอนประมาณ 1 ทุ่มเจ็บอกมาก จนทนไม่ไหว...สามีพาไปโรงพยาบาลอำเภอ... (จ.ศรีสะเกษ) หมอให้ออกซิเจน ให้อาอม พาอาการดีขึ้น ก็ส่งมาที่นี่ เพราะเครื่องมือที่นั่นมีไม่พร้อม...” (สุด กรกฏาคม 2540)

รับรักษาทันทีและมีผู้เฝ้าดูแลใกล้ชิด

จากการเผชิญอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะจัดการตนเองให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยด่วน ผู้ป่วยก็จะได้รับการรักษาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่า แพทย์ต้องรีบให้การรักษาทันที อย่างรีบด่วน เช่น ให้อาอมได้ลิ้น ยาฉีด ให้ออกซิเจน เพื่อให้รอดจากความตาย และถ้าอาการไม่ดีขึ้น หรือโรงพยาบาลมีเครื่องมือไม่ดีพอก็จะส่งผู้ป่วยให้รักษายังโรงพยาบาลที่มีเครื่องมือพร้อมมากกว่า นอกจากนี้ผู้ป่วยรู้สึกว่า จะต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทั้งใน ไอซียู หรือในหอผู้ป่วย ดังรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วย ดังนี้

“...หมอต้องรีบให้อาอมได้ลิ้น ให้เครื่องช่วยหายใจเอาออกซิเจนมาให้ ใส่จมูกนี้ (น่าจะเป็นการให้ออกซิเจนชนิด Cannula) อาการก็ยังไม่ดีขึ้น หมอเลยส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลใหญ่...” (รอง มิถุนายน 2540)

“...พหมอที่คลินิกบอกเป็นโรคหัวใจให้ไปนอนโรงพยาบาล หมอบอกอันตราย ฉั นตกใจ ร้องให้ตรงนั้นเลย กลัวจะตายตอนนั้นก็เพลีย ๆ ไม่มีแรง... คิดว่าอาการคงจะหนักมาก รีบให้แฟนพาไปโรงพยาบาล หมอก็ให้เข้าไอซียูเลย หมอเขาเฝ้าดูอาการอยู่ 4 วัน จึงออกมาอนข้างนอก...” (หนู ธันวาคม 2540)

“...หมอกที่คลินิกบอกรุ่งขึ้นให้ไปตรวจที่โรงพยาบาล แต่พอตอนเย็นอาการเกิดขึ้นไม่ทันเวลา รอไม่ไหวเลยไปโรงพยาบาลทันที หมอกก็รีบให้ออกซิเจนให้อยู่ไอซียู แต่ผมสลบไป 2 วัน พี่นมา หมอใช้เครื่องช่วยหายใจด้วย คิดว่าเหมือนตายแล้วเกิดใหม่ หมอยังต้องดูอาการอยู่ในไอซียู 4 วัน ก็ออกมานอนต่อข้างนอก...” (ภูมิ กุมภาพันธุ์ 2539)

“...พอรู้ว่า เป็นโรคหัวใจก็กลัวตาย กลัวจะตายง่าย ๆ เจ็บอกมันรุนแรงมากนอนอยู่เฉย ๆ ก็ยังเจ็บ ต้องนอนเตียงใกล้ ๆ กับโต๊ะทำงานพยาบาลพยาบาลจะได้คอยดูอาการอย่างใกล้ชิด...” (สุด กรกฏาคม 2540)

สรุป ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมักจะต้องเผชิญอาการเจ็บปว้น และรีบจัดการให้ชีวิตรอด โดยมีสาระสำคัญของประสบการณ์ดังนี้ คือ เข้าโรงพยาบาลโดยด่วน ต้องเลือกโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดโดยไม่เลือกสถานที่ ปรึกษาทันทีและมีผู้เฝ้าดูแลใกล้ชิด เพื่อรับการรักษาให้มีชีวิตรอดปลอดภัยก่อน หลังจากนั้นผู้ป่วยอาจต้องไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลที่เหมาะสมของตนเองต่อไป

ประคับประคองให้ชีวิตอยู่ได้

ผู้ป่วยในกลุ่มที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนั้น อาจทำให้ตายได้ง่าย ๆ อีกทั้งผู้ป่วยที่มีความคิดเห็นว่า โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นโรคที่รักษายาก แต่ผู้ป่วยก็มีความหวังที่จะรักษาให้ลดความรุนแรง ไม่ให้โรคกำเริบ และหวังว่าจะรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยจึงมีวิธีการ จัดการต่อการเจ็บป่วยตามการรับรู้ และเรียนรู้จากประสบการณ์ของการเจ็บป่วย เพื่อให้สามารถประคับประคองให้มีชีวิตอยู่ได้ โดยมีการจัดการต่อการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับ เลือกรับและจัดการรักษาอย่างต่อเนื่อง สร้างพลังใจให้เข้มแข็ง ปรับแบบแผนชีวิต และแสวงหาความรู้

เลือกรับและจัดการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะเผชิญอาการเจ็บปว้น รีบจัดการให้ชีวิตรอด และเนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคเรื้อรัง มีพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างถาวรผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีชีวิตรอดอยู่กับการรักษาเป็นระยะเวลานาน ๆ ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าจะต้องประคับประคองชีวิตให้รอดโดยผู้ป่วยจะต้อง เลือกรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยให้ข้อมูลประสบการณ์เป็น

ลักษณะ คือ รับประทานแบบแผนปัจจุบัน และรับประทานแบบทางเลือก ในลักษณะของการรับประทานแบบแผนปัจจุบัน ผู้ป่วยจะต้องกินยาเป็นประจำ มารับการรักษาตามนัด เลือกรับการรักษาที่เชื่อว่าดี ประกอบด้วย การเลือกสถานที่รักษาและเลือกวิธีการรักษา โดยมีรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยดังนี้

รับประทานแบบแผนปัจจุบัน

กินยาเป็นประจำ

เนื่องจากการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในครั้งแรกนั้น แพทย์มักจะใช้วิธีการให้ยา จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ประสบการณ์ของการกินยาเป็นประจำเป็นความสำคัญและความจำเป็นต่อชีวิตของผู้ป่วย การรักษาด้วยวิธีกินยาเป็นประจำ เป็นวิธีที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับว่าเป็นการรักษาที่ช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยได้ให้ความสนใจ และจดจำชื่อยา แต่ละชนิดโดยเฉพาะยาชนิดไหนที่ช่วยขยายหลอดเลือด ผู้ป่วยจะจดจำได้ดี ซึ่งจากผลของการรับประทานยาได้ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการแน่นหน้าอก สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ไม่มีอาการเหนื่อย และเพลีย ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“...คิดว่าโรคนี้ถ้าขาดยาขยายหลอดเลือดจะอยู่ไม่ได้เลย เคยลืมกินยามาแล้ว ใจจะหวิว ๆ กินยาแล้วสบายหน่อย คิดว่าโรคนี้ถ้าไม่รักษา (หมายถึงรับประทานยา) ไม่ได้เลย ไม่ได้ยาต้องตาย... อย่างทำกับข้าวขาย ถ้าตื่นมาแล้วยังรู้สึกเหนื่อย อยมา 1 เม็ด ก่อนก็จะช่วยให้ทำงานได้...”

“...แต่ถ้าวันไหนตื่นเข้ามาแล้วหัวใจเต้นวูบวับต้องกินยาขยายหลอดเลือด 1 เม็ด แล้วนอนพักผ่อนต่ออีกประมาณ 1 ชั่วโมง ก็จะสบายดี ต้องนอนพักต่อหลังกินยา ถ้าไม่นอนจะยิ่งเพลีย เป็นอันตราย...”
(หนู ธันวาคม 2539)

“...เป็นโรคนี้นาน (9 ปี) ผมก็กังวลว่ากินยามาก จะมากเกินไปได้ไหม ต้องกินตลอด กินทุกมื้อเลย อยากจะเลิกก็เลิกไม่ได้ หมอบอกยังต้องกินยาตลอด บางครั้งก็คิดว่าดีแล้ว แต่หมอก็ยังให้กินยาต่อ...” (ชาย สิงหาคม 2540)

“...แต่ก่อนคิดว่าหายดีแล้ว ก็เลยไม่กินยาต่อ ตามที่หมอให้ ก็แข็งแรงดี หายดีแล้วจะกินทำไม แต่มาป่วยตอนหลัง (ครั้งที่ 2) หมอบอกโรคนี้อันตรายไม่หายขาดหรอก ผมไม่เคยขาดยา กินตามที่หมอให้ไม่เคยขาด อย่างขอยานี้ผมพกติดตัวตลอด...” (คำ มิถุนายน 2540)

“...ยานี้ผมไม่เคยขาด ผมกินตลอด ตามที่หมอให้ อย่างวันหนึ่งผมไปต่างจังหวัด ลืมเอายาไปด้วย ขับรถไปไกล ชัก 40 กิโลเมตร ขับรถย้อนมาเอา เรื่องยานี้ขาดไม่ได้ ผมไม่เคยคิดอยากจะลองเลิกกินยา เชื่อว่าหมอต้องพิจารณาดีแล้ว ผมไม่ชอบเสี่ยง...” (ภูมิ เมษายน 2540)

มารับการรักษาตามนัด

“ผมพูดตรง ๆ เลขนะ... แต่ก่อนผมว่าผมสบายดี คงจะหาย สบายดีแล้วจะไปตรวจทำไม ไม่มีเวลาด้วย ก็แข็งแรงดีไปไหน ไปไหนได้ ไม่มีอาการอะไรเลย ตามที่นัดก็ไปมั่งไม่ไปมั่ง ขาด ๆ หาย ๆ บางครั้งไม่มีอาการ ก็คิดว่าปกติดี นาน ๆ ครั้งไปตรวจก็ไม่มีอะไรมาก... ตอนนี้อยากบอกว่าโรคนี้อันตรายไม่หายขาดหรอก ก็รับปากว่าจะมาตลอด... หมอเขาฉีดสีให้ แล้วบอกว่าเส้นเลือดตีบมากอยู่ 1 เส้น อีก 1 เส้นตีบไม่มาก... ก็รอเก็บเงินมาทำผ่าตัด...” (คำ มิถุนายน 2540)

เช่นเดียวกับผู้ป่วยหลายคน (หนู, อิน, นัท, ภูมิ, สม, สา, ลี, ยอด, -เกษ, พิท, มวล, สูด) เมื่อรับรู้จากแพทย์ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนั้นรักษาไม่หายขาด และมีโอกาสกำเริบได้อีก ผู้ป่วยจึงมารับการรักษาตามนัด

จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยที่ประสบอาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตายร่วมกับได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจของตนเองว่ารุนแรงอย่างไร จะมีส่วนต่อการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

เลือกรับการรักษาที่เชื่อว่าดี

การเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ยังกลับมามีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และการเจ็บป่วยเรื้อรัง การบำบัดรักษาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจึงมีทั้งการแก้ไขปัญหาวางารีบด่วนเมื่อการเจ็บป่วยเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน รุนแรง และอาจจะเป็นอันตรายต่อชีวิต ถ้ารับการรักษาไม่ทันท่วงที ผู้ป่วยจึงได้พึ่งพาการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังและไม่เป็นปัญหาที่รีบด่วนฉุกเฉินหรือรุนแรง ผู้ป่วยจึงมีโอกาสแสวงหาทางเลือกรักษาที่เชื่อว่าดี จะสามารถรักษาการเจ็บป่วยให้หายได้หรือประคับประคองไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยกำเริบอย่างรุนแรง การเลือกรับการรักษาที่เชื่อว่าดีของผู้ป่วยประกอบด้วย การเลือกสถานที่รักษาและเลือกวิธีการรักษา

เลือกสถานที่รักษา

เนื่องจากวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีหลายวิธี ทั้งการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยการผ่าตัด อีกทั้งสถานพยาบาลของรัฐในแต่ละแห่งจะมีแพทย์ผู้ชำนาญในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและเครื่องมือในการรักษาที่ไม่เท่าเทียมกัน ผู้ป่วยจึงต้องเลือกที่จะรับการรักษาที่เชื่อว่าดีที่สุดสำหรับตน อีกทั้งญาติพี่น้องบุคคลใกล้ชิดก็มีส่วนต่อการตัดสินใจรับการรักษาของผู้ป่วย ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยหลายคนเปลี่ยนสถานที่รักษาโดยเชื่อว่าสถานที่รักษาใหม่นั้นจะสามารถรักษาผู้ป่วยได้ตามที่คาดหวังทั้งของผู้ป่วยและของญาติ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“.....ป่วยครั้งแรกเข้ารับรักษาโรงพยาบาลจังหวัด ก. รักษาอยู่ 5 วันก็กลับบ้าน.....พอลูก ๆ หลาน ๆ รู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบก็กังวล ตอนนั้นเป็นมากออกจากโรงพยาบาลมาอยู่บ้านก็ยังเหนื่อยง่าย ทำอะไรไม่ได้จะเหนื่อย เดินไปไหนได้เหนื่อยก็เหนื่อยใจจะขาด อาหารก็เบื่อ กินไม่ค่อยได้ ลูกก็กังวลไม่แน่ใจการรักษาของหมอ อาการไม่ดีขึ้น ลูกอยู่ดูครก็พาไปหาหมอที่อุดร เพื่อนเขาบอกว่าหมอนั้นเก่งก็ไปตรวจ หมอก็บอกเป็นโรคเดียวกัน ก็กินยาเดิมต่อ..... อีก 1 เดือนยังมีเพลีย ๆ ไม่ดีขึ้น หลานเป็นทหารอยู่ร้อยเอ็ด บอกมีหมอนั้นนั่นชำนาญโรคหัวใจก็พาไป หมอก็ว่าเป็นโรคเดิมให้กินยาเดิมต่ออีก 1 เดือน เพื่อนบ้านบอกหมอนี้รักษาโรคต่าง ๆ หาย เป็นโรง

พยาบาลใหญ่มีแพทย์ชำนาญ อนุรักษ์ที่นี้อาการเจ็บอกก็ยังมี หมอบอกเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเหมือนกัน แต่รักษาที่นี้ ตลอดเพราะเดินทางมาสะดวก และมีหมอชำนาญ.....” (ยอด พฤษภาคม 2540)

“.....แต่ก่อนรักษากับหมอที่โรงพยาบาล อำเภอ ก. หมอบอก เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แต่รักษาได้ 1 ปีเศษแล้วยังมี อาการเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจได้ไม่เต็มที่ ไม่อึด หมอ ให้ยารับประทานมาเป็นปีแล้วอาการก็ไม่ดีขึ้น จึงมาที่โรงพยาบาลนี้.....เนื่องจากมีคลินิกเฉพาะ โรคหัวใจแล้วเพื่อนแนะนำ มาว่ารักษาดี.....” (พิท มกราคม 2540)

“.....ป่วยตอนแรกต้องเข้ารักษาในไอซียู โรงพยาบาลจังหวัด (ข.) อาการหนักหมอบอก 50 50 รักษาอยู่ 4 วันยังไม่ดีขึ้นยัง เพลีย ๆ ไม่มีแรง พอพ้นจิดอันตรายหมอบอกที่นั่นไม่มียารักษา ต้องส่งมารักษาต่อที่นี้ ก็รู้สึกดีใจรอดตาย ไม่ตายแล้ว.....ก็มารักษาที่นี้ตลอด เคยกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด (ข.) แต่ไม่มียาที่เขากินที่นี้ก็ต้องกลับมาที่นี้ใหม่ คิดว่าถ้าขาดยาขยาย หลอดเลือดจะอยู่ไม่ได้เลย ลืมกินไม่ได้ ไม่ได้ยาต้องตาย ต้อง มาเอายาที่นี้เดินทางมาก็ไกล ดั้นมาตอนตี 4 แล้วนั่งหลับมาใน รถ กลับถึงบ้านก็ 4 โมงเย็น บางครั้งก็รู้สึกเหนื่อย เพลียก็ต้อง มา.....” (หนู กรกฎาคม 2540)

เลือกวิธีการรักษา

นอกจากนี้เมื่อแพทย์ให้การรักษาด้วยยา แต่อาการเจ็บป่วยยังไม่ ดีขึ้นแพทย์จะพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดต่อหลอดเลือด หรือการถ่างขยาย หลอดเลือดด้วยบอลลูน โดยก่อนการผ่าตัดนั้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยการฉีดสาร ทึบแสงในหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiography) เพื่อตรวจดูการตีบแคบของหลอดเลือด แต่ วิธีการตรวจและรักษาดังกล่าวนี้นั้นผู้ป่วยหลายคนได้ปฏิเสธการตรวจและการรักษา โดยเชื่อว่าวิธีดัง กล่าวนั้นเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จึงได้ขอรับการรักษาเฉพาะการรับประทานยา ผู้ป่วยบางคนก็เลื่อน

การรับการรักษาด้วยการผ่าตัดในขณะที่อาการเจ็บป่วยของคนยังไม่รุนแรงด้วยกลัวอันตรายของการผ่าตัด เนื่องจากเคยได้รับรู้ข้อมูลมาก่อนว่าเป็นวิธีการรักษาที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย จึงพอใจกับการมีชีวิตอยู่ในขณะนั้นที่คิดว่าพออยู่ได้ จนกระทั่งอาการเจ็บป่วยกำเริบรุนแรง คุณความต่อการดำเนินชีวิตและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย ผู้ป่วยจึงจะพิจารณาขอรับการรักษาด้วยการผ่าตัด ดังรายละเอียดข้อมูล

“...ตอนนั้นเส้นเลือดไม่ดีหมออยากจะดูว่ามันตีบตรงไหนจะผ่าตัดใหม่ ก็เลยนัดให้ไปฉีดสีก่อน ตอนนั้นคิดว่าจะผ่าก็ผ่าเพราะอาการเจ็บจะหายถ้าไม่ผ่าก็ไม่หาย แต่พอไปทำบุญที่วัดไปเจอเพื่อน ๆ เขาก็บอกว่าอย่าทำนะ หนูขอร้อง อันตราย เขาต้องฉีดสีเข้าไปในเลือด ตอนนั้นก็ไม่ว่าจะฉีดสีเป็นอย่างไรคิดว่าคงเหมือนคนไข้เป็นมะเร็งที่เขาเอาสีมาเขียนไว้เป็นเส้นๆ เท่านั้น ไม่มีใครแนะนำว่าอะไร แต่พอกลับไปถามหมอจึงรู้ว่าเขาต้องผ่าเข้าทางโคนขาและบีบสีเข้าทางเส้นเลือดใหญ่ ก็เลยคิดว่าไม่ทำ ทำเหมือนคนตายนะซี หมอก็เลยจัดยาให้ไปกินแล้วก็เลือกเอาวิธีทางธรรมช่วย...” (เกษ กัญยาน 2540)

“...ตอนไปนอนที่โรงพยาบาลเพื่อเตรียมจะผ่าตัด ผมไปเห็นแผลของคนไข้ที่เขาผ่าตัดมาก่อน แผลใหญ่มาก.....มันผ่ามากเกินไป.....มาคิดว่า เอ มันเสี่ยงมากเกินไป มันจะมีทางอื่นหรือไม่ ที่ต้องผ่าตัดผมกลัวตาย.....พรุ่งนี้จะผ่าแล้ว พอญาติมาเยี่ยมปรึกษากันผมเลยหนีออกจากโรงพยาบาลทั้งชุดคนไข้เลย.....ก่อนผ่าไม่รู้ว่าจะผ่าตัดอย่างไรก็คิดว่ามันเสี่ยงมากเกินไป...” (คำ มิถุนายน 2540)

“...ที่จริงหมอก็เคยบอกจะให้ผมทำผ่าตัด แต่ตอนนั้นไปไหนมาไหนได้ก็จะขอรักษาแค่นั้นไปก่อน ยังไม่อยากจะเสี่ยงต่อการผ่าตัด แต่ป่วยอยู่ที่แพร์ทำให้ผมกลัวว่ามันจะกำเริบขึ้นมาอีกก็มาคิดว่า ถ้าผ่าแล้วคงจะดีขึ้น...” (นัท พฤษภาคม 2540)

รับการรักษาแบบทางเลือก

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้พบว่าในระหว่างรับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบกับแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว ผู้ป่วยได้ยอมรับและเลือกการรักษาแบบทางเลือก ทั้งตามความเชื่อของตนเองและตามความเชื่อของบุคคลในครอบครัว เนื่องจากระบบการแพทย์ไทยโดยเฉพาะในภาคอีสานมีระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ เป็นวัฒนธรรมการรักษาที่ยังคงสืบทอดกันต่อมา จึงพบว่าทั้งผู้ป่วยและญาติได้เสริมการรักษาการแพทย์แผนปัจจุบันด้วยวิธีบำบัดรักษาต่าง ๆ ตามความเชื่อด้วยการใช้สมุนไพร การดื่มน้ำ การใช้สมาธิ การทำบุญ การใช้วิธีทางศาสนาวิธีทางไสยศาสตร์ หรือหลายวิธีร่วมกัน โดยเชื่อว่าวิธีดังกล่าวนี้จะช่วยควบคุม ป้องกัน รวมทั้งสามารถรักษาการเจ็บป่วยไม่ให้กำเริบได้อีก และยังเป็นการชดเชยหรือทดแทนและช่วยรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการบริโภคอาหารได้ตามควรจะเป็น หรือไม่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยคิดว่าเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย ดังรายละเอียดข้อมูล

การบำบัดรักษาด้วยสมุนไพร

มีผู้ป่วยจำนวน 7 คน ได้ใช้การบำบัดรักษาด้วยสมุนไพร ได้แก่ กระเทียมสด หรือกระเทียมอัดเม็ด ยาสมุนไพรต้ม ดอกคำฝอย เหล้าคองสมุนไพรจีน เห็ดหลินจือ หญ้านางแดง ลูกกระเจี๊ยบ ดังแสดงในตารางที่ 3 โดยผู้ป่วยจะเลือกรับประทานด้วยตัวเอง ไม่ปรึกษากับแพทย์หรือบอกให้แพทย์ทราบ เพราะเกรงว่าแพทย์จะห้าม ผู้ป่วยรู้ถึงการรักษาแบบทางเลือกจากหลายช่องทาง กล่าวคือ การอ่านหนังสือพิมพ์ และคำแนะนำของเพื่อนเกี่ยวกับการรับประทานกระเทียม ดอกคำฝอย จากการโฆษณาของพนักงานขายตรงเกี่ยวกับอาหารเสริม จากคำแนะนำของเพื่อนบ้านให้รับประทานลูกกระเจี๊ยบ การแนะนำของบุตร ดังรายละเอียดของคำบอกเล่าของผู้ป่วย

กระเทียมสดและกระเทียมอัดเม็ด

“...ฉันทานกระเทียมสดเป็นประจำทุกวัน ตั้งแต่เริ่มรู้ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ปี 33 คนรู้จักกันที่วัดเขาว่าเป็นโรคหัวใจตีบก็แนะนำให้กินกระเทียมสด เขาบอกว่าช่วยลดไขมันโคเลสเตอรอล ฉันก็ทานมาตลอด ทุกวันวันละครึ่งหัว ถ้าทานมากแล้วในปากจะลอกทุกที่.....” (เกษ กันยาชน 2540)

“...นอกจากนี้ก็กินกระเทียมสด ผมกินมาตั้งแต่ก่อนป่วยแล้ว แต่พอมาป่วยก็จะกินมากขึ้น กินทุกวันวันละครึ่งหัว กระเทียมนี้เขาว่าเป็นยา อ่านจากหนังสือเขาบอกว่ารักษาโรคได้ ช่วยลดโคเลสเตอรอล ไม่ให้หลอดเลือดตีบ.....” (นัท มิถุนายน 2540)

“...แล้วก็มีกระเทียมอัดเม็ดของ.....เม็ดละ 12-15 บาท กินวันละเม็ดเช้า-เย็น เพราะกระเทียมมันเป็นยา มันช่วยลดโคเลสเตอรอลได้....” (คำ สิงหาคม 2540)

“...ตอนนี้ก็กินกระเทียมอัดเม็ดด้วย เคยตรวจเช็คเลือดเองกับโรงพยาบาลอื่นที่รู้จักกับพยาบาล พบว่า โคเลสเตอรอลสูงถึง 380 แต่หมอนี่ไม่เห็นให้ความสนใจตรวจเลือดดูเลย เพื่อนที่ทำงานของภรรยาที่แนะนำกระเทียมอัดเม็ดก็เลยซื้อมากินเอง ไม่ได้ให้หมอ.....รู้หรือกแล้วหมอมองว่าเอา กินกระเทียมอัดเม็ดมาได้ 8 เดือนแล้วคิดว่าได้ผลทันที แค่ว่าประมาณเดือนเดียวไปตรวจเลือดดูใหม่ระดับโคเลสเตอรอลลดลง จนตอนนี้ไปเจาะเลือดโคเลสเตอรอลอยู่ในระดับปกติแล้วไม่ถึง 200 ก็คงกินไปเรื่อย ๆ คิดว่าที่อยู่ได้ไม่เจ็บอีกก็ด้วยกระเทียมอัดเม็ดนี้.....” (มล พฤศจิกายน 2540)

สมุนไพรมัน

“...ตั้งแต่เริ่มป่วยลูกสาวคนโตทำการค้าดูทรายอยู่ที่เชียงใหม่ ผู้ใหญ่บ้านที่เขาทำงาน แนะนำว่ามีสมุนไพรมันแก้โรคหัวใจ เขาเคยกินแล้วหายเจ็บอกเหมือนกัน กินแล้วก็หายก็เลยซื้อให้มาต้มกินกันในเดือน (ต้มกินในเวลา 1 เดือน) กินแล้วก็รู้สึกดีขึ้น.....ก็มันไม่ปวดหัวใจ นอนหลับ ถ่ายสะดวก กินอะไรก็ได้ ไม่เป็นอะไรไม่เจ็บอก ผมว่ายาต้มมันช่วยให้ดีขึ้น....” (รอง สิงหาคม 2540)

ดอกคำฝอย

“.....ผมอ่านในหนังสือเจอดอกคำฝอยจะช่วยลดโคเลสเตอรอล ผมก็เลยซื้อมาซงคัม ผมคัมมาตลอด ตั้งแต่เริ่มป่วย มันเป็นของ เล็ก ๆ มีผงอยู่ข้างใน ต้มน้ำซงอย่างซา ซงคัมเกือบทุกวัน วันละ ซอง บางทีก็สองซอง.... “ (นัท มิถุนายน 2540)

เห็ดดองสมุนไพรจีน

“...ตอนหลังนี้อาการผมดีขึ้นนะ.....ผมว่าผมอยู่ได้สบายคือว่าผม ไปกินถึงหลง ซื่อจากเซลแมนไคเร็กเซล เขาบอกว่าเป็นเห็ด สมนุนไพรมาจากเมืองจีน เขาบอกว่าลดไขมันในเลือดได้ทำให้หัวใจ สูดเลือดได้ดีขึ้น ก็รู้สึกมันดีขึ้น ผมกินมาเกือบปีแล้ว กิน วันละก๊ีบ ซัก 30 ซีซี ตอนเช้าทุกวัน.....แล้วก็กินอาหารเสริมมี กาก.....มันช่วยขับถ่ายได้ดี.....ขับสารพิษออกไป ผมก็ว่าเออ มัน เป็นไปได้.....มันช่วยขับสารพิษอย่างพวกไขมัน พวกโคเล สเตอรอล.....” (คำ สิงหาคม 2540)

เห็ดหลินจือและย่านางแดง

“...นอกนี้ก็คัมเห็ดหลินจือ ต้มย่านางแดง คนข้างบ้านเขาแนะนำ มันช่วยทำลายไขมัน ย่านางแดงนี้สมัยก่อนบ้านนอกเอามาต้ม กินเพื่อให้เลือดลมดี มันขับเลือดลม แต่ผมคัมกินไม่ประจำเพราะ เดินทางบ่อยไม่สะดวก.....ผมเดินทางบ่อยบางครั้งควบคุมอาหาร ไม่ได้ ก็ต้องอาศัยพวกอาหารเสริม สมุนไพรมันช่วย.....” (คำ สิงหาคม 2540)

ลูกกระเจี๊ยบ

ผู้ป่วย 1 คน ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนว่าลูกกระเจี๊ยบรักษาโรค หลอดเลือดหัวใจ ได้ ก็จะซื้อมารับประทานดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“...อย่างเพื่อนเขาบอกว่า กระเจี๊ยบที่เป็นหัวเล็ก ๆ มียางนี้ เขาว่า แก้โรคหัวใจได้ก็ซื้อมากิน ซื่อมาที 10 บาทเลย ก็ประมาณเดือน ละครั้ง สองครั้ง...” (พทุ มกราคม 2540)

รักษาด้วยการดื่มน้ำ

ผู้ป่วย 1 คน ใช้วิธีดื่มน้ำมาก ๆ ช่วยให้มีผลดีต่อหัวใจ

“.....ตอนนี้รู้สึกดีขึ้นมากเพราะว่า เริ่มมาดื่มน้ำมาก ๆ ในตอนเช้า ก่อนล้างหน้าแปรงฟันวันละ 5 แก้ว ทำแล้วรู้สึกว่าดีขึ้น ที่ทำอย่างนี้ก็เพราะไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรกับโรคนี้ รักษามาตั้งนานก็ยังไม่ดีขึ้น เลยมาเอาวิธีโบราณเขามาใช้ ทำตามคุณลุงคุณป้า เขาแนะนำมา แต่ก่อนเราทำไม่ได้เพราะหน้าก็ยังไม่ได้ล้าง ปากก็ยังไม่ได้บ้วน เราทำไม่ได้ แต่มาตอนนี้ก็พยายามทำ.....น้ำที่ดื่มก็เป็นน้ำธรรมดาต้มสุกแล้วเก็บไว้ ทามาได้ไม่ถึงเดือน รู้สึกดีขึ้น มาคราวนี้ น้ำหนักลดเหลือ 59 ระบบขับถ่ายดี รู้สึกเบา หัวใจก็ดี.....” (สม ธันวาคม 2540)

คุณนัท และคุณรอง กล่าวว่า ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จะไม่ดื่มน้ำเย็น จะดื่มแต่น้ำธรรมดาหรือน้ำอุ่น โดยเชื่อว่าน้ำเย็นอาจจะมีผลทำให้เลือดแข็งตัวได้ และน้ำเย็นจะทำให้ไอซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บอกและโรคกำเริบ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“...อย่างตอนนี้ผมไม่ดื่มน้ำเย็นเลย น้ำในตู้เย็น น้ำแข็งผมก็ไม่ดื่ม จะดื่มแต่น้ำเปล่าหรือน้ำร้อน ๆ ผมไม่ดื่มตั้งแต่ดื่มน้ำซดดอกคำฝอยแล้ว มันเคยชิน.... มีเพื่อนเขาบอกว่าน้ำเย็นจะทำให้เลือดตรงหัวใจมันแข็งตัวง่าย อุดตันเส้นเลือด จะจริงหรือเปล่านะ... ผมก็ไม่ทานเลย...” (นัท มิถุนายน 2540)

“...ตั้งแต่เป็นโรคนี้ ผมกินน้ำต้มสมุนไพรแล้วจะกินน้ำต้มมาตลอด กินน้ำอุ่นมาตลอด 5-6 เดือนแล้ว ถ้าไม่มีน้ำต้มร้อน ๆ กินน้ำธรรมดา ผมไม่กินน้ำใส่ตู้เย็นหรือน้ำแข็ง จะกินน้ำธรรมดา เพราะกินน้ำเย็นแล้วจะทำให้ไอ... ทำให้โรคกำเริบได้...” (รอง สิงหาคม 2540)

รักษาด้วยไสยศาสตร์

มีผู้ป่วย 1 คน ได้รับคำแนะนำจากพระที่วัดแห่งหนึ่งถึงความวิเศษของหมากคำของหลวงปู่ที่สามารถรักษาโรคหัวใจที่หมอไม่รับรองการรักษาแล้วให้หายได้ ผู้ป่วย

ซึ่งปฏิเสธการเสี่ยงต่อการรักษาด้วยการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ เล่าว่านอกจากจะรักษาด้วยการใช้สมุนไพรกระเทียมสดแล้ว ยังรักษาด้วยวิธีทางไสยศาสตร์อีกด้วย ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“...นอกนี้ก็มียวิธีไสยศาสตร์...นี่ไม่ใช่คุณจะไม่เล่าให้ฟังนะเดี๋ยวจะหาว่าบ้า คนเขาไม่เชื่อว่าจะเป็นไปได้ยังไง ตอนนั้นหมอเคยจะให้ผ่าตัด แต่คิดว่ามันเสี่ยงเกินไปจึงขอไม่ผ่า...เจ้าอาวาสวัด...แนะนำว่าให้เอา หมากคำ ของหลวงปู่...มากินเนื้อเป็นยาวิเศษ เป็นสมุนไพร คนโคราช เป็นโรคหัวใจหมอไม่รับรองแล้ว กิน 3 คำก็หาย ก็เลยไปกราบ หลวงปู่ว่าจะขอบวชชี 1 พรรษา และขอคำหมากหลวงปู่มา...ท่านเลยให้มาเป็นระยะก็แบ่งกินทีละน้อย กินไปเรื่อยๆ หมดก็ไปขอมาใหม่จนครบ 3 คำ อย่างคำสุดท้ายนี้จะจัดไปหน่อย ไม่หอมไม่เหมือนคำก่อน ๆ...ที่อาการดีขึ้นทุกวันนี้คิดว่า เป็นธรรมชาติ โอสถ พุคไปก็เหลือเชื่อ...ก่อนกินหมากคำมันแน่นมากหายใจไม่ลงคิดว่าจะไม่ไหว...” (เกษ กันขายน 2540)

รักษาด้วยวิธีทางศาสนาพุทธ

เนื่องด้วยผู้ป่วยในกลุ่มที่ศึกษาทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และพบว่า มีผู้ป่วย 7 คน บอกว่า ได้ใช้แนวทางการปฏิบัติตามหลักของพระพุทธศาสนาเป็นวิธีการหนึ่งในการบำบัดรักษาด้วยการทำสมาธิ การเอาบุญ การทำใจ ดังรายละเอียดข้อมูลคำบอกเล่าของผู้ป่วย

ทำสมาธิ

ผู้ป่วยได้ใช้วิธีการทำสมาธิเพื่อทำให้จิตใจสงบลดความเครียดจากการกังวลต่อโรค และหลีกเลี่ยงการเกิดความเครียดจากการงานและการปะทะ

“...คนเราไม่มีทางใดมาทำให้เราเป็นสุขได้ นอกจากความสงบ เราต้องทำสมาธิทำใจให้สงบ คนเราไม่มีที่พึ่งทางใจก็จะทุกข์มากขึ้น เจ็บป่วยมากขึ้น ทำใจสงบก็มั่นใจมากขึ้น...คนเราเกิดตายแน่ เราจะเอาอะไรนึกหนา... ถ้าใจสงบแล้ว กายก็ทำให้สบายได้...” (ฉาย สิงหาคม 2540)

“...ทำสมาธิ พุทโธ ๆ ๆ ทำให้ใจเราไม่คิดอะไร ทำให้ตัวสบาย ไม่คิดอะไร ปกติก่อนนอนก็จะทำสมาธิทุกวัน...” (หนู กรกฏาคม 2540)

ทำใจ

คุณนัทได้ใช้การศึกษาคำสอนทางพุทธศาสนาช่วยให้ทำใจเพื่อยอมรับต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และจำกัดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ดังคำบอกเล่า

“...เราต้องทำใจ เพราะว่าหมอบอกว่าโรคเรานี้รักษาไม่หายขาด ต้องควบคุม เพราะว่าเราป่วยแล้วก็ต้องรักษาประคองไม่ให้มันทรุดอีก...อาหารที่ชอบก็ต้องพยายามเลี่ยง ไม่ทานเลย... จะไม่สนใจความอร่อยหรือของชอบอย่างแต่ก่อน...เราต้องทำใจ...ก็ยังมี ความกลัว กังวลเรื่องโรค กลัวตาย เอาหนังสือธรรมะมาอ่าน ช่วยให้สบายใจขึ้น...หนังสือที่ท่านพุทธทาส ท่านปัญญาเขียนไว้ ท่านเขียนไว้ดีอ่านเข้าใจง่าย ทำให้เราทำใจได้ เจ็บป่วยเป็นของธรรมดา ป่วยแล้วก็ต้องรักษา อ่านเข้าใจง่ายดี ลดความกลัว กังวลลงได้ (ตอนนี้) ความกลัว ความกังวล ก็มีบ้าง แต่ไม่ใหญ่โตอะไร คิดว่ามันเป็นแล้วก็ต้องรักษา ต้องรักษาไม่ให้มันเป็นอีก...” (นัท พฤษภาคม 2540)

คุณอิน ใช้วิธีทำใจเพื่อให้ยอมรับต่อการงดอาหารที่ชอบเพื่อควบคุมไม่ให้การเจ็บป่วยกำเริบ

“...แต่ก่อนทำใจยาก ให้งดเนื้อ กินปลา งดไข่ กินผลไม้ แต่ยังทำใจไม่ได้ คนเราเคยกินเปลี่ยนบุบปั๊บเลยมันยาก... ตอนนี้เปลี่ยนการกินอาหาร หลังกลับจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย ก็มากินผักผลไม้ กินปลา ไข่กินแต่ไข่ขาว เปลี่ยนมากินอาหารอย่างนี้ได้ก็ เพราะกลัวว่าตัวเองจะเป็นอีก เป็นแล้วรักษายาก เป็นแล้วหนักไม่รอดก็ไปเลย โอกาสรอดก็น้อย...” (อิน ตุลาคม 2540)

คุณพุทธใช้วิธีทำใจเพื่อระงับไม่ให้อาการเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรง

“...ตอนนั้นแหวนเพชรหาย...เสียใจพูดกับแฟนน้ำตาร่วงเลย... ตอนนั้นมีอาการแน่นหน้าอกทันทีประมาณ 5-6 นาที...พอมีอาการขึ้นก็ทำใจว่าหายแล้วต้องทำใจเดี๋ยวมันจะรุนแรงไปมาก... วันนั้นไม่ได้ดมยา มันก็ไม่ถึงตัวนี้ว่าต้องอม อาการก็ค่อย ๆ หายไป...” (พุทธ สิงหาคม 2540)

การเอาบุญ

ผู้ป่วยใช้วิธีการสร้างบุญ ด้วยเชื่อว่าจะช่วยให้การเจ็บป่วยดีขึ้น เป็นการบำบัดวิธีทางหนึ่ง ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“...ที่เราบวชด้วยหวังจะเอาบุญช่วยให้หนักเป็นเบา ตอนนั้นก็เจ็บอกบ่อยต้องอมยาแล้วนั่งพักอาการก็ดีขึ้น ไม่เคยต้องเข้าโรงพยาบาล หายเจ็บอกก็ทำงานวัดต่อทำเพื่อเอาบุญไม่หยุดถ้าจะตายก็ตายในนี้แหละ...บอกแฟนถ้าจะตายก็ขอให้ตายในชุดแม่ชีตายออกจากห้องผ่าตัดไม่เอา...” (เกษ กันยายน 2540)

“...วันไหนวันพระต้องไปวัด ไปเอาบุญ ถ้าไม่ได้ไปแล้วไม่สบายใจ จะไม่สบายใจ ไปแล้วสบายใจ ใจสงบ ได้ฟังพระเทศพระสอนต่างๆ ไปแต่ฟังแล้วสบายใจ คิดว่าได้บุญ เราสบายใจก็ทำให้โรคเรอดีขึ้น...” (สา ตุลาคม 2540)

“..ภายหลังการเข้ารับจิตสี ผลเส้นเลือดหัวใจตีบไม่รุนแรง ถึงขั้นต้องผ่าตัด ให้การรักษาด้วยการรับประทานยาต่อ ผู้ป่วยรู้สึกดีใจที่อาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงถึงขั้นนั้น แต่ก็ยังไม่สบายใจ... คิดไว้ว่าเข้าพรรษาจะไปบวชถือศีล ซึ่งได้ทำมา 2 ปีแล้ว (2538, 2539) มีมคทายกที่วัดเขานะนำบอกเป็นโรคนี้ ถ้าไปบวชจะเป็นการต่ออายุ ทำให้สบายทั้งจิตใจก็จะดี ช่วยทุเลา บวชปีละ

ครั้ง บวชครั้งละ 2 วัน เวลาบวชก็จะช่วยได้...” (หนู กรกฏาคม 2540)

สรุปสาระสำคัญของการเลือกและจัดการการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ประกอบด้วย รับประทานยาแบบแผนปัจจุบัน ซึ่งผู้ป่วยต้องกินยาเป็นประจำ รับประทานตามนัด เลือกรับการรักษาที่เชื่อว่าดี ในการเลือกการรักษาที่ว่าดีนั้น ผู้ป่วยจะเลือกสถานที่รักษาและเลือกวิธีการรักษา โดยผู้ป่วยจะพิจารณาเลือกวิธีที่จะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตน้อยที่สุด นอกจากนั้น ผู้ป่วยจะรับการรักษาแบบทางเลือกควบคู่กับการรักษาแบบแผนปัจจุบัน การรับการรักษาแบบทางเลือกนั้น ผู้ป่วยอาจใช้วิธีเดียวหรือหลายวิธีควบคู่กัน ไปอีก วิธีการรักษาแบบทางเลือกที่ใช้ได้แก่ การรักษาด้วยสมุนไพรต่าง ๆ การดื่มน้ำ รักษาด้วยไสยศาสตร์ รักษาด้วยวิธีทางพุทธศาสนา ได้แก่ การทำสมาธิ การเอาบุญ การทำใจ เป็นต้น การที่ผู้ป่วยรับการรักษาแบบทางเลือกควบคู่กับรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันเนื่องจากผู้ป่วยมีความเชื่อ ได้รับข้อมูลจากบุคคลที่เคารพนับถือ หรือได้รับข้อมูลจากการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ โดยที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบยังคงให้ความสำคัญกับการรักษาด้วยยาช่วยขยายหลอดเลือดที่ตีบ และรับการรักษาที่จะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตน้อยที่สุด

สร้างพลังใจให้เข้มแข็ง

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่ผู้ป่วยให้ความหมายถึงความรุนแรงและมีการคุกคามต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ประกอบกับเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตหลายอย่าง รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นความชอบและเคยชินให้ได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลายาวนานที่ผู้ป่วยจึงต้องอยู่กับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีความพยายามควบคุมจิตใจของตนให้สามารถมั่นคงในการควบคุมกำกับ การปฏิบัติตัวและดำเนินชีวิต พยายามใจแข็ง สงบ ทำใจให้ว่าง ลดละวาง พอใจกับงาน คิดอุปาย ทำใจ หาวิธีช่วยควบคุมตนเองหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ ไม่ทคดลอง ในการสร้างพลังใจให้เข้มแข็ง ดังกล่าว เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องสร้างขึ้นตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“ผมเลิกบุหรี่โดยคิดอุปาย เอาฝาบาตรพระเล็ก ๆ มาตั้งหน้าพระพุทธรูป แล้วนึกว่าถ้าอยากสูบบุหรี่ก็จะใส่ที่ละบาทลงในบาตรพระ กำลังใจสำคัญ จะแข็งแค่ไหน ก็คิดว่าเราทำอะไรต่อหน้าพระเจ้าเราก็ก้าวบาป เราก็กเล็ก

ได้.....เลิกแล้วไม่สูบบุหรี่อีกเลยอยู่ใกล้ๆ คนสูบบุหรี่จะเหม็นมาก...” (ฉายสิงหาคม 2540)

“อย่างเหล่านี้ผมเลิกเด็ดขาดเลยตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาล ผมบอกเขาผมเป็นโรคนี้นะ ผมไม่ดื่ม เจ้านายเขาก็โอเคผมนั่งดูเฉยๆ ผมนั่งอยู่ด้วยพอห่ม สองห่ม ผมขอตัวกลับเลย อย่างเวลาเดินไปที่ไหนผมจะมีเสบียงเตรียมอาหารไปเอง มีติดรถประจำเป็นพวกปลาแห้ง ปลาข้าง อาหารสำเร็จรูป ผมจะไม่สนใจความอร่อย หรือของชอบอย่างแต่ก่อน เพื่อนๆ ยังเคยพูดแหย่ผมเลยว่าผมปฏิบัติเคร่งยิ่งกว่าพระเสียอีก จะไม่สนใจความอร่อย และไม่คิดจะลองรับประทานอาหารที่ต้องห้าม เพราะกลัวว่าถ้าลองครั้งหนึ่งแล้วก็จะมีการซ้ำๆ ไปอีก” (นัท กัญชายน 2540)

“ซึ่งแต่ก่อนนั้นชอบอาหารมันๆ อย่างเช่น หมูย่าง ขาหมู หมูหัน ตอนนี้งินแต่ปลา และคิดว่าจะกินอย่างนี้ต่อไป อาการจะดีขึ้นก็ต้องกินต่อไป เพราะว่าอาการมันอาจจะเกิดขึ้นได้อีก อาหารประเภทนี้ชอบ แต่ก็ต้องพยายามเลี่ยงไมทาน เราต้องทำใจ เพราะว่าหมอบอกว่าโรครานี้รักษาไม่หายขาด ต้องควบคุมเพราะว่าเราป่วยแล้วก็ต้องรักษาประคองไม่ให้มันทรุดอีก” (นัท กัญชายน 2540)

“ตอนนี้ก็ยังหอม (บุหรี) เพื่อนๆ เขาเอาบุหรีมาให้สูบกี่อามาแคะดมๆ ก็ยังหอมแล้วส่งคืนเขาบอกได้แล้ว ดมแล้วเราไม่สูบบุหรี่แม้ว่ายังหอมเพราะเรามีโรค หมอบอกว่าต้องห้ามสูบบุหรี่เด็ดขาด เราจึงต้อง 1) ใจแข็ง 2) เราเป็นโรค นี้นะ 3) อายุมากแล้ว”

ปรับเปลี่ยนแผนชีวิต

ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ในระหว่างการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ถึงการต้องปรับเปลี่ยนแผนชีวิตจากการดำเนินชีวิตปกติของผู้ป่วยหลายอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การปฏิบัติตัวที่ทำเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ การปรับการทำงาน ปรับลดความเครียด ปรับการบริโภค ปรับการออกกำลังกาย ปรับการมีเพศสัมพันธ์ และปรับการเข้าร่วมสังคม การปรับเปลี่ยนแผนชีวิตของผู้ป่วย

กระทำได้โดยการรับรู้ต่อโรค โดยคำแนะนำของแพทย์ ความเกรงใจ การคิดอุบายในการเลิกสูบบุหรี่ โดยความเชื่อมั่นและสร้างพลังใจให้เข้มแข็ง

เลิกสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และเป็นสาเหตุที่ทำให้การเจ็บป่วยกำเริบ ดังนั้นผู้ป่วยทุกคนที่สูบบุหรี่ แพทย์ก็จะแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล และเนื่องจากข้อปฏิบัติของโรงพยาบาลได้ห้ามผู้ป่วยสูบบุหรี่อยู่แล้ว ดังนั้นในขณะที่รักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยก็จะหยุดสูบบุหรี่ ซึ่งผู้ป่วยบางคนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ตั้งแต่เลิกสูบบุหรี่โดยให้เหตุผลว่า กลัวการเจ็บป่วยกำเริบ ผู้ป่วยบางคนเมื่อหมอห้ามก็มีความเกรงกลัวว่าหมอจะไม่พอใจถ้ากลับไปสูบบุหรี่ ดังตัวอย่างข้อมูลจากกรณีศึกษา

“...แต่ก่อนผมสูบบุหรี่ 1-2 ของต่อวัน ผมเลิกตั้งแต่ครั้งแรกที่ป่วย หมอบอกอันตราย จะทำให้ป่วยได้อีก หมอให้เลิกผมก็เลิกได้ ไม่เคยลองอีก ถ้าคนสูบบุหรี่มานั่งใกล้ ๆ ตอนที่ไม้อาเลย เหม็นมาก...” (ผิวกรรกฏาคม 2540)

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ทันที แต่ยังเห็นความสำคัญของปัญหาการสูบบุหรี่ที่มีต่อโรคหัวใจ ได้คิดอุบายในการเลิกสูบบุหรี่โดยยึดเอาความเคารพเชื่อถือนต่อศาสนาเป็นสิ่งชี้แนะแนวทางการปฏิบัติ ดังตัวอย่างกรณีศึกษา

“...แต่ก่อนคิมสุรา สูบบุหรี่มาก 2 ของต่อวัน พอป่วยหมอบอกให้เลิกไม่เช่นนั้นอาจตายได้ ผมก็ทำตาม... ผมคิดว่าคนเราคิดแล้วเลิกยาก ผมเลิกบุหรี่โดยคิดอุบาย เอาฝาบาตรพระเล็ก ๆ มาตั้งหน้าพระพุทธรูป แล้วนึกว่าถ้าอยากจะสูบก็น่าจะใส่ที่ละบาทลงในบาตรพระ กำลังใจเราสำคัญจะแข็งแค่ไหน ก็คิดว่าเราทำอะไรต่อหน้าพระเราก็กลัวบาป เราก็กินได้... เลิกแล้วไม่สูบบุหรี่เลย อยู่ใกล้ ๆ คนสูบแล้วจะเหม็นมาก...” (ฉายสิงหาคม 2540)

ปรับการทำงาน

การกำเริบของการเจ็บป่วยและความทนต่อการทำงานลดลง ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ในระยะสั้น ๆ ทำให้ผู้ป่วยปรับลดความต้องการในความก้าวหน้าของหน้าที่การงานลง และผู้ป่วยบางคนได้ขอข่างานที่ต้องทำแล้วเหนื่อย เป็นปัญหาต่อการเจ็บป่วย และยอมรับต่อข้อจำกัดอาการเจ็บป่วย โดยจะบอกข้อจำกัดของตนเองกับผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับความร่วมมืออย่างดีจากหน่วยงาน

“...ผมก็ไม่ได้หวังก้าวหน้าสูง ๆ กว่านี้อีก พอใจกับหน้าที่และงานที่มีอยู่ขณะนี้ เพราะว่าตอนป่วยหนักอยู่ใน ไอซียู 2 ครั้ง (ตอนป่วยหนักครั้งแรก และทำบอลดูลน) มาคิดว่าเราจะตายแล้ว เอาอะไรไปไม่ได้ จึงไม่คิดอะไร ปกติก็ทำงานตามหน้าที่เต็มความสามารถอยู่แล้ว ผมบอกเจ้านายว่าผมเป็นโรคนี้ ตำแหน่งที่ต้องคอยต้อนรับใครนั่น ผมไม่รับ พอใจอย่างนี้ ตอนป่วยอยู่ที่แพร์ก็บอกเจ้านายว่ามีการย้ายก็จะขอกลับมาอยู่ทางอีสาน ใกล้ ๆ กับโรงพยาบาล พอถึงช่วงการย้ายเจ้านายก็ย้ายให้... งานหนักต่าง ๆ จะไม่ทำเลย อย่างในบ้านที่ต้องยกของหนัก ๆ นี้ไม่ทำเลย เคยแล้วมันไม่คุ้มกันต้องพัก 2-3 วันจึงจะดีเป็นปกติ มันเหนื่อย เพลีย ๆ อยู่หลายวัน...” (นัท มิถุนายน 2540)

“...อย่างเพื่อนได้เลื่อนขั้นเราไม่ได้ เพราะว่าเราลาป่วยมากไม่ได้ขึ้น ก็ทำใจได้เราลาป่วย จะได้บรรจุขึ้นก็ไม่ได้ เราจะโหมงานก็ไม่ได้ งานที่ทำเดิมเป็นงานฝ่ายสื่อสาร ต้องฉายหนัง วิดีโอให้ชาวบ้าน ของต่าง ๆ ก็ต้องช่วยลูกน้องยกด้วย บางครั้งต้องสังสรรค์กับชาวบ้าน...ตอนนี้ไปช่วยราชการที่กอรมน เป็นหัวหน้าสั่งงาน งานก็คล้ายเครียดลงได้ เป็นงานมवलชนบางครั้งมีร้องรำทำเพลง เล่นดนตรี ไม่เครียด แต่ก่อนงานเครียดงานเราก้ทำได้สบายใจ...” (อิน มิถุนายน 2540)

ปรับลดความเครียด

ความเครียดเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การเจ็บป่วยกำเริบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบ เอ จึงทำให้เครียดง่ายและเป็นสาเหตุของการกำเริบได้บ่อย ๆ ผู้ป่วยก็หาแนวทางในการลดความเครียดของตน นอกจากนี้การเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือด

เลือดหัวใจตีบก็ได้สร้างความรู้สึกลัวและกังวลต่อการเจ็บป่วยให้กับผู้ป่วยด้วยเกรงว่าจะเสียชีวิตได้ง่าย ผู้ป่วยยังมีความเครียดจากปัญหาต่าง ๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรค ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีวิธีในการลดความเครียดของตน ซึ่งวิธีลดความเครียดที่ผู้ป่วยส่วนมากเลือกปฏิบัติคือการใช้แนวทางปฏิบัติของพระพุทธศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ “ทำใจให้สงบ” ใช้ธรรมชาติของความทุกข์ ดังตัวอย่างกรณีศึกษา ดังนี้

“...คิดไปว่าเป็นเพราะผลบุญผลกรรมของเรา เราก็ปลงได้ ใช้หลักกรรมฐาน เราต้องรู้จักร่างกายเรา สภาพร่างกายเรา... เราไม่มีทางทำให้เราเป็นสุขได้นอกจากความสงบ ถ้าไม่ใช้ธรรมชาติคนเราไม่มีที่พึ่งทางใจก็จะทุกข์มากขึ้น เจ็บป่วยมากขึ้น ใจสงบแล้วก็มั่นใจขึ้น... คนเราเกิดแล้วตายแน่ เราจะเอาอะไรหนักหนา... อันดับแรกใจสบายแล้ว กายก็ทำให้สบายได้.....ปกติเป็นคนจริงจังกับงาน ซีเรียส จะวิตกกังวลกับงาน บางครั้งคิดมาก นอนไม่ค่อยหลับ ชอบเก็บเอามาคิด คิดทำไปแล้วก็ยังไม่แน่ใจ... ตอนนี่ก็ต้องพยายามลด...ละ...วาง ก็พอใจกับหน้าที่การงาน ถ้าตำแหน่งสูงกว่านี้ก็ต้องย้ายไปอยู่ไกล หมอก็ไม่มี เราต้องหวังสุขภาพจะแยกกว่านี้...” (นาย กุมภพันธ์ 2540)

“...รู้สึกเฉย ๆ ไม่เครียด ทำใจให้ว่างถือคำสอนของท่านพุทธทาส ทำใจให้ว่าง ช่วยลดเครียดได้ อย่างงานสอนคุณนักเรียน ฝึกงานในซ็อบ บางครั้งจะเครียดเด็กวัยรุ่นคุมยาก ผมก็จะเดินหนีไปสงบจิตใจ หรือบางครั้งก็ไม่ถือเป็นเรื่องไม่ทำให้เครียด เครียดแล้วจะเจ็บได้อีก คิดเสียว่า เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นของธรรมดา ไม่ต้องกังวล...” (มล สิงหาคม 2540)

บริการบริโภค

การควบคุมอาหารเป็นการปฏิบัติตัวสำคัญที่ผู้ป่วยส่วนมากจะปฏิบัติได้ยากจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการเลือกประเภทอาหาร เช่น อาหารที่ไม่มีไขมัน และโคเลสเตอรอลสูง ส่วนมากผู้ป่วยจำกัดปริมาณการบริโภคอาหารได้ยาก แต่การเลือกประเภทของอาหารส่วนมากผู้ป่วยควบคุมได้เพราะโดยธรรมชาติของการบริโภคอาหารของชาวอีสานจะไม่นิยมบริโภคอาหารปรุงด้วยไขมัน กะทิ และนิยมบริโภคปลา ดังนั้นชนิดของอาหารจึงไม่เป็นอุปสรรคต่อการบริการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วย แต่จะมี

ปัญหาที่ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารในปริมาณมากทำให้อ้วน มีน้ำหนักเกินมาตรฐานสากล แต่ในความคิดเห็นของผู้ป่วยการควบคุมอาหารเป็นเรื่องยาก อีกทั้งเนื่องจากการทำกิจกรรมต่าง ๆ จะทำให้เหนื่อยง่าย รวมทั้งการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก ผู้ป่วยก็จะปฏิบัติได้อย่างจำกัด จึงทำให้น้ำหนักเกิน และยังคงเป็นปัญหาต่อผู้ป่วย ดังตัวอย่างข้อมูลกรณีศึกษา

“...ก็ระวังอาหารพวกโคเรสเตอรอลสูงอย่างหอยแครง ปลาหมึก หอยไม่ทานเลย ทั้ง ๆ ที่ชอบไขมันก็ไม่ทาน ถ้าเวลาทานคนในบ้านจะคอยเตือน คอยบอก... จะทานพวกปลา ไข่ขาว หมูบ้าง น้ำพริกบ้าง... แต่ก่อนอย่างเข้าสังคม เหล้าก็มีประรายเมื่อมีงานก็ถือจิบแก้วหนึ่งตลอดงาน ยังเลิกไม่ได้ใจเรายังอ่อนไหว แต่เคยอ่านในหนังสือพิมพ์เขาว่ากินเหล้า-ไวน์ นิด ๆ หน่อย ๆ เป็นการกระตุ้นหัวใจได้ ก็คิดว่าไม่น่ามีอันตรายอะไร...” (ฉาย กุมภาพันธุ์ 2540)

“...ตอนนี้ผมไม่ทานปลาหมึก เนื้อหมู เพราะว่าปลาหมึกมีโคเลสเตอรอลสูง ผมอ่านจากหนังสือ เขาห้ามคนเป็นโรคหัวใจดิบ แต่ก่อนผมชอบมาก ครั้ง ถึง 1 กิโล ซ้อมทานประจำ แต่ตอนนี้นาน ๆ ทีก็กินบ้าง 1-2 ชิ้น อาหารหลักทั่วไปจะเป็นปลา เอมมาดัม หนึ่ง ตอนกลางวันก็จะกิน ก๋วยเตี๋ยว ลูกชิ้นปลา...” (สัช มกราคม 2541)

“...ของหวานนี้ ผมอดไม่ได้ ผมชอบ ที่ทำงานตอนเย็นจะมีขนมให้เพียงเลย ช่วงทุเรียนข้าวเหนียวมะม่วง ผมทานจนไม่สนใจอะไร เต็มที่เลย อาหารนี้คิดว่าไม่ได้เข้มนวดอะไร เพราะคิดว่าเรปกติ มันไม่แสดงอาการว่า กินแบบนี้แล้วจะแสดงอาการทำให้เราไม่สบายเหมือนแต่ก่อน นอกจากกินมาก ๆ จะแน่นหน้าอกเท่านั้น แล้วก็ทำให้อ้วน แต่ก่อนเคยคุมน้ำหนักได้ 70 กิโล แต่ตอนนี้ 74 ที่ทำไม่ได้ก็เพราะตอนนี้มีทุเรียน มะม่วง ผมโปรดเรื่องอาหารเลยไม่พิถีพิถันอะไร แต่หมดช่วงทุเรียนอาจจะคุมน้ำหนักได้ (ผลไม่อย่างอื่นผมไม่ชอบ) อ้วนนี้ก็ยังคงกลัวอยู่เพราะว่าจะเป็นสาเหตุทำให้ไขมันอุดตันได้...” (ผิว ตุลาคม 2540)

ปรับออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นคำแนะนำการปฏิบัติตัวอย่างหนึ่งที่ได้รับเมื่อมาติดตามการรักษา แต่การออกกำลังกายยังคงเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อผู้ป่วยที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน อีกทั้งการออกกำลังกายยังมีข้อจำกัดสำหรับผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยบางคนออกกำลังกายแล้ว เกิดอาการเหนื่อยง่าย ผู้ป่วยจึงมีความเกรงจะเจ็บป่วยซ้ำ ดังนั้นผู้ป่วยจะมีแนวทางในการออกกำลังกายตามความเชื่อ เพราะคิดว่าปลอดภัยกับตัวผู้ป่วย

ผู้ป่วยส่วนมากที่ยังไม่สามารถออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เนื่องด้วยความไม่รู้และยังไม่คิดว่าการออกกำลังมีความสำคัญต่อการป้องกันและลดความเจ็บป่วย หรือคิดว่ามีวิธีอื่นทดแทนได้ แต่ผู้ป่วยที่เห็นความสำคัญต่อการเลี่ยงต่อการเสียชีวิตก็จะปฏิบัติในทุกวิถีทางรวมทั้งการออกกำลังกายด้วย ดังตัวอย่างข้อมูลกรณีศึกษา

“...แต่ก่อนที่ทำได้ยากเราบังคับจิตใจตัวเองไม่ได้ เราเหนื่อยหน่ายและก็มีก็เกียจ แต่มาคิดว่าโรคเรานี้จะทำอย่างไร เราต้องออกกำลังกายแล้ว อายุมากแล้ว ก็เห็นเพื่อนตายไปทีละคน 2 คน เราเป็นโรคนี้เราต้องออกกำลังกายก็เลยมาสนใจออกกำลัง ทำมาได้ 5-6 เดือนแล้ว...” (ฉาย มิถุนายน 2540)

“...จะออกกำลังกายประจำโดยตื่นเช้ามาเราก็เดิน เดินวันละ 500 ก้าว นับไป เดินกลับไปกลับมา เดินได้ 500 ก้าวนี่พอดีเป็นช่วงจังหวะกำลังพอดี แต่ถ้าว่าเหมาะก็จะประมาณ 700-800 ก้าว ทำแค่นี้พอดีเพราะว่าเกี่ยวกับหัวใจเราดี เราไม่เหนื่อย อย่างในหนังสือเขาบอกให้ออกกำลังกาย 30 นาที แต่เราไม่เปลี่ยนก็คิดว่าพอดีแล้ว...” (พิท มกราคม 2540)

ปรับการมีเพศสัมพันธ์

จากข้อจำกัดของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ผู้ป่วยจะทนต่อการออกกำลังกายได้น้อย จะเหนื่อยง่าย และการกำเริบของโรคจะกลับมารุนแรงได้อีก ดังนั้นการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจึงเป็นเรื่องที่สร้างความกังวลต่อผู้ป่วยและคู่สมรส และอยู่ในภาวะที่ยอมรับต่อข้อจำกัดของการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่จะมีสาเหตุจากการไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องจากบุคลากร เกรงใจไม่กล้าถาม

“...ก่อนป่วยก็ชอบเที่ยวสังสรรค์กับเพื่อน กินเหล้า สูบบุหรี่ เที่ยวผู้หญิง ครบเลย... หลังจากเป็นแล้วผมไม่ไปยุ่งกับผู้หญิงเลย อยู่ธรรมดา... ภรรยา เขายอมรับไม่เคี้ยวเข็น เลย จะทำอะไรหรือไม่ทำ... ช่วงนี้.. อยู่ในความ สนุกความม่วนซื่นก็ลดไปอยากอยู่เฉย ๆ... พุดก็พุดเถอะ ถ้าต้องการบ้าง ก็มีเดือนประมาณ 2-3 ครั้งก็มีบ้าง มีเพศสัมพันธ์ก็ไม่มีอาการอะไร ปกติ ดี...” (พิท มกราคม 2540)

“...นี่ขอโทษนะ.. ขนาดนอนกับแฟนนี่ผมยังเลิก ผมกลัวหัวใจ... เพราะ เราเป็นโรคหัวใจก็แสดงว่าเราไม่พร้อม เกิดมันหลังอะไรออกมาและวาย ไปละ... บางทีคนเรามีอายุขนาดนี้ไม่ต้องการแล้ว แต่เวลานอนใกล้ ๆ กัน คลุกคลีกัน นอนกอดกัน...ก็มีความสุขขึ้นได้... แต่ผมก็เลิกกลัวหัวใจจะ วาย... ภรรยาเขาเข้าใจก็เฉย ๆ...” (พุธ ธันวาคม 2540)

“...เวลานอนกับสามี สามีเขาเข้าใจเราเป็นโรคนี้ก็กลัวจะเป็นอะไร กลัว อันตราย เคยถามเขาต้องการอะไรไหม เขาบอกไม่ต้องการอยากนอนเฉย ๆ เคี้ยวนี้ไม่ค่อยได้นอนกับแฟน เขาจะไปทำไร่กลับมามีอาชีพละครั้ง แล้วปกติ ตั้งแต่ก่อนป่วยทุกวันพระ แฟนเขาจะไปถือศีล 8 ที่วัดตลอด... แฟนเขาก็เฉย ๆ ไม่เรียกร้องอะไร...” (หนู มกราคม 2540)

ผู้ป่วยบางคนจะแสวงหาความรู้และพิจารณาเลือกช่วงเวลาการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมโดยวิเคราะห์ด้วยตัวเองและพิจารณาเห็นว่าช่วงเวลานั้น ๆ เป็นช่วงเวลาที่ปลอดภัยต่อการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย และหาแนวทางป้องกันให้การมีเพศสัมพันธ์เกิดขึ้นอย่างปลอดภัยที่สุด

“...การมีเพศสัมพันธ์ที่มีความกังวลอยู่บ้าง ไม่แน่ใจว่าถ้ามีแล้วจะปลอดภัยหรือเปล่า กลัวหัวใจจะวายอย่างที่เคยมิข่าว...การนอนด้วยกันมันก็มี อารมณ์บ้าง จะห้ามเลยมันก็ไม่ได้ แต่จะเลือกเวลาตอนเช้า เพราะสังเกต ว่าตอนเช้าตื่นมาแล้วจะสดชื่น สบายดี จึงคิดว่าน่าจะเป็นเวลาเช้า... ถ้า รู้สึกเหนื่อยก็จะอมยา เม็ดเดียวก็หาย ไม่เคยมีอาการรุนแรง แต่ก่อนผม กังวลแต่พอมาได้อ่านหนังสือที่เขาบอกว่าการมีเพศสัมพันธ์ เป็นการ

ออกกำลังกายอย่างหนึ่งก็คิดว่าน่าจะจริง ก็ลดความกังวลบ้าง... (นัท มิถุนายน 2540)

“...ตอนนี้การนอนกับภรรยาที่ยังมีกังวลอยู่บ้าง จะให้เหมือนคนธรรมดา คงไม่ได้ บางครั้งก็ต้องมีการผ่อนคลายบ้าง เก็บกดมันไม่ได้ ภรรยาเขา เข้าใจ หมอก็บอกว่ามีได้แต่อย่ารีบร้อนอย่าหักโหม ให้คอยระวังมีอาการอะไรไม่ดีก็ให้ออกมา ก็มีบ้างนาน ๆ ครั้งออกมา ส่วนใหญ่ผมจะมีในช่วงเช้า เพราะว่าถ้าเราเป็นอะไรกระทันหันจะได้เรียกใครเขาได้ ผมบอกตรง ๆ มีตามธรรมชาติเดือนหนึ่ง 2-3 ครั้ง มันนอนอยู่ด้วยกันก็มีชีวิตชีวาเหมือนคนธรรมดา...” (อิน มิถุนายน 2540)

ปรับการเข้าร่วมในสังคม

ผู้ป่วยที่โดยปกติจะมีกิจกรรมเข้าร่วมในสังคมเป็นประจำแต่จากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยง่ายจึงไม่สามารถเข้าร่วมสังคมได้ตามปกติ ผู้ป่วยจึงมีแนวทางในการจัดปรับการเข้าร่วมในสังคมในลักษณะต่าง ๆ

การเข้าร่วมกลุ่มแต่ไม่ดื่มและเลือกรับประทานอาหาร ผู้ป่วยที่ยังต้องการเป็นส่วนหนึ่งของหมู่เพื่อน ไม่รู้สึกรว่าถูกทอดทิ้งก็จะเข้าร่วมกลุ่มด้วยแต่ปฏิเสธการดื่มสุรา และสูบบุหรี่ เลือกรับประทานอาหารประเภทปลาที่ทานได้

ผู้ป่วยหลายคนที่ปฏิเสธการเข้าสังสรรค์ในงานต่าง ๆ จะเลือกแต่เฉพาะที่จำเป็นและในช่วงเวลานั้น ๆ และกลับพักผ่อนที่บ้าน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะสะท้อนความคิดว่าเคยเที่ยวมากแล้ว และยอมรับว่าการปฏิบัติในการร่วมกลุ่มที่ผ่านมาเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย และเคยสนุกมาพอแล้วจึงขอหยุด การสังสรรค์และใช้เวลาที่มีอยู่กับครอบครัวและงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ เป็นต้น

“...อย่างเหล่านี้ผมเลิกเค็ดขาดเลยตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลแล้ว เวลาสังสรรค์กับเพื่อนเล็ก ๆ น้อย ๆ ไม่ดื่มบ้างเลย ไม่เลย ผมบอกเขาว่าผมเป็นโรคนี้ละ ผมไม่ดื่ม เจ้านายเขาก็โอเค ผมนั่งดูเฉย ๆ ผมนั่งอยู่ด้วยพอห่ม สองห่ม ผมขอตัวกลับเลย นาย เพื่อนเขาเข้าใจเราเป็นโรคนี้...” (นัท พฤษภาคม 2540)

การแสวงหาความรู้

การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบกระทำอยู่ตลอดเวลาของการเจ็บป่วย การแสวงหาความรู้ของผู้ป่วยนั้นมักจะมาจากข้อมูลจากการเผยแพร่ เช่น หนังสือพิมพ์ รายการโทรทัศน์ หนังสือเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคนี้ เอกสารที่ติดไว้ที่บอร์ด แผ่นพับ และถามจากแพทย์เป็นส่วนน้อย การแสวงหาความรู้ของผู้ป่วยขึ้นกับการเผยแพร่เอกสารความรู้จากสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ค่อนข้างมาก แต่การแสวงหาความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลนั้นไม่ค่อยชัดเจน ดังจะเห็นจากรายละเอียดคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“.....ผมอ่านในหนังสือพิมพ์ เขาบอกว่าคนเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบต้องกินอาหารอย่างนี้ อย่างนี้ ถ้ามีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจผมจะตัดเอาไว้เก็บใส่แฟ้มว่าง ๆ ก็เอามาอ่าน.....บางทีก็อ่านจากที่เขาจัดบอร์ดความรู้.....ส่วนใหญ่ความรู้ที่ได้รับจะมาจากการอ่านในหนังสือเอง มีบางจากการจัดบอร์ดและที่หมอให้.....” (ภูมิ กุมภพันธ์ 2540)

“.....เหล่า เบียร์ นูหรี ผมเลิกเด็ดขาด อาหารมัน ๆ ที่เคยชอบก็งดไม่เสี่ยงกินอีก.....ผมอ่านจากในหนังสือที่เขามีขายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของคนเป็นโรคหัวใจ ผมจะซื้อเอาไว้อ่าน บางทีเพื่อนเจอก็ซื้อมาให้เขาบอกว่าอาหารทะเลชนิดมีกระดอง มีโคเลสเตอรอลสูง ให้งด แต่ให้กินปลาดีมีประโยชน์.....ถ้าผมสงสัยว่าจะทานอะไรได้หรือไม่ก็จะมาถามหมอก่อนอย่างจะเล่นบาสได้ไหมผมชอบก็จะถามก่อน หรือสงสัยอะไรผมจะถามหมอ.....ผมสังเกตคนไข้ที่ว่าเป็นชาวบ้านไม่ค่อยถามหมอก่อนก็ไม่เกิน 5 นาที ไม่เห็นถามอะไรหมอก่อน.....” (ภูมิ กุมภพันธ์ 2540)

“...ผมอ่านในหนังสือเจอ เขาบอกว่าดอกคำฝอยจะช่วยลดโคเลสเตอรอล ผมก็เลยซื้อมาชงดื่ม ผมดื่มมาตลอด มันจะเป็นของเล็ก ๆ มีผงอยู่ข้างใน ดื่มน้ำชงอย่างชา ผมมีติดบ้านตลอด ชงดื่มเกือบทุกวัน วันละชงบางทีก็ 2 ชง นอกจากนี้ผมกินกระเทียมสด ผมกินมาตั้งแต่ก่อนป่วยแล้ว แต่พอมาป่วยนี้จะกินมากขึ้น กินทุกวัน วันละครึ่งหัว กระเทียมนี้เขาว่าเป็นยา ผมอ่านจาก

หนังสือเขาบอกว่ารักษาโรคได้ ช่วยลดโคเลสเตอรอลด้วยไม่ให้หลอดเลือดตีบ” (นัท พฤษภาคม 2540)

“...ผมชอบอ่านตามที่เขาจัดบอร์ดได้ความรู้ดี บางทีก็เป็นแผ่นพับที่ทางโรงพยาบาลแจกให้ ในหนังสือพิมพ์ก็มี ผมอ่านเจอก็ตัดเก็บเอาใส่แฟ้มไว้ วาง ๆ ก็เอามาอ่านที บางทีก็ในโทรทัศน์ รายการของหมอ...มีหลายเรื่องผมติดตามให้ความรู้ดี โรคหัวใจก็มีบ่อย...อย่างเขาแนะนำอาหารไขมัน ผมก็พยายามทำแต่ก็ยังห้ามไม่ค่อยได้...” (ฉาย กุมภาพันธ์ 2540)

“...ผมเองก็รู้งู ๆ ปลา ๆ มาจากเอกสารที่โรงพยาบาลแจกบ้าง อย่างไข่นี้ก็อย่าให้มีไข่แดง ไม่กินมันหมู ผมจึงตัดออกหมดไม่เอาไข่เลย แล้วอย่างเปรี้ยวจัดเค็มจัดนี้ต้องงด เนื้อนี้ไม่ทานเลย เนื้อสัตว์ก็จะกินแต่หมู ไม่เอามันแล้วก็มีปลาทอด ย่าง” (คำ สิงหาคม 2540)

สรุปสาระสำคัญของประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยในการศึกษานี้ ประกอบด้วย แนวเรื่องที่มีสาระสำคัญ 3 ประการ คือ 1) การเผชิญอาการเฉียบพลัน ที่มีอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นได้ทันทีทันใด ไม่เลือกกาลเวลาและสถานที่ มีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงและทรมาน เจ็บแน่นหน้าอกเหมือนใจจะขาด รุนแรงมากขึ้นและช่วยตัวเองไม่ได้ กลัวตายคนเดียวและกลัวไม่มีคนรู้ไม่มีคนช่วย 2) รีบจัดการให้ชีวิตรอด เข้าโรงพยาบาลโดยด่วน ต้องเลือกโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด และรับรักษาทันทีและมีผู้เฝ้าดูอาการใกล้ชิด เพื่อรับบริการรักษาให้มีชีวิตรอดปลอดภัย และ 3) ประคับประคองให้ชีวิตอยู่ได้ ได้แก่ การเลือกรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สร้างพลังใจให้เข้มแข็ง ปรับแบบแผนชีวิตและการแสวงหาความรู้

ส่วนที่ 3 แบบแผนประสบการณ์การเจ็บป่วย การจัดการต่อการเจ็บป่วยและปัจจัย เงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนประสบการณ์การเจ็บป่วย การจัดการต่อการเจ็บป่วย

จากประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายประสบการณ์การเจ็บป่วยได้ เช่น แบบแผนประสบการณ์การเจ็บป่วยและการจัดการต่อการเจ็บป่วยในลักษณะเป็นวงจรการเรียนรู้ที่มีความต่อเนื่อง โดยเริ่มต้นตั้งแต่การเรียนรู้จากประสบการณ์การเจ็บป่วยครั้งแรก และการเรียนรู้ต่อเนื่องในประสบการณ์การเจ็บป่วยที่กำเริบครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งต่อไป โดยมีผลสุดท้ายของแต่ละวงจรในสองลักษณะ คือ โรคสงบ นั่นคือผู้ป่วยควบคุมการเจ็บป่วยได้ และโรคกำเริบ ก็คือผู้ป่วยควบคุมการเจ็บป่วยไม่ได้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2 ในแต่ละวงจรของประสบการณ์การเจ็บป่วยประกอบด้วยสาระสำคัญของประสบการณ์การเจ็บป่วยได้แก่ การเผชิญอาการเฉียบพลัน เป็นการเผชิญกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นทันทีทันใดไม่เลือกกาลเวลาและสถานที่ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงทรมาน กลัวตายคนเดียว กลัวไม่มีคนรู้ ไม่คนช่วย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องรีบรักษาชีวิตโดย รีบจัดการให้ชีวิตรอดด้วยการเข้าโรงพยาบาลโดยด่วน รีบรักษาทันทีและมีผู้เฝ้าดูแลใกล้ชิด เพื่อลดความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยจึงมีวิธีการจัดการต่อการเจ็บป่วย ประคับประคองให้ชีวิตอยู่ได้ โดยเลือกรับและจัดการรักษาอย่างต่อเนื่อง สร้างพลังใจให้เข้มแข็ง ปรับแบบแผนชีวิตและแสวงหาความรู้

ในวงจรประสบการณ์การเจ็บป่วยแต่ละวงจรมานั้น ผู้ป่วยแต่ละคนจะประสบกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยตนเองที่แตกต่างกัน ประกอบกับมีปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดการต่อการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลายประการ ทั้งปัจจัยจากตัวผู้ป่วยและปัจจัยจากภายนอก จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ต่อเหตุการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา ในขณะที่มีการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ได้แก่ การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับรู้ต่อโรค และการจัดการต่อการเจ็บป่วย พบว่า ในแบบแผนประสบการณ์การเจ็บป่วย และการจัดการต่อการเจ็บป่วย ผู้ป่วยรับรู้ต่อโรค 2 แบบ แบบที่ 1 รับรู้ว่าเป็นโรครุนแรงรักษาไม่หาย ต้องรักษาตลอดชีวิตและยอมรับการเป็นโรค แบบที่ 2 เป็นการรับรู้โรคในลักษณะไม่แน่ใจต่อการเป็นโรค ไม่ยอมรับโรค ไม่เชื่อว่ารักษาหายเป็นปกติ

แบบที่ 1 รับรู้ว่าเป็นโรครุนแรงรักษาไม่หาย ต้องรักษาตลอดชีวิตและยอมรับการเป็นโรค เป็นการรับรู้และการใช้ความคิดของแต่ละบุคคลที่มาจากประสบการณ์การเจ็บป่วย ความคิดในลักษณะดังกล่าวจะเป็นตัวกำหนดให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการจัดการต่อการเจ็บป่วย เพื่อควบคุมโรคไม่ให้กำเริบด้วยการเลือกรับและจัดการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยรับการรักษาแบบแผนปัจจุบัน รับการรักษาแบบทางเลือก ในลักษณะการรักษาแบบปัจจุบันนั้น ผู้ป่วยต้องกินยาเป็นประจำ มารับการรักษาตามนัด และเลือกรับการรักษาที่เชื่อว่าดี สร้างพลังใจให้เข้มแข็ง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตได้อย่างต่อเนื่องโดยพยายามใจแข็ง สงบ ทำใจให้ว่าง อดละวาง คิด อุบาย พยายามทำงาน และทำใจ ปรับแบบแผนชีวิต เป็นการปรับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคโดยเลิกสูบบุหรี่ ปรับการทำงาน ปรับลดความเครียด ปรับการบริโภคอาหาร ปรับการออกกำลังกาย ปรับการมีเพศสัมพันธ์ และปรับการเข้าร่วมในสังคม เป็นการกระทำที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ การแสวงหาความรู้ การคิดอุบาย รวมทั้งการสร้างพลังใจให้เข้มแข็ง การแสวงหาความรู้ เป็นการหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคจากหนังสือพิมพ์ การดูโทรทัศน์ ซีดีหนังสือเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว อ่านความรู้จากบอร์ด จากแผ่นพับ และการสอบถามจากแพทย์ ซึ่งการจัดการต่อการเจ็บป่วยดังกล่าว จะสามารถควบคุมโรคได้นั้น ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยเงื่อนไขที่เป็นการส่งเสริมการจัดการต่อการเจ็บป่วย เช่น มีแหล่งประโยชน์และสนับสนุนการรักษา ได้รับการดูแลเอาใจใส่ในการเตรียมอาหารจากญาติ

แบบที่ 2 เป็นการรับรู้โรคในลักษณะไม่แน่ใจต่อการเป็นโรค ไม่ยอมรับโรค ไม่เชื่อว่ารักษาหายเป็นปกติ เป็นความเชื่อและความคิดเห็นของผู้ป่วยตามการให้ความหมายว่าโรครักษาให้หายได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงปฏิเสธการรักษาตามที่แพทย์แนะนำ ไม่สามารถปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงให้โรคกำเริบและขาดการแสวงหาความรู้ เนื่องจากมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอย่างจำกัด อีกทั้งมีปัจจัยเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการเจ็บป่วย เช่น มีปัญหาทางการเงินในการรักษาผ่าตัด มีความเกรงใจที่จะถามความรู้จากแพทย์ หรือบอกคนอื่นถึงข้อจำกัดในการบริโภคอาหาร ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรที่ไม่ชัดเจนและครบถ้วน ผู้ป่วยจึงไม่สามารถควบคุมการเจ็บป่วย เป็นเหตุให้โรคกำเริบ

ถ้าการกำเริบของโรคเกิดขึ้นซ้ำ และผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในลักษณะของการรับรู้ต่อโรคแบบที่ 1 ก็จะเป็นตัวกำหนดให้ผู้ป่วยจัดการต่อการเจ็บป่วย ควบคุมโรคได้ ทำให้โรคสงบ แต่ถ้าผู้ป่วยยังคงมีการรับรู้ต่อโรคในแบบที่ 2 ก็จะเป็นตัวกำหนดให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการต่อการเจ็บป่วยในลักษณะที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ก็เกิดโรคกำเริบอีก เป็นวงจรต่อเนื่องเช่นนี้ในครั้งต่อ ๆ ไป

ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องต่อการเจ็บป่วย

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาพบว่า มีทั้งผู้ป่วยที่สามารถจัดการต่อการเจ็บป่วยและควบคุมโรคให้อยู่ในภาวะโรคสงบ สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และผู้ป่วยที่ยังอยู่ในภาวะที่การเจ็บป่วยมีโอกาสดำเนินได้เป็นระยะยังไม่สามารถจัดการต่อการดำเนินชีวิตและป้องกันอาการเจ็บป่วยที่จะกำเริบ ซึ่งความแตกต่างของการจัดการต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการจัดการการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทั้งในลักษณะของปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการจัดการการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนั้นประกอบด้วย 1) การให้ความหมายของการเจ็บป่วย 2) ภาวะทางการเงิน 3) ความเกรงใจ 4) ภาระในครอบครัว 5) คำแนะนำที่ไม่ชัดเจนและครบถ้วน 6) ข้อมูลด้านสุขภาพ 7) การดูแลเอาใจใส่ของครอบครัว 8) แหล่งประโยชน์

1. การให้ความหมายของโรค

จากอาการเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ผู้ป่วยแต่ละคนมีประสบการณ์ตรงนั้นมีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางคนมีประสบการณ์ต่ออาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตาย ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนมีเพียงอาการเจ็บแน่นหน้าอกซึ่งไม่รุนแรง ผู้ป่วยบางคนมีประสบการณ์ของการโรคกำเริบที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และรุนแรงมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตายได้ซ้ำ ๆ ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนหลังได้รับการรักษาและไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเกิดขึ้น ลักษณะของอาการเจ็บอกที่เกิดขึ้นแตกต่างกันนี้ มีอิทธิพลต่อการรับรู้อาการของโรค ได้ทั้งรับรู้ว่าเป็นโรคที่น่ากลัวทำให้ตายได้ง่าย ๆ และรักษาไม่หายขาด รับรู้ว่าการรักษาหายขาดซึ่งจะเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่สำคัญต่อการจัดการควบคุมโรคของผู้ป่วย ดังนี้

เป็นโรคที่น่ากลัว ทำให้ตายได้ง่าย ๆ และรักษาไม่หายขาด

ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ของอาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตายหรืออาการกำเริบที่รุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย ผู้ป่วยจะมีความมุ่งมั่นและเคร่งครัดต่อการปฏิบัติตัว แสวงหาความรู้ และวิธีการที่จะรักษาและป้องกันอาการเจ็บป่วยไม่ให้กำเริบ และพยายามควบคุม การปฏิบัติของตนเองอย่างต่อเนื่อง ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“...กลัว...กลัว...ว่าจะมีอาการรุนแรงขึ้นจนถึงตาย ก็รู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ผมก็กินยาตามที่หมอให้ไม่เคยขาด ผมจะพกยาติดตัวไปตลอด หมอนัดมาก็มาตรวจตามนัดตลอด ตอนผมย้ายไปทำงานที่แพร่ผมก็มาตรวจตามนัด อย่างเหล่านี้ผมเลิกเค็ดขาดเลยตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลแล้ว เวลาสังสรรค์กับเพื่อนเล็ก ๆ น้อย ๆ ไม่ดื่มบ้างเลย ไม่เลย ผมบอกเขาว่าผมเป็นโรคนี้ละ ผมไม่ดื่ม เจ้าหน้าที่ไอเค ผมนั่งดูเฉย ๆ ผมนั่งอยู่ด้วยพอ ทุ่ม สองทุ่ม ผมขอตัวกลับบ้านเลย นาย เพื่อนเขาเข้าใจเราเป็นโรคนี้ อย่างอาหารตอนนี้ผมทานพวกปลา ผัก ผลไม้ ไม่ทานพวกมีโคเลสเตอรอลสูง อย่างไข่แดง พวกอาหารทะเล ปู กุ้ง พวกสัตว์ที่มีกระดูกทุกอย่าง จะรับประทานปลา ไม่เค็ม ไม่เค็ด...เป็นโรคนี้อาการเจ็บอกมีขึ้นมาทันที มันปวดรุนแรงรุนแรงมากขึ้นแล้วเริ่มเหนื่อย ไม่ค่อยมีแรงมาทันที...บางครั้งอมยาก็ไม่ดีขึ้น...รู้สึกว่าเป็นโรคน่ากลัวมาก เราอาจตายได้ง่าย ๆ อยู่คนเดียวไม่มีคนช่วยก็ตาย...โรคนี้รักษาไม่หายขาด ต้องควบคุม ต้องรักษาประคองไม่ให้มันทรุดอีก...เป็นแล้วก็ต้องรักษา รักษาไม่ให้เป็นอย่างอื่น...” (นัท พฤษภาคม 2540)

“...เป็นโรคนี้แล้วรักษายาก อันตรายตายได้ง่าย ๆ เป็นแล้วก็ทำงานหนักไม่ได้ ทำอะไรมากไม่ได้จะเหนื่อย อย่างว่าไม่ได้ ถ้าได้ทานยาหัวใจแล้วไปไหนได้ทั้งวัน อย่างล้างรถนี่เอาไปบ๊ีบไม่ได้ เหนื่อยจะแตก บางทีอาบน้ำฟอกสบู่ก็จะเจ็บอก เวลาทานข้าวอิมจะทำอะไรเร็ว ๆ ไม่ได้... ถ้าได้กินยาแล้วทำอะไรได้สบาย...” (ผิว พฤศจิกายน 2540)

“.....ตั้งแต่ป่วยครั้งแรกหมอบอกให้เลิกบุหรี่ เลิกดื่มเหล้า ไม่อย่างนั้นจะมีอาการกำเริบรุนแรงได้อีก....ในไข่แดงมีโคเลสเตอรอลทำให้ไปจับอุดตันในเส้นเลือด เนื้อก็เหมือนกัน.....หลังจากนั้นผมเลิกบุหรี่ เหล้า ไข่แดง กินปลา.....อย่างแต่ก่อนกินเหล้าคองบำรุงร่างกาย ก็เปลี่ยนมาดื่มแทน.....อย่างบุหรี่ตอนนี้ก็ยังหอม เพื่อน ๆ เอามาให้สูบก็เอาแค่ม ๆ ก็ยังหอมแล้วส่งคืนเขา บอกเราดมแล้วเราไม่สูบอีก ถ้าไม่มีโรคหัวใจตัวนี้อาจจะกลับไปสูบอีก เราเป็นโรคนี้ละ เราต้องใจแข็งไว้.....” (ชอค มีนาคม 2541)

รักษาหายขาดแล้ว

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการของโรคเกิดขึ้นอีกจึง เชื่อว่าอาการเจ็บป่วยของตนนั่นน่าจะรักษาหายขาดแล้ว และสามารถดำเนินชีวิตได้เช่นคนปกติทั่วไป โดยผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการเป็นโรคที่ว่า การมีอาการเจ็บป่วยและการไม่สามารถทำงานได้ตามปกตินั้นจึงจะบ่งบอกว่ามีการเป็นโรค ถึงแม้ว่าบางครั้งแพทย์จะบอกกับผู้ป่วยว่า การเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บป่วยกำเริบรุนแรงขึ้นอีก ผู้ป่วยก็ยังไม่แน่ใจที่จะยอมรับว่าตนยังมีการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“...ป่วยตอนแรกผมรักษาด้วยยากับหม้ออาการดีขึ้น ต่อมาผมไปมั่งไม่ไปมั่ง ผมคิดว่าสบายดี ยาที่หมอให้มาผมเลิกกินหมด มีแต่ยาอมใต้ลิ้น ก็คิดว่าหายดีแล้วจะกินทำไม แข็งแรงดีแล้ว ไปไหน ไปไหนได้ แต่มียาอมใต้ลิ้นเอาไว้เวลาเป็นขึ้นมาจะได้เอาไว้แก้ทัน ก็ยังกลัว ๆ อยู่บ้าง ตอนนั้นก็กินอาหารเหมือนตามปกติ มันก็ไม่มีอาการอะไรก็คิดว่าโรคนี้หายไปแล้ว ทำอะไรได้สบาย จะกินจะนอน คิดว่าตัวเองเหมือนคนธรรมดาทั้งหมดจน...” (คำ สิงหาคม 2540)

“.....อาหารที่มัน ๆ บางทีก็งด อย่างขาหมูที่นาน ๆ ก็ทานที ไข่เนื้ออาทิตย์หนึ่งก็ 2-3 ฟอง.....ของหวานนี่ปกติอดไม่ได้ผมชอบ ที่ทำงานตอนเย็นจะมีขนมให้เพียบเลย ช่วงทุเรียน ข้าวเหนียวมะม่วง ผมทานจนไม่สนใจอะไรเต็มทีเลย อาหารอร่อยก็กินมากหน่อย 2-3 จาน อาหารที่คิดว่าไม่ได้เข้มนงวดเลย.....เพราะคิดว่าเราปกติมันไม่แสดงอาการว่ากินแบบนี้แล้วจะแสดงอาการทำให้เราไม่สบายเหมือนแต่ก่อน นอกจากกินมาก ๆ จะแน่นหน้าอกเท่านั้น แล้วก็ทำให้อ้วน แต่ก่อนเคยคุมน้ำหนักได้ถึง 70 กิโล แต่ตอนนี้ขึ้นมา 74 ที่ทำไม่ได้ก็เพราะตอนนี้มีทุเรียน มะม่วง ของโปรด เรื่องอาหารเลยไม่พิถีพิถันอะไร เรื่องอ้วนตอนนี้ก็ยังไม่กลัวอยู่เพราะจะเป็นสาเหตุทำให้ไขมันอุดตันได้.....คิดว่าหมดช่วงทุเรียนนี้จะคุมน้ำหนักได้เพราะผลไม่อย่างอื่นผมก็ไม่ได้กินมาก.....” (ผิว กันยายน 2540)

อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยเฉพาะอาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการสำคัญที่เป็นเงื่อนไขต่อการให้ผู้ป่วยยอมรับต่อการเป็นโรค และหาแนวทางหรือพยายามควบคุมการกำเริบของโรค แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังยึดถือแต่อาการเจ็บหน้าอกเพียงอย่างเดียวเป็นเงื่อนไขในการจัดการควบคุมโรค จำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรวิชาชีพจะร่วมหาแนวทางช่วยเหลือ

2. ภาวะทางการเงิน

ภาวะทางการเงินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นอุปสรรคต่อการจัดการการเงินผู้ป่วย เกี่ยวกับ ขอลีกินยาและลองลดยา ปฏิเสธการผ่าตัด ผัดผ่อนการผ่าตัด รู้สึกท้อแท้ต่อการเจ็บป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นปัญหาต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะในครอบครัวที่ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ และไม่มีเงินสำรองเนื่องจากค่ารักษาที่ต้องใช้จ่ายกับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทั้งค่ายา ค่าตรวจวินิจฉัยติดตามโรค เป็นระยะ เช่น ตรวจคลื่นไฟฟ้า หัวใจ ตรวจระดับน้ำตาล และโคเลสเตอรอลในเลือด ตรวจด้วยคลื่นสะท้อนเสียงหรือทดสอบสมรรถภาพหัวใจ ค่ารักษาด้วยการผ่าตัดหรือค่ารักษาด้วยการทำบอลลูนซึ่งเป็นค่ารักษาที่แพงมาก โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ายาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานทุกวันและตลอดชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเงินจะพยายามขอลดการรับประทานยาและปฏิเสธการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยนำอาการเจ็บป่วยที่ไม่เกิดขึ้นนั้นมาเป็นเหตุผลของการต่อรองการรักษา นอกจากนี้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีสมรรถภาพการทำงานของหัวใจและร่างกายลดลงทำให้การประกอบอาชีพที่ต้องใช้กำลังเป็นอุปสรรคต่อการหารายได้จึงเป็นปัญหาต่อภาวะทางการเงินของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และเป็นอุปสรรคต่อการจัดการต่อการเจ็บป่วย

ขอลีกินยาและลองลดยา

“.....ตอนนี้อาการดีไม่มีเจ็บอกเลย ขาอมได้ลิ้นไม่กินมา 6-8 เดือนแล้วยาทั้งหมดนี้ คิดว่าจะหยุดกินได้ไหม จะถามหมอ.....เพราะว่าค่ายามันแพงรายรับมันน้อย ตอนนั้นก็ว่าปกติดีแล้วคิดว่ามันหายแล้ว เคยบอกหมอว่าจะขอลีกินยา หมอก็ว่าจะเป็นอะไรกินข้าวก็กินยา กินยาแล้วก็กินข้าว ผมว่าไม่ใช่อย่างนั้น มันเกี่ยวกับเงิน ก็เลยต้องหย่อน ๆ ขาลงมาบ้าง แต่ก่อน 3 เดือนมาตรวจที่ก็จ่าย 3,000-4,000 บาท ตอนนี้มารับทุกเดือนก็จ่าย 800-1,000 บาท.....หมอให้กินก็กินได้แต่การเงินมันน้อย บางครั้งลืมกินก็ไม่มีอะไร ก็อยากจะลองไม่กินดูว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นไหมแต่ยังไม่ได้อลอง.....” (รอง สิงหาคม 2540)

ปฏิเสธการผ่าตัด

“.....ผมว่าอาการผมไม่ได้เป็นถึงขั้นรุนแรงต้องผ่าตัด ทุกวันนี้ก็ทำงานได้ตามปกติ ไม่เจ็บอกรุนแรง ไม่ร้าว นอกจากจะเหนื่อยง่ายในบางครั้งเท่านั้น กินยาตามที่หมอให้ไม่เคยขาด ก็คิดว่าพออยู่ได้ ถ้าจะผ่าตัดก็ไม่มีคำรักษาเลยไม่อยากผ่าตัดนี้คิดว่าพออยู่ได้แล้ว.....” (ผิว พศจิกายน 2540)

ผิดผ่อนการผ่าตัด

“.....ตอนนี้มันจำเป็นต้องไปหาเงินไว้สักก้อนหนึ่ง เวลาผ่าตัดไปไหนไม่ได้นาน ๆ ต้องพักฟื้น ต้องประคบประหงมจะได้มีเงินไว้ใช้ ไม่อยากจะกวนเงินลูก พอเราหยุดบั้งก็ไม่สะดวกเรื่องเงิน คำรักษาผมเบิกได้ลูกสาวทำงานคลังจังหวัดเบิกได้ แต่ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ก็มี ลูก ๆ เขามีครอบครัวหมดมีภาระก็ไม่อยากรบกวน ไม่มีเงินใช้ของมันไม่สะดวก.....” (คำ สิงหาคม 2540)

ท้อแท้ต่อการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจแต่จำเป็นต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้จากการเจ็บป่วยจึงต้องแสวงหาแหล่งช่วยเหลือคำรักษา ดังข้อมูลของคุณหนู ที่มีอาชีพประกอบอาหารขาย เจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมานาน 5 ปี ความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ ทำให้มีรายได้ลดลง แต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายคำรักษา ซึ่งผู้ป่วยมีบัตรสุขภาพแต่ก็ไม่สามารถใช้กับโรงพยาบาลต่างจังหวัดได้ และไม่สามารถเบิกคำรักษาได้ จึงเป็นปัญหาต่อฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงได้เขียนจดหมายขอรับการอนุเคราะห์เป็นคนไข้ในพระบรมราชานุเคราะห์และก็ได้รับการช่วยเหลือในเวลาต่อมา แต่ก็ยังเป็นปัญหาต่อการหารายได้ใช้จ่ายในครอบครัว

“.....ค่ายาโรคนี้อแพงมาก มาครั้งหนึ่งต้องจ่ายค่ารถไปกลับก็ 106 บาท และค่ายาอีก บางครั้ง 1,200-1,500 บาท ถ้าไม่มีเงินก็ไม่มียา ชีวิตก็หมดหวังก็ต้องทำงานหาเงินมาซื้อยา กลับไปก็ไปทำงานเอาเงินมาให้หมอเหนื่อยก็ต้องทำ 2 เดือน มาครั้งหนึ่ง.....เรื่องเงินคำรักษาที่มีปัญหา ค่ายาแพงมาก ยิ่งหมอนัดหลายเดือน

ต้องเสียค่ายาหลายพัน ได้ขอทำบัตรสุขภาพแล้วแต่เอามาใช้ที่นี่ไม่ได้ ใช้ได้แต่ที่
จังหวัดเลย.....” (หนู กรกฎาคม 2540)

ภาวะเศรษฐกิจและอาชีพยังเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาของผู้ป่วยเพราะการประกอบอาชีพ
ที่ไม่สามารถรับประทานยาตามที่แพทย์ให้ตามเวลา ผู้ป่วยจึงปรับการรับประทานยาเองโดยไม่ได้
ปรึกษาแพทย์ โดยผู้ป่วยยึดถืออาการเจ็บป่วยของตนเองเป็นแพทย์ในการพิจารณาว่าเหมาะสมจะ
รับประทานยาอย่างไร

“.....ยาที่หมอให้มาก็ทานตามเวลา แต่นอกกลุ่มน้อย หมอสั่งยา 3 เวลา แต่เราทาน
2 เวลา กินแต่เช้ากับเย็น ทานยามาอย่างนี้ได้ 3-4 เดือนแล้ว เพราะว่าถ้าทานยาเที่ยง
แล้วทำงานจะเหนื่อยและง่วงนอน เราต้องทำงานถ้ากินตอนกลางวันจะทำให้
ทำงานไม่ได้ก็เลยไม่กินยาตัวนี้ ไคเลนแถม กินแค่ 2 เวลาพอ แต่เราไม่กินก็รู้สึก
สบายดี ก็ไม่ได้บอกหมอเราไม่เป็นอะไร...” (สา กันยายน 2540)

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่ทั้งประชาชนและรัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการ
การรักษาเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษาเองไม่มีแหล่งสนับสนุนด้านการเงินก็
จะยังคงเป็นปัญหาต่อครอบครัวและเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับการรักษาได้ตามปัญหาของโรค การ
เจ็บป่วยก็ยังคงคุกคามต่อการดำเนินชีวิตต่อไป

3. ความเกรงใจ

ผู้ป่วยบางคนมีความเกรงใจต่อแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยด้วยกัน ในขณะที่มารับการ
ตรวจกับแพทย์ ผู้ป่วยมีข้อสงสัยอยากจะถาม แต่เห็นว่ามีคนใช้รอตรวจจำนวนมาก และเห็นว่า
แพทย์และพยาบาลมีงานยุ่งตลอด จึงเกรงใจ ไม่กล้าถาม อีกทั้งการรับประทานยาที่ผู้ป่วยจะ
ต้องจำกัดการบริโภคอาหารที่มีไขมัน และโคเลสเตอรอลสูง ผู้ป่วยมีความเกรงใจที่จะต้องเป็น
ภาระให้ครอบครัวทำอาหารแยกตลอดทุกมื้อ จึงรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัว โดยเลือกรับ
ประทานอาหารเอง แต่บางครั้งก็ไม่ได้เลือก และในบางครั้งการเข้าร่วมในสังคม ผู้ป่วยมีความเกรง
ใจที่จะต้องขออาหารที่แตกต่างจากคนอื่น ก็จะรับประทานอาหารเหมือนกับบุคคลอื่น ดังข้อมูล
จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“...ผมสงสัยว่าทำไมผมอาการหนักขึ้น ผมรู้สึกว่ามันสบายดี แต่ไม่กล้าถาม...คนไข้เยอะ... อย่างตอนนี้ก็สงสัยว่าจะเป็นเบาหวานอยู่หรือเปล่า...อาทิตย์ก่อนไปเยี่ยมญาติที่เขาเป็นเบาหวาน ก็ลองขอยามากิน แต่วันนี้ก็ไม่กล้าถามอีก เกรงใจหมอมีคนไข้มาก...คิดว่าจะไปตรวจที่คลินิกเอง...” (ผิว ตุลาคม 2540)

“...บางครั้งมันรู้สึกแย่งใจ มันคันความรู้สึก บางครั้งเราสบายดี ทำไมเราเป็นโรคนี้เหมือนกับเราแย่งใจเรา หมอพูดกันว่ากล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำไมมันถึงตาย ทำไมมันตายมันไม่เน่าไม่เสีย แต่ไม่ถามหมอ เกรงใจจะว่าเข่าชี้ เวลาหมอมีน้อย...อย่างกินยาผมก็ไม่อยากไปต่อรองกับหมอว่าไม่กินยา เพราะหมอเคยบอกว่าต้องกินตลอดชีวิต ... ก็จะมีคนไข้คนนี้เป็นอย่างไร...อย่างเราไปประชุมเขาจัดอาหารว่างมีแต่กาแฟ เราไม่อยากจะกินก็ต้องกินจะไปขอโอวันตินเขาก็จะไปบุงขากคนอื่น...” (ฉาย กรกฎาคม 2540)

4. ภาวะในครอบครัว

การมีบทบาทต้องรับผิดชอบต่อครอบครัวเป็นภาระต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานที่ต้องออกแรง ซึ่งผู้ป่วยจะมีความทนต่อการออกแรงทำกิจกรรมได้อย่างจำกัด ดังนั้นผู้ป่วยที่ยังต้องมีภาระรับผิดชอบครอบครัวก็จะเป็นอุปสรรคต่อการจัดการการเจ็บป่วย เพื่อควบคุมโรค ทำให้ปรับแบบแผนในชีวิตไม่ได้ อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอาจทำให้ภาระในครอบครัวของผู้ป่วยถูกปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีกว่าภาระในครอบครัวเดิม ดังรายละเอียดของข้อมูลผู้ป่วย

คุณหนูที่มีอาชีพทำอาหารขาย ซึ่งต้องตื่นมาช่วยสามีเตรียมปรุงอาหารตั้งแต่เช้า ติ 2 และเริ่มนำไปขายที่ตลาดตั้งแต่ตี 5 ถึง 7 นาฬิกา หลังจากนั้นจึงจะได้กลับมาอนพักจนถึงเวลาบ่าย 2 โมง ซึ่งผู้ป่วยจะปรับการรับประทานยาเอง และเริ่มเตรียมอาหารในวันต่อไปตั้งแต่เวลาบ่าย 3-4 โมงเย็น ถึงผู้ป่วยจะช่วยสามีทำอาหารแต่ก็ยังไม่รู้สึกเหนื่อย เนื่องจากครอบครัวมีรายได้เพียงทางเดียว และต้องรับผิดชอบส่งลูกสาว 1 คนที่กำลังศึกษาในระดับชั้น ปวช. ผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนอาชีพแต่ไม่มีความสามารถประกอบอาชีพอื่นนอกจากทำอาหาร หลังจากผู้ป่วยได้รับการรับไว้เป็นคนไข้ในพระบรมราชานุเคราะห์แล้ว ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง แต่ยังคงต้องรับผิดชอบส่งลูกสาวเรียนต่อ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“...ตอนนี้ค่ายาที่ไม่ต้องเสียตีสั้น คิดจะเลิกทำกับข้าวมันเหนียว แต่ก็ต้องส่งลูกเรียน ก็ต้องทำเอาลดน้อยลง กำไรไม่ได้เท่าเก่า แต่ก็พอให้ลูกเรียนอีก 2-3 ปี ลูกก็จบ บัณฑิต...บางครั้งคิดถึงเรื่องลูกก็แน่นหน้าอกขึ้นมา คิดว่าจะมีเงินให้ลูกได้เรียนจบ หรือเปล่า...” (หนู กรกฏาคม 2540)

คุณลี เป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งภรรยาไม่ได้ประกอบอาชีพ มีบุตร 2 คน ต้องรับภาระครอบครัวหารายได้ ด้วยการรับจ้างขับรถ 2 แถว ซึ่งผู้ป่วยกล่าวว่าไม่ใช่งานหนักแต่ก็มีรายได้ไม่มากพอใช้จ่ายของครอบครัว ซึ่งก่อนเจ็บป่วยมีอาชีพรับจ้างขับรถสลิปล้อ ซึ่งจะมีรายได้ดีกว่าจากการทำงานในอาชีพปัจจุบัน ผู้ป่วยต้องหารายได้พิเศษเพิ่มเมื่อมีการจ้างขับรถยังไปที่ต่าง ๆ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“...ตอนนี่งานที่ทำ มีแต่ขับรถอย่างเดียว ไม่มีอาชีพอื่น เพราะว่าทำงานหนักไม่ได้ อย่างแต่ก่อน แต่ขับรถได้ไม่เป็นไร แต่ถ้าต้องเดินขึ้นบันได 4-5 ชั้น แล้วจะเหนื่อย รายได้ก็แยกว่าแต่ก่อน ผมก็รับจ้างขับรถทั่วไปด้วย ก็ไม่พอใช้ต้องกู้ยืมข้างบ้าน...” (ลี ธันวาคม 2539)

แต่ในทางกลับกัน คุณภูมิกล่าวว่า การเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นเรื่องดีสำหรับตน แต่ก่อนนั้นผู้ป่วยสูบบุหรี่ ดื่มสุราทุกวัน และเที่ยวกับเพื่อนให้มีเวลากับครอบครัว ภรรยาและลูกน้อย และมีรายจ่ายสูง การเจ็บป่วยช่วยให้ผู้ป่วยเลิกการปฏิบัติตัวที่ไม่ดีและมีเวลาให้กับครอบครัวได้มากขึ้น มีเงินเก็บ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“...เป็นโรคนี้ผมว่าดีกับผม ทำให้เรามีเวลาให้ครอบครัวมากขึ้น เราไปไม่ได้ อย่างเขา แต่ก่อนมีเวลาให้ครอบครัวน้อย กินเบียร์ทุกวัน ก็มีปัญหากการเงิน ตอนนี่รายจ่ายก็ลดลง การเงินก็ดีขึ้น ผมก็มีเวลาว่าง ตอนนี่คิดจะเรียนต่อ เอแบค...” (ภูมิ กุมภาพันธ์ 2540)

5. คำแนะนำที่ไม่ชัดเจนและครบถ้วน

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวในหลาย ๆ ด้านเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่จะกลับมากำเริบได้อีก เช่น การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนัก ดังกล่าวแล้วในบทที่ 2 ดังนั้นจึงเป็นความรับผิดชอบของ

บุคลากรทางการแพทย์จึงให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย ในสภาพความเป็นจริงระยะเวลาที่ผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์จะได้พูดคุยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกนั้นมีเวลาน้อยมาก ดังนั้นคำแนะนำที่ให้กับผู้ป่วยในระยะเวลาอันสั้นจึงยังไม่ชัดเจนและไม่เข้าถึงการนำไปปฏิบัติ จากข้อจำกัดของคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนนี้ในขั้นตอนของการปฏิบัติจริงผู้ป่วยบางคนจึงปฏิบัติตัวตามความเชื่อของตน ซึ่งข้อปฏิบัติบางอย่างมีผลกระทบต่อความเป็นโรค หลอดเลือดหัวใจตีบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ยังไม่ชัดเจน คำแนะนำที่ไม่ชัดเจนและครบถ้วนทำให้การปรับแบบแผนชีวิตไม่เหมาะสมและก่อให้เกิดอันตราย ดังเช่น การแนะนำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยส่วนใหญ่จะแนะนำให้ผู้ป่วยเดิน แต่ในความเข้าใจของผู้ป่วยนั้น การออกกำลังกายทำได้หลายวิธี เช่น การวิ่ง การวิดพื้น การยกน้ำหนัก การออกกำลังกายกับอุปกรณ์ออกกำลังกายชนิดต่าง ๆ เหมือนบุคคลทั่วไป โดยไม่คิดว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนั้นจะมีข้อห้าม หรือข้อควรระวังในการออกกำลังกาย เช่น ที่เป็นการแข่งขัน หรือออกกำลังกายที่มีแรงต้าน เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยบางคนจึงต้องประสบกับการเจ็บป่วยอย่างฉับพลันขณะออกกำลังกาย หรือมีผลเสียต่อการทำงานของหัวใจในเวลาต่อมาได้ในภายหลัง ข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“.....ตอนนั้นผมอ้วนมาก ประมาณ 82 กิโล หมอบอกให้ลดน้ำหนัก ให้งดอาหาร คืดว่างคยอก เลยเลือกวิ่งออกกำลังกาย วันนั้นวิ่งเร็ว วิ่งได้ 3 รอบ รอบหนึ่งก็ 1,000 เมตร ได้ ตอนนั้นต้องการวิ่งให้ทันเพื่อนและอยากลดน้ำหนักเร็ว ๆ พอรอบที่ 3 ใจสั่น เต็มพื้บ ๆ เจ็บหน้าอก เหงื่อออกมาก เพื่อนเลยรีบพาไปโรงพยาบาล...แต่ก่อนวิ่งเหยาะ ๆ แต่วันนั้นต้องวิ่งให้ทันเพื่อนด้วย เราอยากลดน้ำหนักเร็วก็เลยวิ่งให้ไคยอะที่สุด แต่หลังจากนั้นมาก็เลิกวิ่งมาเดินเอา” (อิน กันชายน 2540)

“...หมอบอกให้ออกกำลังกาย ก็ไม่ได้ถามว่าทำอย่างไร หมอไม่ได้บอกเราก็คิดว่า ทุกวันเราก็ดินไปเดินมา ก็เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว อยู่บ้านทำงานบ้าน รดน้ำ ดันไม้ ยกกระถาง จัดบ้าน ก็เป็นการออกกำลังกาย ทำแล้วก็เหนื่อยเหมือนกัน ได้ งานอีกด้วย...” (ฉาย ธันวาคม 2539)

“...ผมออกกำลังทุกวันตอนเช้า ตื่นนอนมาก็จะวิดพื้น 20 ที ก็ทำงานเหงื่อเริ่มออก ถ้าออกกำลังกายแล้วเหงื่อไม่ออกยังไม่ถึงขั้น บางครั้งผมก็ทำงานมีเหงื่อออกแต่บางครั้งไม่ถึง มันจะเหนียวก่อนก็หยุดพัก...” (ลัก กุมภาพันธุ์ 2541)

จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านพบอุปกรณ์ออกกำลังกายหลายชนิด มีเครื่องออกกำลังกายแบบกรรเชียง มีบาร์เบล (Bar bell)หนักข้างละ 10 ปอนด์ และดัมเบล (dump bell) ข้างละ 4 กิโลกรัม นอกจากนี้ผู้ป่วยยังกล่าวว่า ชอบวิดพื้นเพราะวิธีนี้เคยปฏิบัติมาก่อน

จากการขาดการให้คำแนะนำที่ชัดเจนและเข้าถึงการนำไปปฏิบัติจริงของผู้ป่วย และผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกายจึงทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกรออกกำลังกายในลักษณะที่เป็นอันตรายต่อหัวใจโดยไม่รู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันมีการโฆษณาอุปกรณ์การออกกำลังกายทางโทรทัศน์ในลักษณะต่าง ๆ จึงอาจเป็นช่องว่างที่เอื้อโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอาจจะมีอันตรายต่อผู้ป่วยตามมาได้

ผู้ป่วยหลายคนได้ปฏิเสธการรับการรักษาด้วยการทำผ่าตัด หรือการรักษาด้วยการต่างขยายหลอดเลือดด้วยบอลูน ด้วยเหตุผลที่คิดว่าการเจ็บป่วยยังไม่รุนแรง รวมทั้งการรับการรักษาด้วยการฉีดใส่หลอดเลือดหัวใจ ด้วยคิดว่าเป็นวิธีอันตรายโดยผู้ป่วยไม่ได้รับคำอธิบาย และชี้แจงจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยขณะนั้นที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือการตรวจที่มีประโยชน์ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

“...ที่จริงหมอก็เคยบอกว่าจะให้ผมทำผ่าตัด แต่ตอนนั้นผมไปไหนได้ก็จะขอรักษาแค่นั้นไปก่อน...ไม่คิดว่าอาการจะรุนแรงได้ ผมก็กลัวการผ่าตัด คิดว่าเราเป็นไม่มาก...” (นัท พฤษภาคม 2540)

“.....อยากรักษาให้หายขาด แต่หมอบอกรักษาหายยากก็กลัว....กลัวหัวใจจะวาย.....ก็ต้องกินยาไปตลอด.....หมอบอกจะผ่าตัดใหม่.....แต่ไอ้ย ผ่าไม่ได้จะกินยาเองกลัวตอนผ่าตัดจะไม่ฟื้นเพราะว่ากำลังมันน้อยเดี๋ยวกลับไปเลย.....ตอนนี้หมอให้กินยาใหม่ก็ดีขึ้น แต่ก็ยังไม่ผ่าหรอก ยังกลัวไม่ฟื้นอายุมากแล้ว (65 ปี) ไม่ผ่าดีกว่า ขอกินยาไปก็คิดว่าดีขึ้นอยู่อย่างนี้พออยู่ได้เพราะไม่ได้ทำงานหนัก มีแต่งงานบ้านเบา ๆ ไม่เคยเจ็บแน่นถึงกับต้องอมยา.....” (สา กันยายน 2540)

“.....ตอนนั้นหมอบอกว่าผ่าก็ผ่าก็ไม่คิดอะไร ไม่รู้ว่าทำอะไร ไม่มีใครบอก แต่พอมีคนรู้จักเขาบอกแม่อาชุนมากแล้วอย่าทำนะมันเสี่ยง.....อาจารย์ในมหาวิทยาลัยที่เป็นเพื่อนของหลานก็บอกมาว่าอย่าให้น้ำทำนะ เพราะว่าแม่เขาก็ดี ๆ ปลุกต้นไม้ได้ เคนได้ เอาไปฉีดสีจะเตรียมผ้าตัดออกมากลายเป็นศพออกมาเลย เขายังเสียใจอยู่.....ก็เลยบอกหมอไม่ทำแล้ว.....” (เกษ กັນยายน 2540)

ผู้ป่วยมีความต้องการความรู้ คำแนะนำจากบุคลากรอย่างมาก โดยเฉพาะเกี่ยวกับสิ่งที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย ดังคำกล่าว

“...ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาลหมอมจะแนะนำทุกครั้ง ไม่มีคนอื่นแนะนำนอกจากหมอเท่านั้น เวลาหมอส่งสก็ก็จะถามหมอ ถ้ามีข้อสงสัยอะไรก็จะจดไว้เอามาถามหมอรู้สึกหมอบริการดี หมอแนะนำดีให้ปฏิบัติอย่างนั้น ๆ เราปฏิบัติตามก็ได้ผลดี ทุกคนป่วยมาเชื่อหมอกทุกคน หมอบอกว่าถ้าสูบนั้นตายนะโรคของคุณ หมอส่งก็จะจดทันที คนอื่นบอกไม่เชื่อต้องให้หมด เคยมีคนแหวไปโรงพยาบาลเป็นโรคกระเพาะเลยสะกิดบอกหมอให้บอกเขาว่าให้เลิกดื่มเหล้า หมอก็บอกถ้าเขาไม่เลิกดื่มเขาจะตาย เขาก็เลยเชื่อ มีเรื่องอะไรหมอย่าถือเป็นความลับ ต้องบอกเลย หมอยังขาดอย่างนี้ ต้องบอกแล้วจะงคงทุกราย...” (ยอด มีนาคม 2541)

6. ข้อมูลด้านสุขภาพ

ในปัจจุบันมีการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพทางสื่อต่าง ๆ เพิ่มขึ้นมากมาย รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารดังกล่าวได้ง่ายขึ้น โดยอาจไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด ซึ่งปัจจัยด้านข้อมูลข่าวสารนี้มีทั้งผลดีและอาจมีผลเสียตามมา ถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลแล้วไม่ได้พิจารณาว่าสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ผู้ป่วยสามารถนำมาปฏิบัติได้ทุกประการหรือไม่ ในด้านดีของการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพได้ช่วยเสริมความรู้และการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยในขณะที่ขาดข้อมูลเหล่านั้นจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังจะเห็นว่าผู้ป่วยส่วนมากได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาก่อน และความรู้ที่ได้รับในการปฏิบัติตัวส่วนใหญ่ก็มาจากการแสวงหาความรู้จากสื่อต่าง ๆ ทั้งทางสิ่งพิมพ์และโทรทัศน์ รวมทั้งหน่วยงานบางแห่งได้ให้ความรู้แก่บุคลากรในวัยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เช่น วัยสูงอายุ ความรู้ที่ได้ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำมาปฏิบัติตัว ป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้อีกทางหนึ่ง ดังข้อมูลผู้ป่วย

“.....ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจนี้ ผมก็อ่านเจอในหนังสือพิมพ์บ้าง เพื่อนเขาเล่า บ้าง หมอบ้าง ส่วนใหญ่ทางทีวี อย่างของ..... ตอนนั้นออกมาตีขีบเลย ผมต้อง ตามตลอด เลยอยากจะทำบ้าง อยากทำบอลูนบ้าง.....จะเสียเท่าไรไม่ว่าผมมีเงิน แต่อยากจะรักษาให้หาย...” (พุทธ ธันวาคม 2540)

“...ก็เคยได้ข่าวเกี่ยวกับโรคมะเร็งบ้างว่าเป็นโรคร้ายแรง มีข่าวคนสำคัญ ๆ ตายจากโรค นี้ได้ง่าย ๆ แต่จำไม่ได้แล้วว่าเป็นใคร ตอนนั้นไม่ได้สนใจ ฟังผ่าน ๆ ไป ไม่คิดว่า เราจะเป็น...อย่างคอกคำฝอยผมก็อ่านเจอในหนังสือพิมพ์ ว่าช่วยลดโคเลสเตอรอล ผมก็ซื้อมากินขงกินมาตลอด...” (นัท กันยายน 2540)

“.....ผมเข้าอบรมคนสูงอายุเขาแนะนำใช้หลัก 5 อ. มีอาหาร อากาศ ออก กำลัง อารมณ์ อุจจาระ อย่างอาหารนี้ เหล้า นูหรี่ จำเป็นไหม หมอบอกงด อาหารโคเลสเตอรอล กินตายนะ ขนมหวานกินมาก ๆ แล้วจะแปลสภาพเป็น โคเลสเตอรอล เวลากินต้องคิดด้วยว่าถูกใจ แล้วถูกต้องไหม เต็มนี้คนในบ้าน เปลี่ยนไปแล้วกินพวกผัก ผลไม้มากขึ้น แต่ก่อนกินเนื้อมากการจับถ่ายไม่ดี กิน ผักจะจับถ่ายดี หลังจากปฏิบัติ 5 อ. นี้ก็คิดว่าสุขภาพดีขึ้น กลับมาแข็งแรงกว่าแต่ ก่อน.....” (มล สิงหาคม 2540)

“.....ตอนนี้เราสบายขึ้นประมาณปีกว่า ๆ คิดว่ามีหลายอย่างเนื่องจากยา ออกกำลัง ภาย ผมปฏิบัติตาม 5 อ. ที่ได้มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขาประกาศทางหอกระ จายข่าว ว่าคนแก่ที่ว่างงานให้ปฏิบัติ 5 อ. จะช่วยให้สุขภาพดีขึ้น ก็มีอุจจาระ อากาศ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย เริ่มจากตื่นประมาณตี 5 จะถ่ายอุจจาระ แล้วออกกำลังกายทำต่าง ๆ แขนขา หัวข้อ คอ ทุกส่วน ทำประมาณครึ่งชั่วโมง ก็ จะจีจกรยานเล่นไปคุยกับเพื่อนก็เป็นการได้กินอากาศได้คุยหัวเราะ ก็แสดงว่าเกิด อารมณ์ แล้วอาหารก็กินไม่มีมัน.....” (ยอด กุมภาพันธ์ 2541)

7. การดูแลเอาใจใส่ของครอบครัว

การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวในหลาย ๆ ด้าน ดังเช่น ในด้านการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย คอยเตือนและห้ามผู้ป่วยรับประทานอาหารที่จำเป็นต้องละเว้น

“...ภรรยาเขารู้ว่าผู้ป่วยทำงานหนักไม่ได้ ต้องควบคุมการรับประทานอาหาร ภรรยาจึงเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้ทั้งที่รับประทานที่บ้าน และเตรียมเสบียงให้เมื่อเดินทางไปราชการไกล ๆ อย่างเช่น ปลาแห้ง ปลาข่าง อาหารสำเร็จรูป.....”
(นัท มิถุนายน 2540)

“.....ลูกสาวเขาจะเตรียมอาหารแล้วเอามาส่งให้ประจำ ก็จะเป็นอาหารพวกปลาข่าง บั้ง ต้ม บ้าง ไข่แดง เนื้อไม่กิน ตอนเช้ากินโอวัลตินกับไข่ขาว 2 ฟอง ไข่แดงเอาให้หลาน.....” (ชอด 28 พฤษภาคม 2540)

แต่บางครั้งบุคคลในครอบครัวก็ได้พยายามเตือน แต่ยังไม่สามารถเตือนการบริโภคอาหารของผู้ป่วยได้ จากครอบครัวหนึ่งที่ผู้วิจัยได้เยี่ยม ภรรยาและบุตรจะให้ข้อมูลว่า

บุตร “พ่อกินข้าวจานใหญ่พูน เรื่องอาหารพ่อลดขาก ก็คอยเตือนพ่อแต่ลดขาก”

ภรรยา “อย่างผลไม้กระป๋องเวลาอยากกินก็จะกินคนเดียวทั้งกระป๋องเลย อย่าง ลีนจี ถ้าโย ไปซื้อมาไว้เองเก็บไว้ ยังไม่รู้จะทำอย่างไร”

ผู้ป่วย “การรับประทานอาหารก็รู้ว่าควรลดอาหารมัน ๆ เครื่องในสัตว์ แต่เวลาหิวงดอาหารได้ขาก เวลากินจะกินอะไรก็จะกินกันโดยไม่คิดอะไร แต่กินเสร็จแล้ว 1-2 ชั่วโมงจึงมาคิดว่ากินมากไป ตอนนี้น้ำหนัก 72 ก็คิดว่าน้ำหนักมาก สูง 168 ก็คิดว่าน้ำหนักควรจะเป็น 65 แต่ก็ลดขาก.....” (มล สิงหาคม 2540)

ในการเลือกสถานที่รักษาหรือตัดสินใจในการตรวจรักษาของผู้ป่วย ญาติพี่น้องและบุคคลใกล้ชิด มีส่วนต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย ดังนั้นจึงพบว่าบางครั้งผู้ป่วยเปลี่ยนสถานที่รักษาตามความคาดหวังและความเชื่อของญาติที่มีต่อสถานที่รักษาต่าง ๆ ดังรายละเอียดข้อมูล

“.....ป่วยครั้งแรกเข้ารับรักษาโรงพยาบาลจังหวัด ก. รักษาอยู่ 5 วันก็กลับบ้าน.พอลูก ๆ หลาน ๆ รู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบก็กังวล ตอนนั้นเป็นมาก ออกจากโรงพยาบาลมาอยู่บ้านก็ยังเหนื่อยง่าย ทำอะไรไม่ได้จะเหนื่อย เดินไปไหน ได้หน่อยก็เหนื่อยใจจะขาด อาหารก็เบื่อ กินไม่ค่อยได้ ลูกก็กังวลไม่แน่ใจการรักษาของหมอ อาการไม่ดีขึ้น ลูกอยู่ครู่ก็พาไปหาหมอมืออู๋คร เพื่อนเขาบอกว่า หมอที่นั่นเก่งก็ไปตรวจ หมอก็บอกเป็นโรคเดียวกัน ก็กินยาเดิมต่อ..... อีก 1 เดือนยังมีเพลีย ๆ ไม่ดีขึ้น หลานเป็นทหารอยู่ร้อยเอ็ด บอกมีหมอที่นั่นชำนาญ โรคหัวใจก็พาไป หมอก็ว่าเป็นโรคเดิมให้กินยาเดิมต่ออีก 1 เดือน เพื่อนบ้าน บอกหมอที่นี้รักษาโรคต่าง ๆ หาย เป็นโรงพยาบาลใหญ่มีแพทย์ชำนาญ มารักษาที่นี้ อาการเจ็บอกก็ยังมิ หมอบอกเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเหมือนกัน แต่รักษาที่นี้ ตลอดเพราะเดินทางมาสะดวก และมีหมอชำนาญ.....” (ยอด กุมภพันธ์ 2541)

8. แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ

แหล่งสนับสนุนคำปรึกษา

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ต้องรักษาเป็นเวลายาวนานตลอดชีวิต จึงเป็นปัญหาด้านการเงินกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถเบิกค่ารักษาได้ มีผู้ป่วย 2 ราย ได้รับการอนุเคราะห์ เป็นคนไข้ในพระบรมราชานุเคราะห์ ดังคำบอกเล่าผู้ป่วย 1 ราย ดังนี้

“...ได้เขียนจดหมาย ไปถึงวังเลยเขียนเองจะขอพระราชินีช่วย ไม่มีเงินรักษาแล้ว เขาส่งคนมาสืบประวัติ ตอนนี้ได้ใบมาแล้วได้มา 2 เดือน ดีใจมากตอนนี้ไม่อยากจะทำกับข้าวแล้วมันเหนื่อย แต่ก็ไม่รู้จะทำอะไรต้องส่งลูกเรียน.....” (หนู กรกฤตาคม 2540)

แหล่งสนับสนุนการออกกำลังกาย

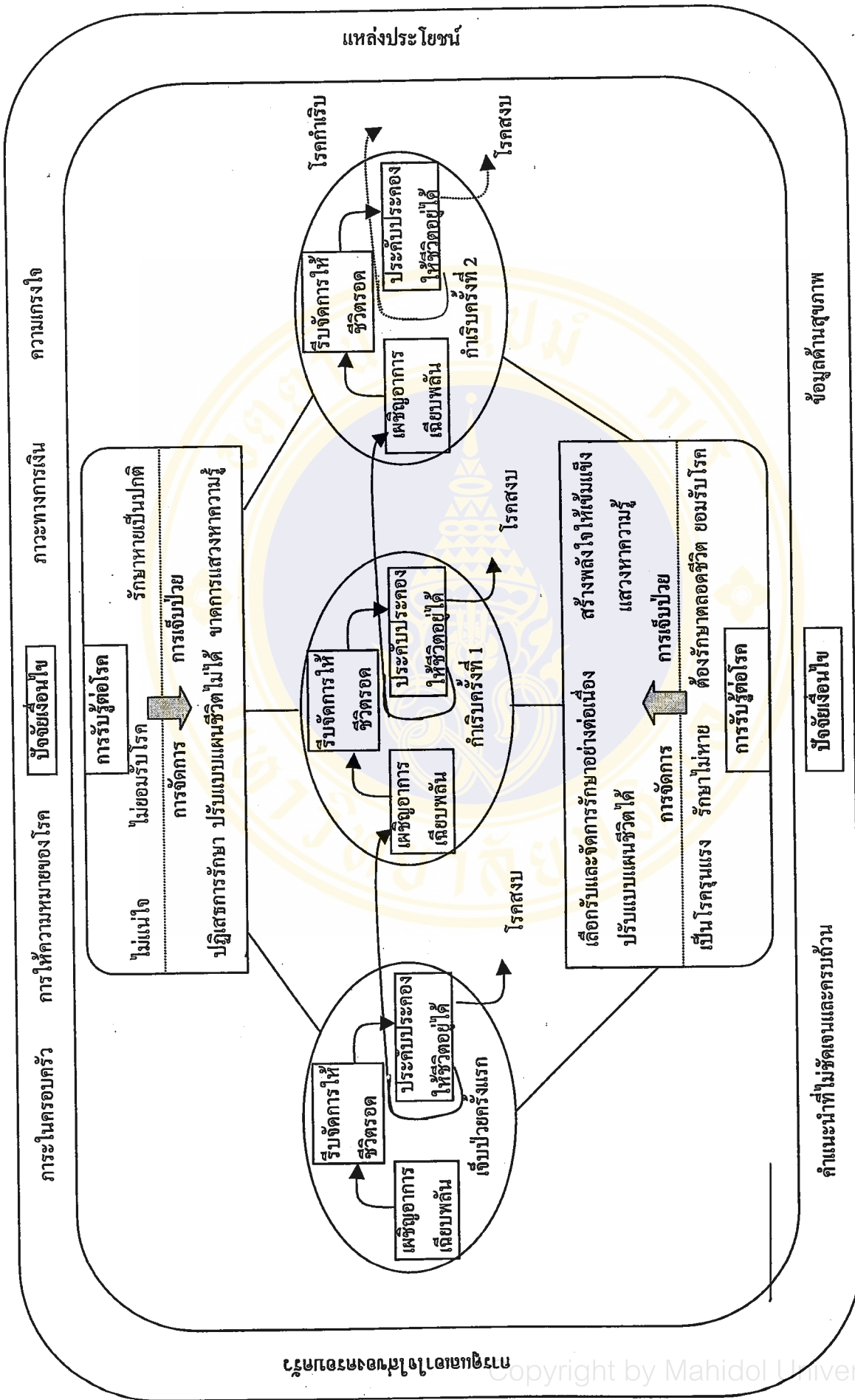
การจัดกลุ่มออกกำลังกายตามสถานที่ต่าง ๆ ช่วยเอื้อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ต้องการออกกำลังกาย ได้รับการสนับสนุนการออกกำลังกายจากสิ่งแวดล้อมตามต้องการ ดังรายละเอียดข้อมูลจากผู้ป่วย

“...เมื่อก่อนหมอบอกให้ออกกำลังกาย ก็ทำได้ยาก บังคับจิตใจยาก ทำคนเดียวก็เหนื่อยหน่าย พอเห็นเขาทำเป็นกลุ่มก็น่าสนใจ ไปแอบดูคิดว่าทำไมยากก็ยกไม้ยกมือทำตามเข้าท่า ก็จะไปทุกวัน ดันดีสี่ ทำสมาธิถึงตี 4.45 ก็จะไปออกกำลังกาย... ทำแล้วชอบ ผมอ่านหนังสือเขาว่ามีเอนดอร์ฟินในธรรมชาติจะบอกว่ามีปีติ... ไปต่างจังหวัดอย่างนี้ ... ก็มี เพราะว่าเดี๋ยวนี้เรื่องออกกำลังกายเรื่องใหญ่ ผมไปไหนจะพกชุดออกกำลังกายไปด้วย...” (ฉาย สิงหาคม 2540)

“...ตอนนี้ผมใช้วิธีออกกำลังกายด้วยการเดินรอบสนามกีฬาจังหวัดไปกับเพื่อน เพื่อนเขาวิ่งแต่เราเดินเอา ทำทุกวัน...” (อิน ธันวาคม 2540)

สรุป การจัดการต่อการเจ็บของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เพื่อไม่ให้โรคกำเริบในผู้ป่วยแต่ละคนนั้น มีความแตกต่างกัน ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยเงื่อนไขต่อการจัดการการเจ็บป่วย ประกอบด้วย การให้ความหมายของการเจ็บป่วย ว่าเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาด หรือไม่สามารถรักษาให้หายขาด ภาระทางการเงิน ที่จะมีส่วนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับภาวะโรค ความเกรงใจ ในการสอบถามเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวจากแพทย์ และเกรงใจคนอื่น ๆ ในการเลือกรับประทานอาหาร การมีภาระในครอบครัว ผู้ป่วยต้องทนทำงานเพื่อหารายได้ คำนะหน้าที่ไม่ชัดเจนและครบถ้วน ของบุคลากรทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเหมาะสม จึงเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการการเจ็บป่วย การเผยแพร่ความรู้สุขภาพ เป็นปัจจัยที่ช่วยผู้ป่วยได้รับความรู้นอกเหนือจากที่ได้รับจากบุคลากรวิชาชีพ การดูแลเอาใจใส่ของครอบครัว และแหล่งประโยชน์ เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการการเจ็บป่วยทำให้ลดการกำเริบของโรค ดังกรณีตัวอย่างผู้ป่วย

แหล่งประโยชน์



ข้อมูลด้านสุขภาพ

ปัจจัยเงื่อนไข

คำแนะนำที่ไม่ชัดเจนและครบถ้วน

ปัจจัยเงื่อนไข

แผนภูมิที่ 2 แบบแผนประสบการณ์การเจ็บป่วย และการจัดการต่อโรคเจ็บป่วย และปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

กรณีตัวอย่างผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้

คุณภูมิ ชายไทยอายุ 40 ปี จบการศึกษาปริญญาตรี ทำงานธนาคาร สูง 170 เซนติเมตร หนัก 86 กิโลกรัม ชอบดื่มเบียร์ทุกวัน ๆ ละ 1-2 ขวด และจะสังสรรค์ดื่มสุรากับเพื่อน 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ สูบบุหรี่ 20-30 มวนต่อวัน ชอบรับประทานอาหารมัน เช่น หมูย่าง ขาหมู ในวันหยุดจะเล่นบาสเกตบอลกับเพื่อนบ้านวัยรุ่น

เริ่มมีอาการแน่นหน้าอก อึดอัด หายใจไม่สะดวก ในตอนเย็นขณะขึ้นรถกรรยาเพื่อกลับบ้านพร้อมกัน แต่อาการหายเองได้ จึงได้ไปตรวจที่คลินิก แพทย์ได้ให้ยารับประทาน และบอกว่า เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แนะนำให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลในวันรุ่งขึ้น แต่อาการเจ็บแน่นหน้าอกเกิดอีกอย่างรุนแรง จึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้เข้ารับการรักษาใน ไอซียู และเกิดภาวะช็อคหมดสติ ต้องได้รับการช่วยปั๊มหัวใจและช็อคด้วยไฟฟ้า ผู้ป่วยคิดว่าคิดว่าตนเองเหมือนตายแล้วเกิดใหม่

จากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้และรับรู้ถึงอันตรายจากโรค รับรู้ว่าการรักษาไม่หาย เกิดการเจ็บป่วยซ้ำที่รุนแรง และอาจตายได้ง่าย จึงเลิกสูบบุหรี่ตามคำแนะนำของแพทย์ ตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาล และรับการรักษากับแพทย์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสอบถามข้อสงสัยจากแพทย์เกี่ยวกับอาหารที่จะรับประทานและแสวงหาความรู้ โดยซื้อหนังสือเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ติดตามความรู้จากบอร์ควิชาการ แผ่นพับ โทรทัศน์และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดการดื่มสุราและเบียร์ ควบคุมอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอล รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานในการหาความรู้เกี่ยวกับโรคมาให้ ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคโดยไม่มีอาการเจ็บป่วยกำเริบอีกเลย

กรณีตัวอย่างผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยกำเริบ 3 ครั้ง

คุณอิน ชายไทยอายุ 52 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพ อาชีพรับราชการ ก่อนเจ็บป่วย น้ำหนักตัว 82 กิโลกรัม สูง 170 เซนติเมตร สูบบุหรี่ 2 ซองต่อวัน ชอบอาหารประเภทเนื้ออย่าง ต้มเนื้อ ข้าวเหนียว รักษาโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ ปีพ.ศ.2532 ควบคุมความดันโลหิตได้อยู่ในระดับ 130/80 มม.ปรอท เริ่มมีอาการเหนื่อยง่ายแต่ไม่ได้รับการรักษา มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเกิดขึ้นทันทีขณะมีเรื่องทะเลาะบนโรงพัก จนเกิดภาวะช็อค ดำรงชีพได้พาส่งโรงพยาบาล รับการรักษาใน ไอซียูอาการไม่ดีขึ้น เมื่ออาการรุนแรงทุเลา แพทย์ส่งรักษาต่อโรงพยาบาล... และได้รับการผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยคิดว่าการผ่าตัดได้รักษาโรคให้หายแล้ว ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ตามคำแนะนำแพทย์ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลได้ แต่ยังไม่งดอาหารประเภทเนื้อและไข่ที่ชอบ 4 ปีต่อมา ผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น แพทย์บอกให้ลดน้ำหนักแต่ผู้ป่วยไม่สามารถลดชนิดและปริมาณ

อาหารได้ ผู้ป่วยจึงเลือกวิ่งเพื่อลดน้ำหนัก จนโรคกำเริบเป็นครั้งที่ 1 เกิดอาการแน่นหน้าอก เป็นลม เพื่อนได้พาส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังคงงดอาหารไม่ได้ แต่เปลี่ยนการออกกำลังกายเป็นการเดินแทน อีก 1 ปีต่อมา โรคกำเริบเป็นครั้งที่ 2 มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างมากจนต้องเข้าโรงพยาบาล หลังการมีเพศสัมพันธ์กับภรรยา ได้รับการรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้า ผู้ป่วยรู้สึกว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้รุนแรงมากที่สุด แต่อีก 6 เดือนต่อมา ผู้ป่วยมีความเครียดจากงาน เจ็บแน่นหน้าอกอย่างมาก โรคกำเริบเป็นครั้งที่ 3 ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่าหัวใจเต้นผิดปกติหวัหะ ผู้ป่วยรู้สึกกลัวต่อการกำเริบของโรคและกลัวว่าจะมีโอกาสรอดยาก จึงจัดการต่อการบริโภคอาหาร โดยเปลี่ยนเป็นรับประทานข้าวเจ้า งดไข่แดงและอาหารประเภทเนื้อ รับประทานสมุนไพร คือ ดอกคำฝอยและกระเทียมสด ผู้ป่วยได้ขอขำงานที่ไม่ทำให้เครียดง่าย ลดการเข้าสังคม ไม่ดื่มสุรา เลือกรักษาที่แพทย์ในท้องถิ่น และออกกำลังกายโดยการเดิน ปัจจุบันสามารถควบคุมการกำเริบของโรคได้นาน 2 ปี

เนื่องจากการควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ไม่ให้กำเริบนั้น ผู้ป่วยจะต้องสามารถจัดการต่อปัจจัยเสี่ยงไขว้รวมทั้ง การใช้ปัญญาวิเคราะห์เพื่อรับรู้และยอมรับต่อความรุนแรงของโรคที่พบตามความเป็นจริง จึงจะสามารถหาแนวทางจัดการควบคุมโรคได้ แต่เป็นการยากที่ผู้ช่วยจะสามารถ เรียนรู้ และจัดการควบคุมโรคได้ ดังนั้นจึงมีการเจ็บป่วยที่มีการกำเริบของโรคได้เป็นระยะๆ ซึ่งแต่ละครั้งของโรคที่กำเริบผู้ป่วยที่มีการเรียนรู้ที่เป็นวงจรต่อเนื่องเปลี่ยนแปลงไปตามเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

สรุป จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสามารถอธิบายจากแบบแผนประสบการณ์การเจ็บป่วยและการจัดการการเจ็บป่วย ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบแผนการเรียนรู้ที่เป็นวงจรต่อเนื่องที่เกิดจากการเผชิญเหตุการณ์การเจ็บป่วยและโรคกำเริบแต่ละครั้งของผู้ป่วยเอง ซึ่งประกอบด้วยสาระสำคัญของประสบการณ์ คือ เผชิญอาการเจ็บปวดล้นรับจัดการให้ชีวิตรอด และประคับประคองให้ชีวิตอยู่ได้ และมีปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขแตกต่างกันไปในแต่ละครั้งของเหตุการณ์ที่เข้าไปมีอิทธิพลต่อการจัดการต่อการเจ็บป่วยหรือควบคุมโรค ปัจจัยเงื่อนไขเหล่านี้ได้แก่ การให้ความหมายของการเจ็บป่วย ภาวะทางการเงิน ความเกรงใจ ภาระในครอบครัว คำแนะนำที่ไม่ชัดเจนและครบถ้วน ข้อมูลด้านสุขภาพ การดูแลเอาใจใส่ของครอบครัว และแหล่งประโยชน์

บทที่ 5

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นดังนี้ 1) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 2) การให้ความหมายโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 3) แบบแผนประสบการณ์การเจ็บป่วย การจัดการการเจ็บป่วย และปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวนทั้งหมด 20 คน เป็นเพศชาย 15 คน เพศหญิง 5 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 55-64 ปี จำนวน 13 คน ซึ่งเป็นช่วงอายุที่พบว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากที่สุดในลักษณะเช่นเดียวกับการศึกษาของวิเศษ สุพรรณชาติ และคณะ (2538) กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยที่สุดมี 1 คน เป็นผู้ป่วยที่เริ่มมีการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเมื่ออายุ 35 ปี กลุ่มตัวอย่างมีช่วงระยะเวลาของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบระหว่าง 2-14 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3-5 ปี จำนวน 11 คน เป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยในลักษณะเจ็บแน่นหน้าอก 13 คน เป็นผู้ป่วย จำนวน 8 คน ที่มีโรคกำเริบ 1 ครั้งและมีโรคกำเริบ 2 และ 3 ครั้ง จำนวน 1 และ 3 คน ตามลำดับ

จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้พบว่าไม่มีผู้ป่วยคนใดมีอาชีพเกษตรกรหรือทำนา ซึ่งเป็นอาชีพส่วนใหญ่ของประชากรชาวอีสาน แต่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพในลักษณะที่ไม่ได้ออกแรง โดยประกอบอาชีพราชการมากที่สุด จำนวน 8 คน เป็นข้าราชการบำนาญ จำนวน 2 คน มีอาชีพขับรถรับจ้างและขับรถขายของจำนวน 4 คน อาชีพค้าขาย จำนวน 2 คน กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จากการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่พบมามากที่สุด จำนวน 8 คนและมีข้อสังเกตว่าเป็นผู้ป่วยที่ดื่มสุราในจำนวนมากจำนวน 6 คน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภชัย ไชยธีระพันธ์ (2533) ที่พบว่าสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การให้ความหมายของการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยให้ความหมายที่สะท้อนถึงความรู้สึกต่อความรุนแรงและอันตรายต่อชีวิต และให้ความหมายที่บ่งบอกถึงการคุกคามของโรคต่อการดำเนินชีวิต ดังนี้

ความหมายที่สะท้อนถึงความรู้สึกต่อความรุนแรงและอันตรายต่อชีวิต

ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันและรุนแรง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตายต้องรีบเข้ารับการรักษาอย่างรีบด่วนกับแพทย์ในโรงพยาบาลเพื่อช่วยชีวิต จะให้ความหมายต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบว่า “เป็นโรคทำให้ตายได้ง่าย ๆ” สำหรับผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ของการเจ็บป่วยแน่นหน้าอกที่ไม่รุนแรง อาการเจ็บแน่นหน้าอกสามารถรักษาให้หายได้รวดเร็วและไม่เกิดขึ้นในขณะที่ทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตตามปกติ ผู้ป่วยจึงให้ความหมายว่า “เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้”

ผู้ป่วยที่ให้ความหมายต่อการเป็นโรคว่า “เป็นโรคที่ทำให้ตายได้ง่าย ๆ” เพราะประสบกับเหตุการณ์ความรุนแรงและการคุกคามต่อชีวิตของอาการเจ็บแน่นหน้าอก ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่ดีเป็นอย่างมากต่ออาการที่ปรากฏ บุคคลจะใช้ความคิดและประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นตัวตัดสินใจเจ็บป่วยของตน (Cockerham, 1995) ความหมายของความเจ็บป่วยในความคิดเห็นของผู้ป่วยจึงเป็นกระบวนการรับรู้ การตอบสนองต่อการรับรู้ การใช้ความคิดและการตีค่าต่อการเป็นโรคหรืออาการเจ็บป่วยต่าง ๆ (Kleinman, 1980) นอกจากนี้ผู้ป่วยเมื่อประสบเหตุการณ์การเจ็บป่วยด้วยตนเองแล้วยังประกอบกับความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่มาจากข้อมูลเกี่ยวกับโรคมามาก่อนล่วงหน้า เนื่องจาก โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคหนึ่งที่ประชาชนโดยทั่วไปส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมามากแล้ว เช่น จากการเสนอข่าวทางโทรทัศน์หรือทางหนังสือพิมพ์ หรือจากการเจ็บป่วยของบุคคลที่รู้จักหรือใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลที่เป็นที่รู้จักของประชาชนโดยทั่วไป เกิดการเจ็บป่วยหรือตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และสื่อมวลชนได้เสนอข่าวเผยแพร่ให้ประชาชนโดยทั่วไปได้รับรู้เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นที่สนใจของประชาชนรวมทั้งการพาดหัวข่าวในหนังสือพิมพ์ของโรคเด่นชัด โรคหลอดเลือดหัวใจตีบจึงเป็นโรคหนึ่งที่ประชาชนโดยทั่วไปเคยได้รู้มาก่อน ผู้ป่วยจึงมีภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในลักษณะของการเจ็บป่วยที่มีอันตรายร้ายแรง ทำให้ตายทันที ข้อมูลที่ได้รับก่อนการเจ็บป่วยจึงเข้าสู่กระบวนการคิดและตีค่าต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบว่าเป็นโรคที่ตายได้ง่าย ๆ

ผู้ป่วยที่ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ว่า “เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้” ซึ่งแตกต่างจากความรู้ทางวิทยาศาสตร์ของบุคลากรในทีมสุขภาพที่รู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด โดยผู้ป่วยจะให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคจากการมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นและไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ดังนั้นทั้งผู้ป่วยที่เคยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตาย เจ็บแน่นหน้าอกบางคนภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้ให้ความหมายว่าเป็นโรคที่ทำให้ตายได้ง่าย ๆ มาก่อนก็จริง แต่เมื่อได้รับการรักษาจนอาการเจ็บแน่นหน้าอกหายไป ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำเนินชีวิตเหมือนก่อนการเจ็บป่วยได้ ทั้งในการทำงาน การนอนหลับ การออกกำลังกาย รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเกิดขึ้น และอาการเจ็บอกไม่กำเริบอีก ผู้ป่วยจึงเกิดการรับรู้และคิดว่าตนเองแข็งแรงดีไม่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จึงตีความหมายว่าเป็นการหายจากการเจ็บป่วย ดังนั้นการไม่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจึงยากต่อการที่จะให้ผู้ป่วยยอมรับว่ายังคงมีโรคอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยจะใช้สามัญสำนึกและประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเป็นตัวตัดสินการเจ็บป่วย (Cockerham, 1995; Clark, 1983) ซึ่งจากการให้ความหมายของการเจ็บป่วยดังกล่าวนี้จะเป็ปัจจัยในการกำหนดพฤติกรรม หรือการเลือกการปฏิบัติในกิจกรรมที่สอดคล้องกับความคิดเห็นต่อการให้ความหมายของโรค เช่นเดียวกับผลการศึกษาของมิลเลอร์ และคณะ (Miller, et al., 1990; Radtke, 1989; Oldridge, 1988) ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่มีอาการเจ็บอกหรืออาการเจ็บป่วยใด ๆ ผู้ป่วยคิดว่าตนไม่เจ็บป่วยอีกแล้ว จึงละเลยการปฏิบัติตัวตามแบบอย่างที่ต้องปรับเปลี่ยนนั้น ๆ นอกจากนี้ จากธรรมชาติของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ในลักษณะที่มีทั้งในระยะที่โรคสงบ (Remission) และมีระยะที่โรคกำเริบ (Exacerbation) การเจ็บป่วยจะเป็นระยะของการเป็นๆ หายๆ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนโรคสงบ ไม่ได้หมายความว่าความเจ็บป่วยหรือโรคได้รับการรักษาจนหายขาด ดังนั้นผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจถึงลักษณะที่เป็นๆ หายๆ ก็จะให้ความหมายว่าตนเองได้รับการรักษาจนหายจากโรคแล้ว เมื่อผู้ป่วยเข้าใจเช่นนี้ผู้ป่วยก็อาจจะไม่ดูแลรักษาตนเองต่อเนื่อง ทำให้โรคกำเริบลุกกลับมาได้อีก (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ,2536)

การให้ความหมายของโรคยังเนื่องจากการรับรู้ตามทัศนะเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุคคลทั่วไป คือ การรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะทำให้บุคคลไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนปกติ (Kleinman, 1980) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเผชิญกับการเจ็บแน่นหน้าอก ได้รับการรักษาจากแพทย์อย่างรีบด่วน อาการเจ็บป่วยไม่ปรากฏขึ้นมาอีก และผู้ป่วยสามารถกระทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตตามปกติ เหมือนที่เคยปฏิบัติก่อนการเจ็บป่วย (โดยไม่ตระหนักว่าจะทำให้

เกิดการกำเริบตามมา) จึงมีความคิดว่าการเจ็บป่วยได้รับการบำบัดจนหายแล้ว จึงให้ความหมายต่อโรคว่าเป็นโรคที่รักษาให้หายได้

ความหมายที่บ่งบอกถึงการคุกคามต่อการดำรงชีวิต

ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยที่กระทบต่อการดำเนินชีวิต ต้องเผชิญอาการเหนื่อยอ่อนเพลียเรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แม้ผู้ป่วยบางคนจะได้รับการรักษาด้วยการถ่ายขยายหลอดเลือด หรือผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ แต่อาการเจ็บป่วยก็ยังกำเริบ หรือมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตตามปกติ ทั้งในส่วนของ การประกอบอาชีพ การทำงาน การเข้าสังคม และการมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบว่า “เป็นโรคที่รักษายาก”

ข้อค้นพบนี้ยืนยันด้วยข้อเท็จจริงจากการวิจัยของ เบนเนท (Bennett, 1992) ที่รายงานว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับปัญหาที่คุกคามการดำเนินชีวิตมากที่สุด ผู้ป่วยภายหลังจากการเจ็บป่วยแล้ว การเจ็บป่วยที่ถือว่าเป็นโรคเรื้อรัง พยาธิสภาพของโรคไม่กลับคืนเป็นปกติ ทำให้การเจ็บป่วยยังคงมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ หรือเมื่อมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเกิดขึ้นโดยที่ผู้ป่วยควบคุมไม่ได้ ทำให้โรคกำเริบกลับคืนมาได้ อีก จากการที่ผู้ป่วยประสบเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่ยังคงคุกคามต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ก็จะเป็นข้อมูลป้อนเข้าในกระบวนการเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยคิดและตีค่าต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ว่า “เป็นโรคที่รักษายาก”

ความหมายของโรคที่ผู้ป่วยให้แตกต่างกันนี้ สอดคล้องกับแนวคิดของไคล์แมนที่กล่าวว่า การให้ความหมายของการเจ็บป่วยในความคิดของผู้ป่วยเป็นกระบวนการเรียนรู้ การตอบสนองต่อการรับรู้ การใช้ความคิดและการตีค่าต่อการเจ็บป่วย (Kleinman, 1980 ; Kleinman, Eisenberg & Good, 1978) ที่บุคคลนั้นประสบโดยตรง เมื่อบุคคลเจ็บป่วยขอมแสวงหาคำอธิบายต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เผชิญอยู่ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ ตามประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับความรู้อและความเชื่อที่มาจากข้อมูลข่าวสารที่ได้รับก่อนการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยแตกต่างกันว่า “เป็นโรคที่ทำให้ตายได้ง่าย ๆ” “เป็นโรคที่รักษาให้หายได้” และ “เป็นโรคที่รักษายาก” ผู้ป่วยให้ความ

หมายจากการเรียนรู้เมื่อเผชิญอาการเจ็บป่วย เมื่อเผชิญกับการรักษา และผลการรักษา ตลอดจนเผชิญกับความยุ่งยากนานับประการในการดำเนินชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นการให้ความหมายต่อโรคตามประสบการณ์ของผู้ป่วย (Kleinman, 1980) ซึ่งจะเห็นได้ชัดว่าแตกต่างจากการให้ความหมายต่อโรคของบุคลากรในวิชาชีพ ซึ่งมักจะให้ความหมายของโรคที่เป็นความผิดปกติในด้านโครงสร้างทางร่างกาย หรือชีวเคมี หรือความผิดปกติของการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย การให้ความหมายที่แตกต่างกัน ตามความคิดของบุคลากรในวิชาชีพกับผู้ป่วยสะท้อนให้เห็นช่องว่างของการสร้างความร่วมมือการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมโรคของผู้ป่วยเรามักจะพบเสมอว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่แตกต่างไปจากแนวคิดของบุคลากรในวิชาชีพ เนื่องจากการให้ความหมายต่อโรคที่แตกต่างกันไป (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ข้อค้นพบนี้จึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้บุคลากรในวิชาชีพสามารถเข้าใจความคิด และมุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อโรคได้ชัดเจน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนให้การพยาบาล และช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องมากขึ้น

แบบแผนประสบการณ์การเจ็บป่วย การจัดการต่อการเจ็บป่วย และปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง

ประสบการณ์การเจ็บป่วย และการจัดการต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถสรุปเป็นแบบแผนประสบการณ์การเจ็บป่วย และการจัดการต่อการเจ็บป่วยเป็นลักษณะวงจรการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง วงจรประสบการณ์การเจ็บป่วยนี้จะเริ่มต้นตั้งแต่การเจ็บป่วยครั้งแรก กำเริบครั้งที่ 1 กำเริบครั้งที่ 2 หรือต่อ ๆ ไป โดยมีผลสุดท้ายของวงจรคือ โรคสงบ ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ หรือโรครำเริบ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ แต่ละวงจรประสบการณ์ประกอบด้วยสาระสำคัญของประสบการณ์การเจ็บป่วย ได้แก่ การเผชิญอาการเจ็บป่วย รับจัดการให้ชีวิตรอด และประคับประคองให้ชีวิตอยู่ได้ ผู้ป่วยจะประสบเหตุการณ์ต่าง ๆ ในประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยตนเอง ประกอบกับปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดการการเจ็บป่วย ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคลหลายประการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในขณะเจ็บป่วย และสามารถให้ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่แตกต่างกัน เกิดการเรียนรู้ต่อโรคเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การรับรู้ต่อโรคว่าเป็นโรครุนแรงรักษาไม่หาย ต้องรักษาตลอดชีวิต และยอมรับการเป็นโรค การรับรู้ต่อโรคดังกล่าวเป็นตัวกำหนดให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการจัดการต่อการเจ็บป่วย โดยเลือกรับและจัดการรักษาอย่างต่อเนื่อง สร้างพลังใจให้เข้มแข็ง ปรับแบบแผนชีวิตได้ และแสวงหาความรู้ เมื่อผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการจัดการต่อการเจ็บป่วยดังกล่าวผลที่ตามมาคือ โรคสงบ สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการควบคุมการเจ็บป่วยที่เป็นเป้าหมายของการจัดการการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การรับรู้ลักษณะที่ 2) เป็นการรับรู้ต่อโรคในลักษณะไม่แน่ใจ ไม่ยอมรับโรคและเชื่อว่ารักษาหายเป็นปกติ การรับรู้ดังกล่าวจะเป็นตัวกำหนดให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมจัดการการเจ็บป่วยด้วยการปฏิเสธการรักษา ปรับแบบแผนชีวิตไม่ได้และขาดการแสวงหาความรู้ทำให้ผลที่ตามมาคือโรคกำเริบโดยเข้าสู่วงจรกำเริบครั้งที่ 1 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการขาดประสิทธิภาพในการควบคุมโรค หรือไม่สามารถจัดการต่อความเจ็บป่วยให้บรรลุเป้าหมายที่คาดหวังไว้ ระยะเวลาของโรคกำเริบสั้นลง

แบบแผนประสบการณ์การเจ็บป่วยและการจัดการการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะมีลักษณะเป็นวงจรการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับอิทธิพลจากลักษณะทางกายภาพ นั่นคือ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งก็คือปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องต่อการจัดการการเจ็บป่วย การเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากความสัมพันธ์ของลักษณะทางกายภาพจะเกิดขึ้นอย่างไม่หยุดนิ่ง ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะทางกายภาพจะมีการเปลี่ยนแปลงได้เสมอไม่คงที่ (Bandura, 1986)

วงจรการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องของประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนี้สามารถใช้แนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของบันดูรา (Bandura, 1986) ที่ให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบการเรียนรู้ 3 ประการคือ พฤติกรรมของบุคคล การใช้ความคิดและการใช้ปัญญาของบุคคล และลักษณะทางกายของสิ่งแวดล้อมของบุคคล ซึ่งองค์ประกอบนี้เปลี่ยนแปลงได้เสมอไม่อยู่นิ่งและมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน การเรียนรู้ของบุคคลจึงเป็นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเป็นวงจร เปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ การเปลี่ยนของพฤติกรรม การใช้ความคิดและปัญญา และปัจจัยสิ่งแวดล้อมของบุคคล ซึ่งสะท้อนลักษณะทางธรรมชาติของมนุษย์ และแนวคิดของมนุษย์อย่างองค์รวม

จากประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จะเริ่มต้นด้วยการเรียนรู้ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางกายภาพของบุคคล คือ เกิดพยาธิสภาพโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผู้ป่วยรับรู้การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจากอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่อาจรุนแรงหรือไม่รุนแรง การรับรู้ถึงการได้รับการรักษา และการดูแลจากแพทย์ การรับรู้ถึงผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยจะได้อิทธิพลจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมซึ่งได้แก่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค แหล่งประโยชน์อื่น ๆ ตลอดจนการดูแลเอาใจใส่ของครอบครัว ผู้ป่วยจึงใช้กระบวนการคิดและใช้ปัญญาวิเคราะห์ ตีค่าของความเจ็บป่วยสามารถให้ความหมายต่อความเจ็บป่วย การให้ความหมาย

ต่อการเจ็บป่วยจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ และกำหนดพฤติกรรมของผู้ป่วยในการจัดการต่อโรค ผลของการจัดการต่อโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะกายภาพต่อไปอีก คือ เกิดการกำเริบของโรคผู้ป่วยจะเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงจากอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นครั้งใหม่ที่อาจเหมือนหรือแตกต่างจากครั้งแรก เรียนรู้ถึงการได้รับการรักษาและการดูแลจากแพทย์ซึ่งอาจเหมือนหรือแตกต่างกันไป เรียนรู้ถึงการได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและได้รับอิทธิพลปัจจัยสิ่งแวดล้อมสิ่งใหม่ ๆ ที่แตกต่างไปจากครั้งแรกเช่นกัน ผู้ป่วยจะมีการวิเคราะห์ ตีค่าและให้ความหมายต่อโรคใหม่ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้และกำหนดพฤติกรรมการจัดการต่อโรคของผู้ป่วย เป็นวงจรการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องกันไปเรื่อย ๆ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติของมนุษย์ที่จะต้องมีการเรียนรู้เกิดขึ้นตลอดตามกาลไม่หยุดนิ่งขององค์ประกอบ 3 ประการที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน

ในประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบต่อการกำเริบของโรคที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งผู้ป่วยจะเกิดความคิดและการเรียนรู้จากอาการเจ็บป่วย การให้ความหมายต่อโรคที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการกำหนดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปตามธรรมชาติของมนุษย์ที่จะต้องมีการเรียนรู้เกิดขึ้นตลอด ตามการไม่หยุดนิ่งขององค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อกันและกัน ซึ่งเป็นการมองการเรียนรู้ในปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์อย่างเป็นองค์รวม

บทที่ 6

สรุปการศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายถึงการให้ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตามการรับรู้ของผู้ป่วย การจัดการต่อการเจ็บป่วย และปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขต่อการจัดการการเจ็บป่วย ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการติดตามสัมภาษณ์ระดับลึก การสังเกตการจดบันทึกภาคสนาม ตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2539 ถึงมีนาคม 2541 ใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์ เริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพจนผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ แล้วทำการสัมภาษณ์เจาะลึก สังเกตขณะสัมภาษณ์ ทำการบันทึกเทป และบันทึกภาคสนามรายวันทันทีและรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนมีผู้ป่วย ที่ยินดีให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ที่บ้าน จำนวน 5 คน ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีร่วมกัน ช่วยให้ได้ข้อมูลที่มีความเชื่อถือเป็นการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า

ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลและทำการวิเคราะห์ข้อมูลรายวันจนไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม จึงวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด ด้วยวิธีของโคโลซซี่ (Colaizzi, 1987) จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยแล้วนำมาวิเคราะห์หาความหมายสาระสำคัญของประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยแล้ว แบบแผนประสบการณ์การเจ็บป่วย และการจัดการต่อการเจ็บป่วย ตลอดจนวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องต่อการจัดการการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งในระหว่างนี้ได้มีการปรับแก้แนวคิดและร่วมอภิปรายกับอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นระยะ ซึ่งผลของการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผู้ป่วยได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ใน 2 ลักษณะ กล่าวคือ

1.1 โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคร้ายแรงและน่ากลัว มีอาการแน่นบริเวณหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน และทิวความรุนแรงอย่างรวดเร็ว ทำให้หายใจไม่ออกและไม่มีแรง อาจทำ

ให้ตายได้ง่ายๆ เป็นการให้ความหมายที่สะท้อนถึงความรู้สึกต่อความรุนแรงของโรค ที่มีอันตรายต่อชีวิตเนื่องด้วยการเกิดอาการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จะเกิดอาการขึ้นอย่างเฉียบพลันทันที มีอาการแน่นหน้าอกและทำให้ผู้ป่วยไม่มีกำลังที่จะช่วยเหลือตนเอง รู้สึกแน่นอึดอัดหายใจไม่ออก เหมือนจะขาดใจตาย ต้องขอความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิดให้รีบพาไปโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด เพื่อรับการช่วยชีวิตจากแพทย์อย่างรีบด่วน และผู้ป่วยบางคนต้องได้รับยาและใช้เครื่องมือที่ทันสมัยจึงช่วยให้ออกจากความตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากโรคสงบแล้วมีการกำเริบของโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันรุนแรง จึงได้เพิ่มความรู้สึกกลัวต่ออันตรายที่อาจทำให้ตายได้ง่ายๆ แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการเจ็บแน่นหน้าอกหายไปผู้ป่วยบางคนให้ความหมายใหม่ว่า เป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ เป็นการให้ความหมายที่แสดงถึงการให้ความสำคัญต่ออาการเจ็บแน่นหน้าอก โดยผู้ป่วยจะให้ความหมายต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ต่อเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเกิดขึ้น ดังนั้นจากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้วไม่ปรากฏอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือเจ็บแน่นหน้าอกปางตาย ทั้งในขณะที่พักหรือทำกิจกรรมใดๆ ตามปกติสามารถดำเนินชีวิตได้เช่นเดียวกับก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจึงเชื่อว่าเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้

1.2 เป็นโรคที่รักษายาก เป็นการให้ความหมายที่บ่งบอกถึงการคุกคามของโรคต่อการดำเนินชีวิตต้องมีข้อจำกัด ทั้งในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานประกอบอาชีพ การเข้าสังคม การมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งโรคทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยง่ายและโรคมีโอกาสรุนแรงขึ้นอีก ผู้ป่วยต้องติดตามอาการของโรคโดยมาตรวจกับแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง และการรับประทานยาประจำ ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับวิถีชีวิตจากเดิมในหลายๆ ด้าน ทั้งการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เลิกดื่มสุรา เลิกสูบบุหรี่ การลดความเครียด เป็นต้น จึงเป็นการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตตามปกติ

2. สาระสำคัญของประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

จากประสบการณ์ของการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบผู้ป่วยพบว่ามีความหมายเรื่องที่มีสาระสำคัญของประสบการณ์การเจ็บป่วยที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) เพลียอาการเฉียบพลัน 2) รีบจัดการให้ชีวิตรอด และ 3) ประคับประคองให้ชีวิตอยู่ได้ ดังนี้

2.1 เพลียอาการเฉียบพลัน เป็นการเผชิญกับอาการเจ็บป่วยที่สำคัญ 2 ลักษณะคืออาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตาย และอาการเจ็บแน่นหน้าอก ที่เกิดขึ้นทันที รุนแรงมากและทรมาณ และกลัวตายคนเดียว เป็นอาการที่เกิดได้โดยผู้ป่วยไม่รู้ล่วงหน้ามาก่อน ในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกว่างกายแข็งแรงและสบายดี ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยนอน เดิน ขับรถ เครียด ออกกำลังกาย และมีเพศสัมพันธ์

และอาการได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น จนผู้ป่วยไม่มีแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง ต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น จึงเป็นการเผชิญกับอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกถึงการเจ็บป่วยของอาการ การมีอาการรุนแรงและอาจตายได้ง่าย ๆ ตามลำพัง และไม่ได้รับการช่วยเหลือใดๆ ถ้าไม่มีคนอยู่ด้วย

2.2 รับผิดชอบให้ชีวิตรอด จากความเจ็บป่วยของอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงรีบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยด่วน เพื่อช่วยชีวิตโดยเข้ารับการรักษาเบื้องต้นกับโรงพยาบาล ที่อยู่ใกล้ที่สุดก่อน เพื่อให้ได้การรักษาอย่างรีบด่วน และเฝ้าติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

2.3 ปรึกษาประคองให้ชีวิตอยู่ได้ เป็นการจัดการต่อการเจ็บป่วย และการดำเนินชีวิตเพื่ออยู่กับโรค โดยผู้ป่วยมีการจัดการต่อการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวกับ 1) เลือกรับและจัดการรักษาอย่างต่อเนื่อง 2) สร้างพลังใจให้เข้มแข็ง 3) ปรับแบบแผนชีวิต และ 4) แสวงหาความรู้

เลือกรับและจัดการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นการเลือกรับการรักษาตามแผนปัจจุบัน การกินยาเป็นประจำ การรับการตรวจตามนัด การเลือกการรักษาที่ดีที่สุดโดยเลือกสถานที่รักษา และวิธีการรักษา เช่น การดำงายขยาลอดเลือดด้วยบอลูน และการผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจ ในส่วนของการเลือกรับการรักษาแบบทางเลือก ผู้ป่วยได้ใช้การบำบัดหลากหลายวิธีทั้งการใช้สมุนไพรทั้งแบบพื้นบ้านและแบบสำเร็จรูป การใช้ไสยศาสตร์ และการใช้หลักคำสอนทางพระพุทธศาสนา เช่น การทำสมาธิ การเอาบุญ และการทำใจ

สร้างพลังจิตใจให้เข้มแข็ง เป็นการใช้ความพยายามในการควบคุมจิตใจ ควบคุมกำกับกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนที่ต้องเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เคยชอบและเคยชินด้วย วิธีการต่างๆ หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ การเตือนตัวเองถึงอันตรายของโรคที่จะกำเริบขึ้น การพยายามอดทนจะให้จิตใจเข้มแข็ง การใช้พุทธศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวการปฏิบัติ

ปรับแบบแผนชีวิต เป็นการปรับพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ตามที่แพทย์แนะนำ โดยเฉพาะการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยผู้ป่วยจะมีวิธีการปฏิบัติตามความรู้ ความเชื่อ โดยผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับเลิกสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่มีไขมัน เลือกออกกำลังกายทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ปรับการทำงานที่ไม่เครียดและลดความพะเยอทะยาน งดและเลือกเวลาการมีเพศสัมพันธ์ ลดการเข้าร่วมในสังคม

การแสวงหาความรู้ เป็นการแสวงหาความรู้ที่เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ซึ่งความรู้ที่นั่นมักจะมาจากข้อมูลการเผยแพร่ เช่น หนังสือพิมพ์ รายการโทรทัศน์ หนังสือเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว เอกสารที่ติดไว้ที่บอร์ด แผ่นพับ และแพทย์ การแสวงหาความรู้

ส่วนใหญ่จากเอกสารความรู้สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ และโทรทัศน์ การหาความรู้จากบุคลากรแพทย์และพยาบาลมีน้อย

3. แบบแผนประสบการณ์การเจ็บป่วย การจัดการต่อการเจ็บป่วย และปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง

จากผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถสรุปประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้เป็นแบบแผนประสบการณ์การเจ็บป่วย การจัดการต่อการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสบการณ์การเจ็บป่วย และการจัดการต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีลักษณะเป็นวงจรการเรียนรู้ที่มีความต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการเรียนรู้จากการเจ็บป่วยครั้งแรก การกำเริบครั้งที่ 1 การกำเริบครั้งที่ 2 และครั้งต่อ ๆ ไป โดยผลสุดท้ายของแต่ละวงจรมี 2 ลักษณะ คือ โรคกำเริบ และโรคสงบ ในแต่ละวงจรของประสบการณ์ การเจ็บป่วยประกอบด้วยสาระสำคัญของประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ได้แก่การเผชิญอาการเจ็บป่วย รับผิดชอบให้ชีวิตรอด และประคับประคองให้ชีวิตอยู่ได้ จากการเรียนรู้ต่อประสบการณ์ของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะเกิดการรับรู้ต่อโรคได้เป็น 2 แบบ คือ

แบบที่ 1 การรับรู้ต่อโรคว่าเป็นโรครุนแรง รักษาไม่หาย ต้องรักษาตลอดชีวิต และยอมรับการเป็นโรคการรับรู้ดังกล่าวจะกำหนดให้ผู้ป่วยมีการจัดการต่อการเจ็บป่วยโดยเลือกรับและจัดการรักษาอย่างต่อเนื่อง สร้างพลังใจให้เข้มแข็ง ปรับแบบแผนชีวิตได้ และแสวงหาความรู้ซึ่งผู้ป่วยที่สามารถจัดการต่อการเจ็บป่วยดังกล่าวได้ก็จะสามารถควบคุมโรคได้ นั่นคืออยู่ในลักษณะโรคสงบ และระยะเวลาโรคกำเริบยาวนานขึ้น

แบบที่ 2 เป็นการรับรู้ต่อโรคที่เกิดขึ้นว่าไม่แน่ใจ ไม่ยอมรับโรคและเชื่อว่ารักษาหายเป็นปกติ จากการรับรู้ดังกล่าว จึงกำหนดให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการจัดการต่อการเจ็บป่วยในลักษณะปฏิเสธการรักษา ปรับแบบแผนชีวิตไม่ได้ ขาดการแสวงหาความรู้ การจัดการต่อการเจ็บป่วยดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ จึงมีการกำเริบของโรคซ้ำ ๆ เป็นครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งต่อ ๆ ไป

นอกจากการรับรู้ของผู้ป่วยจำเป็นต้องกำหนดพฤติกรรมในการจัดการต่อการเจ็บป่วยแล้ว การเจ็บป่วยและการจัดการต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยยังมีอิทธิพลจากปัจจัยเงื่อนไข ได้แก่ การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วย ภาวะทางการเงิน ความเกรงใจ ภาระในครอบครัว คำแนะนำที่ไม่ชัดเจนและครบถ้วน ข้อมูลด้านสุขภาพ การดูแลเอาใจใส่ของครอบครัวและแหล่งประโยชน์

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ผลการวิจัยต่อการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล

ประสบการณ์การเจ็บป่วย และการจัดการการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ เป็นความรู้ใหม่ซึ่งถือว่าเป็นทฤษฎีระดับอธิบายที่เฉพาะเจาะจง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยได้อาศัยวิธีการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาและแนวคิดของการหาเหตุผลอธิบายความหมายของการเจ็บป่วยของไคลน์แมน (Klienman , 1980) และแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ บันดูรา (Bandura , 1986) เป็นแนวคิดในกระบวนการศึกษา

ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการจัดการต่อการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จากการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวข้องของการให้ความหมายต่อประสบการณ์การเจ็บป่วย แบบแผนการเจ็บป่วยและการจัดการการเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำของบุคคล ซึ่งการศึกษานี้สามารถอธิบายให้ได้ทราบว่าจากประสบการณ์ของการเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกปางตาย หรือเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นในครั้งแรก หรือมีการกำเริบในแต่ละครั้งนั้น มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ในการให้ความหมายและการจัดการต่อวิถีชีวิตเพื่อคุมโรค ซึ่งผู้วิจัยมุ่งเน้นให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในการเรียนรู้และการจัดการต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การเจ็บป่วยที่กำเริบ และก็ยังขึ้นอยู่กับความรู้คิดของบุคคลที่มีต่อการรับรู้และยอมรับโรค ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมปฏิบัติการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยต่อไป จุดเด่นสำคัญของแบบแผนประสบการณ์การเจ็บป่วยและการจัดการต่อการเจ็บป่วยนี้ เป็นมโนทัศน์ที่พัฒนามาจากประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีประสบการณ์ตรง ทั้งผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยไม่กำเริบและกำเริบมากที่สุดถึง 3 ครั้ง และผู้ป่วยในบริบทของสังคมไทย ถือเป็นปรากฏการณ์ทางการพยาบาล และใช้วิธีวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ดังนั้นประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจึงเป็นกระบวนการทัศน์ที่ชัดเจน ซึ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจในความคิดและพฤติกรรมปฏิบัติการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ชัดเจน ดังนั้นผลจากการศึกษาในครั้งนี้จึงสามารถพัฒนาองค์ความรู้ในศาสตร์สาขาพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะในด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยทั้งความหมาย สาระสำคัญของประสบการณ์การเจ็บป่วย ตลอดจนแบบแผนประสบการณ์การเจ็บป่วย การจัดการต่อการเจ็บป่วย และปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง ช่วยให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ใช้เป็นแนวทางในการเข้าใจ การรับรู้ ความคิด และการจัดการต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากยิ่งขึ้น ช่วยให้พยาบาลนำไปเป็นแนวทางในการศึกษาปัญหาตามความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงตาม ประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้รู้ถึงความต้องการคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่มีความชัดเจนและครบถ้วนเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรก การทำความเข้าใจของผู้ป่วยให้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงมีความสำคัญ ซึ่งการไม่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นนั้น ไม่ได้หมายถึงโรคได้รับการรักษาให้หายไปด้วย การรับรู้ที่ถูกต้องมีอิทธิพลต่อการช่วยให้ผู้ป่วยจัดการต่อการเจ็บป่วย โดยการระคับระคองให้ชีวิตอยู่ได้ ควบคุมไม่ให้โรคกำเริบอีกต่อไป

ควรปรับปรุงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยจัดให้มีการสอนผู้ป่วยโดยอาศัยประสบการณ์ และความหมายของการเจ็บป่วย โดยสอนผู้ป่วยให้เข้าใจถึงสภาวะของโรคอย่างชัดเจน เน้นเนื้อหาทางพยาธิสภาพของโรค โดยนำเอาประสบการณ์การเจ็บป่วยประกอบเป็นเนื้อหา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่ตรงกับความเป็นจริงที่ตนเองประสบ และคำนึงถึงการนำปัจจัยเงื่อนไขมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง

การได้รู้ถึงความหมายการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่แตกต่างกัน ตลอดจนการระคับระคองชีวิตให้อยู่ได้ในความคิดเห็นของผู้ป่วย ตลอดจนปัจจัยเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เป็นสิ่งส่งเสริมและเป็นอุปสรรคนั้นเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยแต่ละคนมีความต้องการคำแนะนำจากบุคลากรวิชาชีพที่แตกต่างกัน

การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ต้องการการพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่อาศัยความเข้าใจของพยาบาลต่อประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยผ่านประสบการณ์ที่มีการรับรู้ในทางที่ดีให้ควบคุมโรคให้สงบได้นาน ๆ

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางในการวิจัยทางการแพทย์

จากการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาเพื่อเข้าใจประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการศึกษาที่ได้มีข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

1. การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาวิถีชีวิตของผู้ป่วยก่อนเจ็บป่วยจึงควรมีการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันไม่ให้กลุ่มเสี่ยงเกิดการเจ็บป่วย

2. จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยรับรู้ต่อการได้รับการรักษาพยาบาลไม่ชัดเจน จึงควรมีการศึกษาปรากฏการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเจ็บป่วยครั้งแรกของผู้ป่วย ซึ่งการศึกษานี้ควรเป็นการศึกษาด้วยวิธีการสัมภาษณ์ระดับลึกและการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม

3. จากการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบครั้งนี้ จากแนวคิดประสบการณ์การเจ็บป่วย จึงควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมโดยเจาะลึกการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เป็นการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

4. ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 8 ใน 20 คน ที่ได้ใช้การรักษาแบบทางเลือก จึงควรมีการศึกษาอย่างลึกในผู้ป่วยที่ได้ใช้การรักษาแบบทางเลือก

5. ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยได้ใช้การรักษาแบบพหุลักษณะด้วยตนเอง ดังนั้น ในระบบบริการสุขภาพควรมีการวิจัยที่นำการรักษาแบบทางเลือกผสมผสานกับการรักษาแผนปัจจุบันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ หาญสูงเนิน. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพและความรู้ในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กองสถิติสาธารณสุข. (2522). สถิติสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองสถิติสาธารณสุข. (2535). สถิติสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กมล สันทวานนท์ และอุไรวัฒน์ คชาชีวะ. (2536). ระบาดวิทยาของโรคหัวใจในประเทศไทย. ใน สมชาติ โลจายะ บุญชอบ พงษ์พานิชย์ และพันธุ์พิชัย ศาครพันธุ์ (บรรณาธิการ) ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- กุลธิดา พานิชกุล. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกษม วัฒนชัย และคนอื่น ๆ. (2531). การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วารสารโรคหัวใจ, 1(1), 12-20.
- กุสุมา ชูศิลป์ และคนอื่น ๆ . (2531). สภาพและปัญหาการแพทย์แผนโบราณ และกลวิธีการพัฒนาในงานสาธารณสุขมูลฐาน. รายงานวิจัยเบื้องต้น. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คณะกรรมการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข. (2532). แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (2535 - 2539). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เครือวัลย์ สุวรรณรัตน์. (2528). ความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาลเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ขณะพักอยู่ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เครือวัลย์ หุตานวัตร. (2533). การเปลี่ยนแปลงของระบบอาหารธรรมชาติในชนบทอีสาน. ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และจรรยา สุทธิสุนทร (บรรณาธิการ). พฤติกรรมสุขภาพ. นครปฐม: ข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

- จรียา ตันติธรรม. (2536). รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรัส พัดชมราชศักดิ์. (2534). อีสาน 2 อีสาน ปัญหา หมอยากลางบ้านโหระวารยพื้นเมือง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.
- จารุบุตร เรืองสุวรรณ. (2520). ของดีอีสาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.
- ชยันต์ วรรณะภูติ. (2531). เพื่อความเข้าใจบางประการเกี่ยวกับการวิจัยสังคมศาสตร์. ใน สถาบันวิจัยและพัฒนา. ลักษณะและความสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ. (รวมบทความวิจัยเชิงคุณภาพ ชุดที่ 2) (หน้า 27-41). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชาย โพรสิตดา. (2533). การวิจัยเชิงคุณภาพ: ข้อพิจารณาทางทฤษฎี. การศึกษาเชิงคุณภาพ: เทคนิคการวิจัยภาคสนาม. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- ถนอมขวัญ คำปาน. (2539). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการลดภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในสตรีอายุระหว่าง 35-54 ปี เขตเทศบาลเมือง จังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพมาส ชิมวงศ์. (2541). การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดผู้ป่วยมะเร็งปอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ณัฐวรรณ รักรวงศ์ประยูร. (2539). ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนที่มีต่อสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธาดา ชาคร. (2536). สัมภาษณ์นายแพทย์ธาดา ชาคร เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดยการฉีดยาขยายหลอดเลือด. ใน กมล สันทวานนท์ และคนอื่นๆ. (บรรณาธิการ). หัวใจของเรา. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- บุปผา ศิริรัมย์ และ วาทีณี บุญชะลิกย์. (บรรณาธิการ). การศึกษาระดับปริญญาโท: เทคนิคการวิจัยภาคสนาม. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงค์. (2536). มนุษยวิทยาการแพทย์กับปัญหาทางการแพทย์และปัญหาสาธารณสุข. สังคมศาสตร์การแพทย์, 7(1-2), 68-76.

เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงส์. (2536). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ. จดหมายข่าว. สมาคมวิจัยเชิงคุณภาพแห่งประเทศไทย, 6(7) ฉบับรวมเล่มพิเศษ (2535-2536).

เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงส์ และภาณี วงษ์เอก. (2534). พฤติกรรมสุขภาพ:วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นครปฐม: ข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงส์. (2534). คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพชุดที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ : วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ. นครปฐม: โครงการข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

ประภา รัตนเมธานนท์. (2532). การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประเวศ วะสี. (2538). การบรรยายเรื่องการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมเพื่อสุขภาพ. ในสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. รวมสารสำคัญจากการประชุมสัมมนา เรื่อง การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ณ โรงแรมรอยัลซิติ้ กรุงเทพฯ.

ปรีชา อุปโยคิน. (2533). มนุษยวิทยากับระบบการแพทย์และสาธารณสุข. สังคมศาสตร์การแพทย์, 6(1), 16-32.

ปรีชา อุยตระกูล และคนอื่น ๆ. (2531). บทบาทของหมอพื้นบ้านในสังคมชนบทอีสาน. รายงานวิจัยเบื้องต้น. ขอนแก่น: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ. (2533). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบท : กรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคอีสาน. ใน ลือชัย ศรีเงินขวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง, (หน้า 156-206). นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพลินพิศ เลหาวิริยะกมล. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไพศาล วิสาโล, พระ. (2535). สุขภาพ วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (บรรณาธิการ). สิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ, (หน้า 23-70). นครปฐม: ข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

- ไพศาล วิศาล, พระ (บรรณาธิการ). (2536). องค์รวมแห่งสุขภาพ: ทศนะใหม่เพื่อคุณภาพแห่งชีวิตและบำบัดรักษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมล คีมทอง. 23-70.
- มัลลิกา มัติโก. (2534). บทนำ. ใน มัลลิกา มัติโก. (บรรณาธิการ). คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. นครปฐม: โครงการข่างานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- ยงยุทธ สหัสสกุล และคนอื่น ๆ. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางคลินิก การตรวจเพื่อวินิจฉัยกับอัตราการตายในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วารสารโรคหัวใจ, 2(1), 19-24.
- วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์. (2534). แนวคิดพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรม. ใน มัลลิกา มัติโก (บรรณาธิการ). คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชัย ต้นไพจิตร. (2536). ไขมันกับโรคหัวใจตีบตัน. ใน กมล สันทวานนท์ และคนอื่น ๆ (บรรณาธิการ). หัวใจของเรา. (หน้า108-109). กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- วิเศษ สุพรรณชาติ และคนอื่น ๆ. (2538). ศัลยกรรมโรคหัวใจขาดเลือด. ใน วิศาล คันธารัตนกุล (บรรณาธิการ). เวชศาสตร์ฟื้นฟูใน ผู้ป่วยโรคหัวใจ. หน้า 61-73.. กรุงเทพฯ : โฮสต์ติกพับลิชชิง.
- วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. (บรรณาธิการ.). (2539). รายงานการประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 4 สังคมวัฒนธรรมกับสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮาส์.
- ศิริอร สินธุ. (2526). ความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. (2530). โรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย. คลินิก, 3(6), 789-95.
- ศุภชัย ไชยธีระพันธ์ และคนอื่น ๆ. (2531). โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วยอายุน้อย. วารสารโรคหัวใจ, 1(1), 1-11.
- ศุภชัย ไชยธีระพันธ์ และคนอื่น ๆ. (2533). โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วยอายุน้อย. การศึกษาร่วมระหว่างสถาบันแพทย์ 7 แห่ง ในผู้ป่วย 140 ราย. วารสารโรคหัวใจ, 3(4), 115-124.
- สมเกียรติ โกศลวัฒน์ และวงสวาท ปัทมาคม. (2536). พฤติกรรมการบริโภคที่มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจ. สารมหาวิทยาลัยมหิดล, 18(2), 6.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ). (2536). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. (ปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรีนติ้ง.

- สมชาติ โลจายะ, บุญชอบ พงษ์พานิชย์ และพันธุ์พิชญ์ สาครพันธุ์. (บรรณาธิการ). (2536). ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- สมชาติ โลจายะ และ วิชัย ตันไพจิตร. (2533). บัญชีเสี่ยงกับโรคหัวใจขาดเลือด. คลินิก, 6(4), 593-597.
- สมทรง สุภศิลป์ ณ นคร. (2533). สภาวะการดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้าน. สังคมศาสตร์การแพทย์, 6(1), 51-61.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2536). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญเกี่ยวกับการดูแล. ขอนแก่น. ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ และคนอื่น ๆ. (2535). การศึกษาความต้องการข้อมูลข่าวสารทางด้าน การแพทย์ และสาธารณสุขในกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยง กลุ่มบุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. กรุงเทพฯ: ฝ่ายเผยแพร่และสื่อสาร สถาบันวิจัยและโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพร พิรวุฒิ. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาศักดิ์ จันทวานิช. (2534). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาศักดิ์ จันทวานิช. (2535). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. (2533). โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน: บทเรียนจากสหรัฐอเมริกา. คลินิก, 6(3), 157.
- สุรัตน์ โคมินทร์. (2536). คลินิกสัมมนา: มองต่างมุมไขมันในเลือดสูง. คลินิก, 9(12), 836-839.
- เสาวภา ไพทยวัฒน์. (2538). พื้นฐานวัฒนธรรมไทย: แนวทางอนุรักษ์และการพัฒนา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.
- สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2540). แผนงานวิจัยของชาติตามนโยบายและแนวทางการวิจัยของชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2540-2544). กระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม, กรุงเทพฯ: นิกไลท์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. (2536). การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ 2534. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึก.

- อภิศักดิ์ โสมอินทร์. (2534). โลกทัศน์อีสาน. กภาพสินธุ์: ประสานการพิมพ์.
- อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2536). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. วารสารพยาบาล, 42(1), 16-31
- อุทัย ดุลยเกษม. (2531). แนวคิดและลักษณะงานวิจัยเชิงคุณภาพ. ใน สถาบันวิจัยและพัฒนา. ลักษณะและความสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ. (รวมบทความวิจัยเชิงคุณภาพ ชุดที่ 2) (หน้า 13-17). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Allen, J.K. (1988). Self-efficacy in health behavior research and practice. Cardiovascular Nursing, 24(6), 37-38.
- Allen, J, & Allen, R. (1986). From short term compliance to long term freedom : culture-based health promotion by health professionals. Journal of Health Promotion, 1, 39-47.
- Beck, C.T. (1994). Phenomenology: It's use in nursing research. International Journal of Nursing Study, 31(6), 499-510.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bennett, ST. (1992). Perceived threats of individuals recovering from myocardial infarction. Heart-Lung, 21(4), 322-6.
- Bedsworth, JA. & Molen, MT. (1982). Psychological stress in spouses of patients with myocardial infarction. Heart & Lung, 11(5), 450-456.
- Bootner, R.W. (1969). The Glazer-stress control life-style questionnaire: A short rating scale as a potential measure of pattern of behavior. In P. Blake .1986. Discover Your Health Behavior. New York: Random House.
- Brownell, K.D., & Stunkard, A.J. (1981). Differential changes in plasma high-density lipoprotein cholesterol levels in obese men and women during weight reduction. Archeive Internal Medicine, 141, 1142-1146.
- Brownell, K.D., et al. (1986). Understanding and preventing relapse. American Psychology, 41, 765-782.
- Bhuripunyo, K., et al. (1993). A Prevalence survey of lipids abnormalities of rural area in Amphor Phon, KhonKaen. Journal Medicine Association of Thailand, 76(2), 101-108.
- Carleton, R.A. (1992). Efficacy of risk factor change. In Wenger, N.K. & Hellerstein, H.K.(Eds.). Rehabilitation of the coronary patient. New York:Churchill Livingstone.

- Chaithiraphan, S., Sahasakul, U., & Charoenchob, N. (1985). Acute myocardial infarction in the young. Journal Medicine Association of Thailand, 68, 190-197.
- Chan, V. (1990). Content areas for cardiac teaching: Patient's perceptions of the importance of teaching content after myocardial infarction. Journal of Advanced Nursing, 15, 1139-1145.
- Christman, NJ. et al., (1988). Uncertainty, coping, and distress following myocardial infarction: Transition from hospital to home. Research Nursing and Health, 11, 71-82.
- Clark, M. (1994). Phenomenological research methods. Thousand Oaks: Sage Publication.
- Cockerham, W.C. (1995). Medical sociology : (5th ed.) Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Colaizzi, P.E. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In R. Vaile & M. King. (Eds.) Existential phenomenological alternatives for psychology. New York: Oxford University Press.
- Connelly, C.E. (1993). An Empirical study of a model of Self- Care in chronic ill. Clinical Nurse Specialist, 7(5), 247-253.
- Craig, K.D. & Weiss, S.M. (1990). Health enhancement, disease, prevention, and early intervention: Behavioral perspectives. New York: Springer Publishing.
- Crigui, M.H., et al. (1980). Cigarette smooking and plasma high-density lipoprotein cholesterol. Circulation, 62 (Suppl), 70-75.
- Cunningham, S., et al. (1988). The epidemiological basis for risk reduction. Cardiovascular Nursing, 24(6), 33-35.
- Currie, C.E., et al. (1991). The dynamics and processes of behavioral change in five classes of health-related behavior-findings from qualitative research. Health Education Research, 6(4), 443-453.
- Daumer, R. & Miller, P. (1992). Effects of cardiac rehabilitation on psychosocial functioning and life satisfaction of coronary artery disease clients. Rehabilitation Nursing, 17(2), 69-86.
- Davidson, D.M. (1991). Preventive Cardiology. Baltimore: William & Wilkins.
- Dawber, T.R. (1980). The Frammingham study: The epidemiology of atherosclerosis disease. In RM. Kaplan, et al. (1993). Health and Human Behavior. New York: Mc Graw-Hill.
- Donnelly, G.F. (1993). Chronicity: Concept and reality. Holistic Nursing Practice, 8(1), 1-7.

- Donaldson, S.K. & Crowley, D.M. (1978). The Discipline of nursing. Nursing Outlook, 28(2), 114.
- Dubbert, P.M., et al. (1984). Behavioral control of mild hypertension with aerobic exercise: two case studies. Behavioral Therapy, 15, 373-380.
- Duldt, B.W., Giffin, K. & Patton, B.R. (1984). Humanism, nursing, and communication, interpersonal communication in nursing. Philadelphia: F.A. Davis company.
- Duncan, J.J., et al. (1985). The effects of aerobic exercise on plasma catecholamines and blood pressure in patient with essential hypertension. Journal of the American Medical Association, 254, 2609-2613.
- Fair, T.M. (1988). Knowledge, attitudes, and beliefs in cardiovascular risk factor reduction. Cardiovascular Nursing, 24(6), 50-51.
- Field, P.A. & Morse, J.M. (1985). Nursing research : The application of qualitative approaches. Maryland: Aspen Publishers, Inc.
- Fleury, J. (1992). The application of motivation theory to cardiovascular risk reduction. Image, 24(3), 229-239.
- Fleury, J. (1993). An Exploration of the role of social networks in cardiovascular risk reduction. Heart & Lung, 22(2), 134-144.
- Follick, M.J., et al., (1984). Contrasting short and long term effects of weight loss on lipoprotein levels. Archeive Internal Medicine, 144, 1571-1574.
- Folsom, A.R., et al., (1980). Body fat distribution and self-reported prevalence of hypertension, heart attack and other heart disease in older women. International Journal Epidemiology, 18, 361-367.
- Fraser, G.E. (1986). Preventive cardiology. New York: Oxford.
- Friedman, M. & Ulmer, D. K. (1984). Treating type A behavior & your heart. New York : Knopt.
- Gochman, D.S. (Ed.). (1988). Health behavior emerging research perspectives. New York: Plenum Press.
- Gortner, S.R. & Jenkin, L.S. (1990). Self-efficacy and activity level following cardiac surgery. Journal of Advanced Nursing, 15, 132-1138.

- Haskell, W.L. (1984). Exercise-induced changes in plasma lipids and lipoprotein. Preventive Medicine, 13, 23-36.
- Haskell, W.L., et al., (1984). The effect of cessation and resumption of moderate alcohol intake on serum high-density lipoprotein subfraction controlled. New England Journal of Medicine, 310, 805-810.
- Haynes, R.B., et al., (1987). A critical review of interventions to improve compliance with prescribed regimens. Patient Education and Counseling, 10, 155-166.
- Hentinen, M. & Sinkkonen, S. (1985). A Programme for developing nurses' skills and nursing practice. Journal of Advance Nursing, 10, 405-416.
- Hildingh, C., Fridlund, B., & Segesten, K. (1995). Social support in self-help groups as experienced by persons having coronary heart disease and their next of kin. International Journal of Nursing Studies, 32(3), 224-232.
- Hinton-walker, P. (1991). Care of the chronically ill : Paradigm shifts and direction for the future. Holistic Nursing Practice, 8(1), 56-66.
- Holloway, I. & Wheeler, S. (1996). Qualitative Research for Nurses. Victoria: Blackwell Science.
- Hovell, M.F. (1982). The Experimental evidence for weight-loss treatment of essential hypertension: A critical review. American Journal of Public Health, 72, 359-367.
- Jacobs, S., et al. (1990). High density lipoprotein cholesterol as a predictor of cardiovascular disease mortality in man and woman: The follow-up study of the lipid research clinics prevalence study. American Journal of Epidemology, 13, 32-47.
- Janz, N.K. (1988). The Health belief model in understanding cardiovascular risk factors reduction behavior. Cardiovascular Nursing, 24(6), 39-41.
- Kleinman, A. (1980). Patients and Healers in the Context of Culture. London: University of California.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, illness and disease. Annals of Internal Medicine, 88, 2538.
- Krames communication. (1988). After your heart attack. San Bruno: Krames Communications.
- Leininger, M. (1985). Qualitative Research Methods in Nursing. Orlando : Grune & Stratton, Inc.

- Lipid Research Clinics. (1984). The lipid research clinics coronary primary prevention trial results II : The relationship of reduction in incidence of coronary heart disease to cholesterol lowering. JAMA, 251, 365-74.
- Long, B.C., et al. (1993). Medical-Surgical nursing : A nursing process approach. (3rd ed.). St. Louis: Mosby-Year book.
- Luyas, G.T. (1991). An Explanatory Model of Diabetes. Western Journal of Nursing Research, 13(6), 681-697.
- MacGregor, G.A. (1983). Dietary sodium and potassium intake and blood pressure. Lancet, 750-753.
- Manson, J.E., et al. (1990). A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. New England Journal of Medicine, 322, 882-889.
- Manson, J.E. et al., (1992). The primary prevention of myocardial infarction. New England Journal of medicine, 326, 1406-16.
- Martin, J.E., Dubbert, P.M., & Cushman, W.C. (1990). Controlled trail of aerobic exercise in hypertension. Circulation, 81, 1560-1567.
- Matthews, K.A., et al. (1989). Educational attainment and behavioral and biological risk factors for coronary heart disease in middle aged women. Americal Journal of Epidemiology, 129, 1132-1144.
- McCauley, K.M., Lowery, B.J. & Jacobson, B.S. (1992). A comparison of patient nurse perceptions about current and future recovery status. Clinical Nurse Specialist, 6(3), 148-152.
- McGirr, M., et al. (1990). Perceived mood and exercise behaviors of cardiac rehabilitation program referrals. Canadian Journal of Cardiovascular Nursing, 1(4), 14-19.
- McIntosh, H.D. (1989). Risk factors for cardiovascular disease and death: A clinical perspective. Journal American College of Cardiology, 14, 24-30.
- McMahon, M., et al. (1986). Life situation, health beliefs, and medical regimen adherence of patients with myocardial infarction. Heart & Lung, 15(1), 82-87.
- McSweeney, J.C. (1993). Making behavior changes after a myocardial infarction. Western Journal of Nursing Research, 5(4), 441-455.

- Miller, P., et al. (1988). Influence of a nursing intervention on regimen adherence and societal adjustments post myocardial infarction. Nursing Research, *37*(5), 397-302.
- Miller, P., et al. (1989). Personal adjustment and regimen compliance 1 year after myocardial infarction. Heart & Lung, *18*, 339-346.
- Miller, P., et al. (1990). Regimen compliance two years after myocardial infarction. Nursing Research, *39*(6), 333-336.
- Morris, J.N., et al. (1980). Vigorous exercise in leisure-time: Protection against coronary heart disease. Lancet, *2*, 1207-1210.
- Morse, J.M. (Ed.) (1989). Qualitative nursing research: A contemporary dialogue. Maryland : Aspen Publisher.
- Morse, J.M. (1992). Qualitative health research. Newbery Park : Sage Publications.
- Morse, T.M., & Johnson, S.L. (1991). The illness experience : dimensions of suffering. New Delhi : Sage Publications.
- Muldoon, M.F., & Manuck, S.B. (1992). Health through cholesterol reduction: Are there unforeseen risks ? Annals of Behavioral medicine, *14*, 101-108
- Mullen, P.D., et al. (1992). A Meta-analysis of controlled trials of cardiac patient education. Patient-Education-Counselings, *19*(2), 143-162.
- Munhall, P.L. (1989). Philosophical ponderings on qualitative research methods in nursing. Nursing Science Qualitative, *2* (1), 20-28.
- Munhall, P.L., & Boyd, C.O. (1993). Nursing Researde : a qualitative perspective. (2nd ed.). New York : National League for Nursing Press.
- Myer, A.H., et al. (1987). Smoking behavior among participants in the Nurses Health Study. American Journal Public Health, *77*, 628-630.
- Oldridge, N.B. (1982). Compliance and exercise in primary and secondary prevention of coronary heart disease : A review. Preventive Medicine, *11*, 56-70.
- Oldridge, N.B. (1988). Cardiac rehabilitation exercise programme: Compliance and compliance-enhancing strategies. Sports Medicine, *6*, 42-55.
- Ornish, D., et al. (1990). Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The lifestyle heart trial. Lancet, *336*(8707), 129-133.

- Peitti, D.B., et al. (1979). Risk of cardiovascular disease in women, smoking, oral contraceptive, noncontraceptive estrogen and other factors. JAMA, 242, 1150-1154.
- Phipps, W.J., et al. (1991). Medical – Surgical nursing : concepts and clinical practice (4th ed.) St. Lois: Mosby year books.
- Polaski, A.L. & Tatro, S.E. (1996). Luckmann's care principles and practice of Medical and Surgical nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Powell, K.E., et al. (1987). Physical activity and the incidence of coronary heart disease. Annual Review Public Health, 8, 253-287.
- Radtke, K. (1989). Exercise compliance in cardiac rehabilitation. Rehabilitation Nursing, 14, 182-186.
- Ray, M.A. (1985). A philosophical method to study nursing phenomena. In Leininger, M. Qualitative Research Methods in Nursing, (pp. 81-92). Orlando : Grune & Stratton.
- Retchin, et al. (1992). Health behavior changes in the United States, The United Kingdom, and France. Journal of General Internal Medicine, 7(6), 615-22.
- Robertson, D. & Keller, C. (1992). Relationships among health beliefs, self-efficacy, and exercise adherence in patients with coronary artery disease. Heart & Lung, 21 (1), 56-63.
- Robinson, J.G. & Leon, A.S. (1994). The prevention of cardiovascular disease: Emphasis on secondary prevention. Medical clinics of North American, 78, 69-98.
- Rose, G., et al. (1983). UK heart disease prevention project, incidence and mortality results. Lancet, 1, 1062-1065.
- Rukholm, E. & McGirr, M. (1994). A Quality-of-life index for clients with ischemic heart disease: Establishing reliability and validity. Rehabilitation Nursing, 19(1), 12-16.
- Salsberry, P.J. (1989). Phenomenological research in nursing: Commentary and responses. Nursing Science Quarterly, 2(1), 9-19.
- Sauve, M.J. (1995). Long term physical functioning and psychological adjustment in survivors of sudden cardiac death. Heart-Lung, 24(2), 133-144.
- Scragg, R., et al. (1987). Alcohol and exercise in myocardial infarction and sudden coronary death in men and women. American Journal Epidemiology, 126, 77-85.
- Shah, P.K. (1991). Pathophysiology of unstable angina. Cardiology Clinical, 9(1), 11-26.
- Sivarajan, E.S., et al. (1983). Limited effects of outpatient teaching and counseling after myocardial infarction : A controlled study. Heart & Lung, (12), 65-73.

- Smith, J.P. (1990). Consensus statement of King's Fund Forum : Blood cholesterol measurement in the prevention of coronary heart disease. Journal of Advanced Nursing, 15(1), 1-2.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). Basics of Qualitative Research. Newbery Park: Sage Publication.
- Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (1995). Qualitative research in nursing : Advancing the humanistic imperative. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Strong, W.B. (1983). Atherosclerosis: Its pediatric roots. In N.M. Kaplan & Stamler (Eds). Preventive of coronary heart disease: Practice management of the risk factors. Philadelphia : Saunders.
- Tanner, CA., et al. (1993). The phenomenology of knowing the patient. Image, 25(4), 273-280.
- TatsanaviVat, P., et al. (1991). Prevalence of precursors of ischemic heart disease in Northeast Thailand. Srinagarid Hospital Medicine Journal, 5(4), 259-265.
- The Expert panel. (1988). Report of the national cholesterol education program expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults. Archives of internal Medicine, 148, 36-69.
- Tipton, C.M. (1983). Exercise, training, and hypertension : An update. Exercise and Sport sciences Reviews, 19, 447-505.
- Thompson, D.R., Ersser. S.T., & Webster, R.A. (1995). The experiences of patients and their partners 1 month after a heart attack. Journal of Advanced Nursing, 22(4), 707-714.
- Trevisan, M., et al. (1990). Consumption of olive oil, butter, and vegetable oils and coronary heart disease risk factors. Journal of the American Medical Association, 263, 688-692.
- Underhill, S., et al. (1989). Cardiac Nursing. (2 nd ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Wenger, N.K. & Hellerstein, H.K. (1992). Rehabilitation of the coronary patient. (3rd ed.). New York: Churchill Livingstone .
- Wenger, N.K. (1978). The Physiology basic for early ambulation after myocardial infarction, Exercise and the Heart. Philadelphia: F.A. Davis company.

- Wing, R.R., et al. (1984). Dietary approaches to the reduction of blood pressure: The independence of weight and sodium/potassium interventions. Preventive Medicine, 13, 233-244.
- Wood, P.D., et al. (1988). Changes in plasma lipids and lipoproteins in overweight men during weight loss through dieting as compared with exercise. New England Journal of Medicine, 319, 1173-1179.
- Yano, K., Reed, D.M., & McGee, D.L. (1984). Ten year incidence of coronary heart disease in the Honolulu heart program: Relationship to biologic and lifestyle characteristics. American Journal of Epidemiology, 119(5), 653-566.
- Yoddumnern-Attig, B., et al. (Eds.). (1993). Qualitative Method for Population and Health Research. Nakhon Pathom: The Institute for Population and Social Research.



แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล..... อายุ.....ปี รหัสผู้ให้ข้อมูล.....
 ที่อยู่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
 จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์ : บ้าน..... งาน.....
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ. เลขที่โรงพยาบาล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

- | | | |
|------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| 1) สถานภาพสมรส | 1. โสด | 2. คู่ |
| | 3. หม้าย หย่า แยก | |
| 2) นับถือศาสนา | 1. พุทธ | 2. คริสต์ |
| | 3. อิสลาม | 4. อื่น ๆ |
| 3) ระดับการศึกษาสูงสุด | 1. ไม่ได้เรียน | 2. ประถมศึกษา |
| | 3. มัธยมศึกษา | 4. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา |
| | 5. ปริญญาตรี | 6. สูงกว่าปริญญาตรี..... |
| 4) อาชีพและลักษณะงาน | 1. รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ | 2. รับจ้าง |
| | 3. ค้าขาย | 4. ธุรกิจ |
| | 5. เกษตรกรรม | 6. ไม่ได้ประกอบอาชีพ |
| | 7. อื่น ๆ ระบุ | |

ลักษณะงาน

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 5) เศรษฐฐานะของครอบครัว | 1. รายได้ไม่พอใช้จ่าย | 2. รายได้พอดีกับรายจ่าย |
| | 3. รายได้มีเหลือเก็บบ้าง | 4. ฐานะร่ำรวย |
| 6) ค่ารักษาพยาบาล | 1. เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ | 2. สังคมสงเคราะห์ |
| | 3. จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง | 4. ประกันสุขภาพ |
| | 5. อื่น ๆ ระบุ | |
| 7) ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล | 1. ไม่มีปัญหา | |
| | 2. มีปัญหา ระบุ | |
| 8) สมาชิกในครอบครัว จำนวน..... คน | ได้แก่ | |



แนวคำถามในการสัมภาษณ์

แนวคำถามต่อไปนี้เป็นแนวคำถามที่สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์และฐานแนวคิดของการวิจัยที่ต้องการทราบถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ให้ข้อมูล กับเป็นแนวคำถามที่สามารถยืดหยุ่นและปรับคำถามได้ตามบริบทของการสัมภาษณ์ เพื่อให้เอื้อต่อการติดตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยมีแนวคำถามดังนี้

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ : ความหมาย ความเชื่อ

- ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
- ความคิดเห็นต่อคนที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
- ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ตัวอย่างคำถาม

- คุณเคยรู้จักเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาบ้างหรือไม่
- ตามที่คุณเคยรู้มาโรคนี้นั้นเป็นอย่างไร
- คุณมีความคิดเห็นอย่างไรต่อโรคนี้นั้น
- คุณมีความคิดเห็นอย่างไรต่อคนที่เป็นโรคนี้นั้น
- คุณคิดว่าคุณเป็นโรคนี้นั้นได้อย่างไร

2. ผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิต และการจัดการต่อการเจ็บป่วย

- ด้านจิตใจ
- ด้านสังคม
- ด้านเศรษฐกิจ
- ด้านร่างกาย

ตัวอย่างคำถาม

- คุณช่วยเล่าให้ฟังด้วยค่ะว่าโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทำให้คุณเปลี่ยนไปอย่างไรบ้าง เพราะอะไร
- คุณจัดการกับการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ อย่างเป็นอย่างไรบ้าง มีอะไรเป็นอุปสรรค
- คุณรู้สึกอย่างไรต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น คุณมีวิธีการจัดการต่อการเจ็บป่วยอย่างไรบ้าง
- คุณมีความเห็นต่อการรักษาที่ได้รับอย่างไรบ้าง
- คุณคิดว่าต่อไปการดำเนินชีวิตของคุณจะเป็นอย่างไร ช่วยเล่าให้ฟังด้วยค่ะ



คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์สำหรับผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย

ดิฉันชื่อ ชวนพิศ ทำนอง เป็นพยาบาลและสอนที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กำลังศึกษาปริญญาเอกที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขณะนี้ทำวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จึงขอเวลาคุณเล็กน้อยเพื่ออธิบายรายละเอียดของการวิจัย เพื่อว่าคุณจะสนใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ว่ามีความคิดเห็นและความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการจัดการต่อการเจ็บป่วยอย่างไร โดยการสัมภาษณ์ ภายหลังจากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยยินดีตอบคำถาม ข้อเสนอแนะ ให้ความรู้ และคำแนะนำที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปเป็นแนวทางปรับปรุงการพยาบาลต่อไป

ถ้าคุณยินดีเข้าร่วมการวิจัย ก่อนเข้าโครงการดิฉันจะขอสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว และสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการเจ็บป่วยและการจัดการต่อการเจ็บป่วย และผู้วิจัยขอตามเชิญผู้ป่วยที่บ้าน (ถ้าผู้ป่วยอนุญาต) เพื่อสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพิ่มเติม หรืออาจนัดหมายเวลาได้ตามความต้องการของคุณ เวลาที่ใช้ในการสนทนาครั้งละประมาณ 1-2 ชั่วโมง จะขอสัมภาษณ์ 2-3 ครั้ง ระหว่างการสนทนาจะขอบันทึกเสียง และจดบันทึก ข้อมูลที่ได้จากคุณจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมไม่เปิดเผยชื่อจริง แต่ถ้าคุณไม่ประสงค์ให้บันทึกเสียงก็จะขอจดบันทึกอย่างเดียว

หากคุณมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ดิฉันยินดีตอบให้คุณเข้าใจ ไม่ว่าคุณจะเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ก็ตาม คุณยังคงได้รับการรักษาพยาบาลจากทางโรงพยาบาลตามปกติ คุณมีสิทธิ์ที่จะตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และหากคุณเข้าร่วมในการวิจัยแล้วภายหลังเกิดเปลี่ยนใจคุณมีสิทธิ์ที่จะขอยกเลิกได้ตลอดเวลาโดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ ในระหว่างเข้าร่วมวิจัย ถ้ามีข้อสงสัยใด ๆ ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัย คุณสามารถติดต่อโดยตรงมายังดิฉัน ชวนพิศ ทำนอง ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002 หรือหมายเลขโทรศัพท์ (043) 237175

ลงชื่อ
สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้ดำเนินการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายตามรายละเอียดข้างบน มีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย

ลงชื่อ

วันที่ เดือน

พ.ศ.



แผนภูมิการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

คุณนัท

การดำเนินชีวิตก่อนการเจ็บป่วย → ชันชา 2535 มีประจุมบ่อยและเครียดมาก ในตอนเย็นหลังดื่มสุรากับเพื่อน ตอนค่ำมีอาการเจ็บอกเกิดขึ้นทันที รุนแรงมากขึ้น เหนื่อยแล้วไม่มีแรง ไม่รู้เป็นโรคอะไร กลัวอันตราย → เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที ครั้งที่ 1 อยู่ในไอซียู 2 วัน สามัญ 7 วัน อาการเจ็บอกดีขึ้น รับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และกล้ามเนื้อหัวใจตาย

- ทำงานมีความเครียด
- ดื่มสุรา 1/4 ขวด หรือเบียร์ 2 ขวด ทุกวัน
- ชอบอาหารมัน ๆ เช่น หมูย่าง ขาหมู หมูหัน
- ไม่สูบบุหรี่

ได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจากข่าวสาร

เชื่อว่าเป็นโรคร้ายแรงมีอาการเจ็บอก เหนื่อย ไม่มีแรง อาจตายได้

ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานสมุนไพรและอาหารจากหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์

การดำเนินชีวิตหลังจากเจ็บป่วย ครั้งที่ 1

การจัดการต่อการเจ็บป่วย

ลดความกลัวการเจ็บป่วย

การรับการรักษา
- รับประทานยาไม่เคยขาด
- ติดตามการรักษาต่อเนื่อง

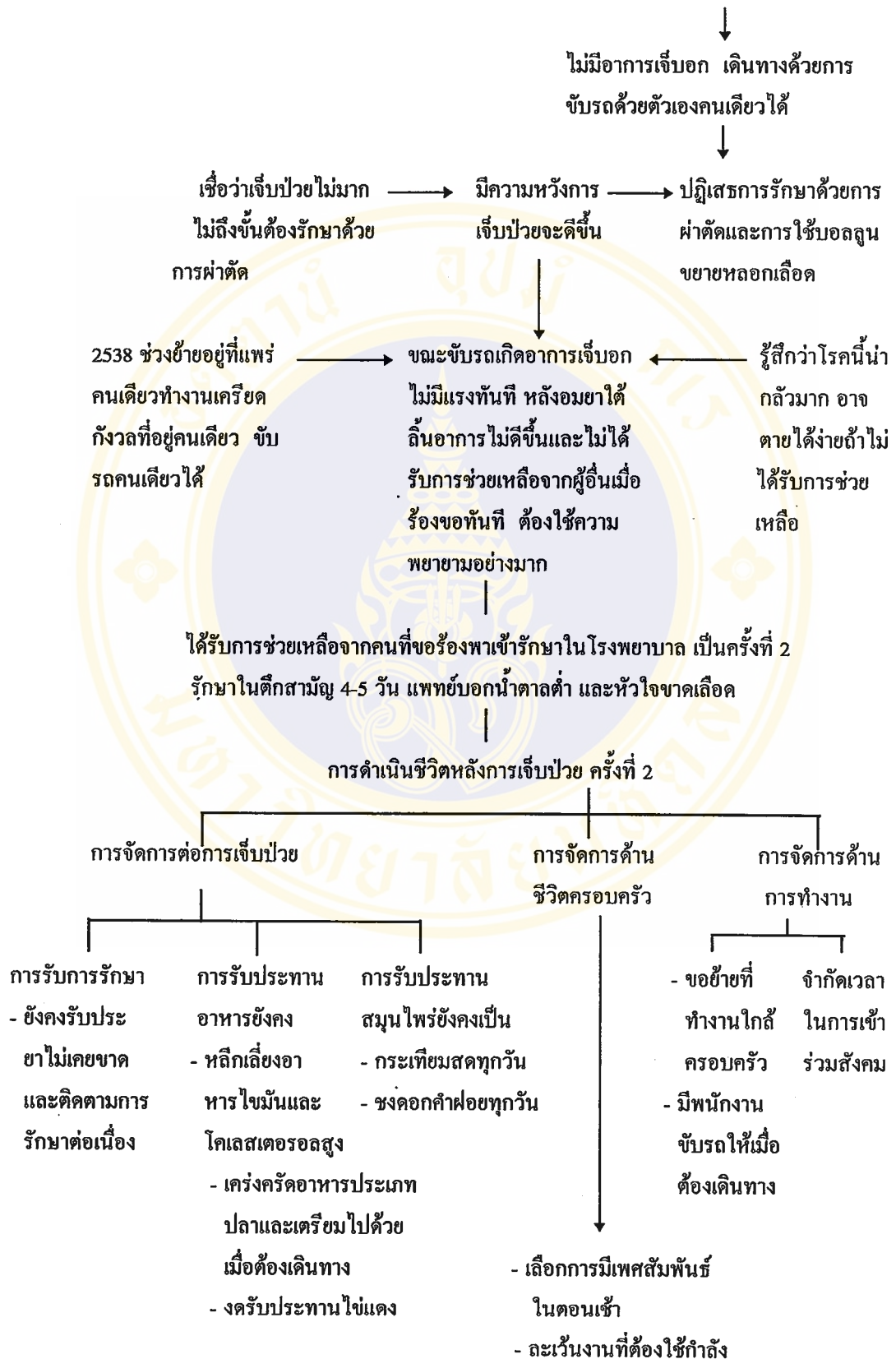
การรับประทานอาหาร
- หลีกเลียงอาหารไขมันและโคเลสเตอรอลสูง
- รับประทานปลาเป็นส่วนใหญ่
- งดรับประทานไขมันแดง

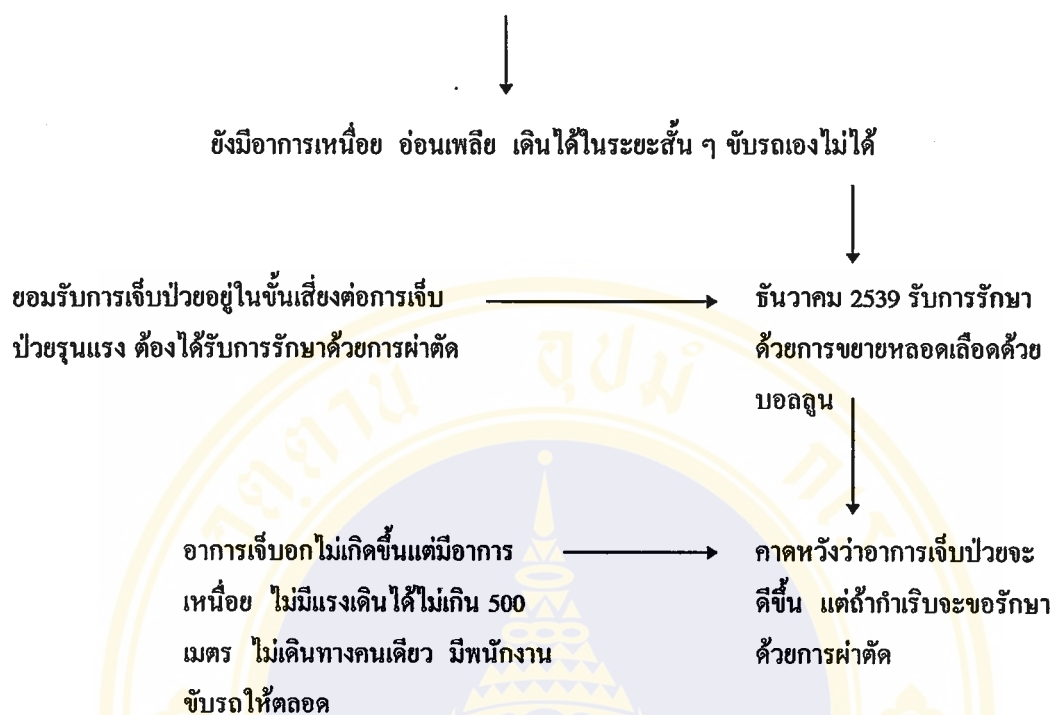
การรับประทานสมุนไพร
- กระเทียมสดทุกวัน
- ชงดอกคำฝอยทุกวัน

ป้องกันการเจ็บป่วยรุนแรง
- ชี้ออกซิเจนกระเป่าหิ้วไว้ใช้เมื่อเกิดอาการรุนแรง

อ่านหนังสือธรรมะ

เลิกดื่มสุราทันที





แผนภูมิการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

คุณยอด

การดำเนินชีวิต ก่อนเจ็บป่วย → 3 ม.ค.36 คืมเกล้า → ตี 1 เริ่มมีอาการแน่นหน้าอก นอนพัก กิน ยาลมไม้ดีขึ้น ไม่รู้เป็นอะไร นาน 3 ชม. ไม่หาย

ญาติพาเข้ารับรักษาใน โรงพยาบาล ก. เป็น # 1 นาน 10 วัน ได้อยู่บนเตียงตลอด หมอบอกเส้นเลือดหัวใจตีบ แนะนำอาหารและงดเหล้า

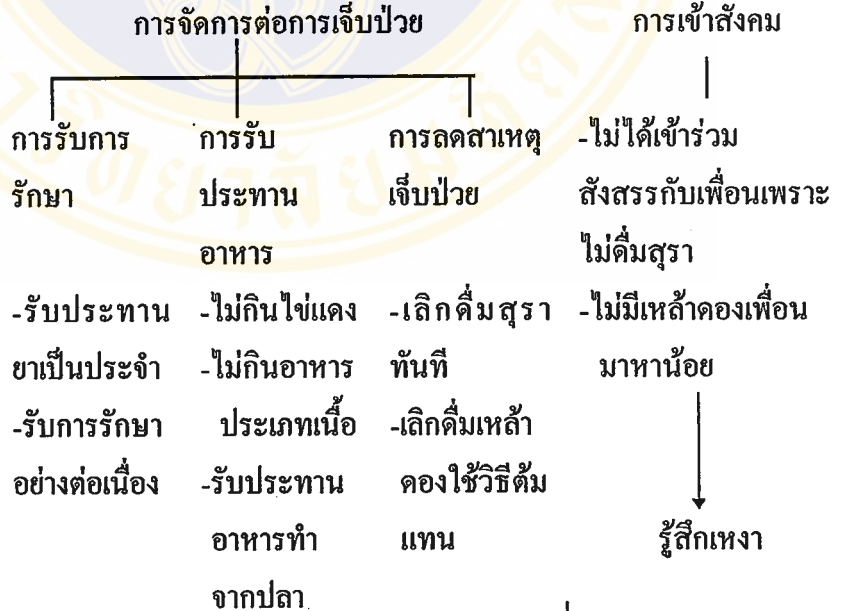
กลับมาสวมบุหรี อายุ 51 ปี เมื่อได้เป็นครูใหญ่และเข้าสังคม สวม 1-2 ซอง/วัน เลิกสวมบุหรีอายุ 57 ปี -ดื่มสุรา 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ -ชอบอาหารพื้นบ้านที่เป็นเนื้อ มีไขมัน: เนื้อน้ำตก เนื้อย่าง ต้มเนื้อ

ไม่รู้จักโรคนี้ เป็นโรคสมัยใหม่ หมอให้กำลังใจว่ารักษาหายได้ เช่น ถ่างหลอดเลือด

ไม่รู้ลึกกลัว คิดว่ารักษาหายขาดได้

การดำเนินชีวิตหลังการเจ็บป่วย # 1

หลังเกษียณ ไม่มีงาน จะดื่มสุรากับเพื่อน บ้าน ทำให้อ้วน น้ำหนักขึ้น 10 กก. -รับประทานสมุนไพร บำรุงร่างกายคนแก่: ถูกกลอนดองเหล้า -เดิน ไปคุยกับเพื่อน บ้านและสังสรรค์กับเพื่อนด้วยการดื่มสุรา ประมาณเดือนละครั้ง



ยังมีอาการเหนื่อยง่าย รู้สึกเพลียทำอะไรไม่ได้ เดินได้หน่อยก็เหนื่อยใจจะขาด เมื่ออาหาร

เดือนมีนาคม 2536 ลูก ๆ กังวลไม่แน่ใจ
การรักษาและผลตรวจของแพทย์ และได้รับ
ข้อมูลจากเพื่อนว่ามีหมอที่รักษาเก่งอยู่ที่อุดร

↓
→ พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษากับคลินิกแพทย์
ที่จังหวัดอุดร ใ้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค
เดียวกัน ให้รับประทานยาเดิมต่อ

↓
ยังคงมีอาการเหนื่อยง่าย รู้สึกไม่ดีขึ้น

ปลายเดือนมีนาคม 2536 หลานอยู่ที่จังหวัด
ร้อยเอ็ดเชื่อว่าหมอที่ชำนาญโรคหลอดเลือด
หัวใจตีบอยู่ที่ร้อยเอ็ด

→ พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษากับคลินิกแพทย์
ที่จังหวัดร้อยเอ็ด ใ้รับการวินิจฉัยว่าเป็น
โรคเดียวกัน ให้รับประทานยาเดิมต่อ

↓
ยังคงมีอาการเหนื่อยง่าย และแน่นหน้าอกวันละ
หลายครั้ง

เดือนเมษายน 2536 เพื่อนบ้านแนะนำโรง
พยาบาลนี้ รักษาโรคต่าง ๆ หาย เป็นโรง
พยาบาลใหญ่ มีแพทย์ชำนาญ

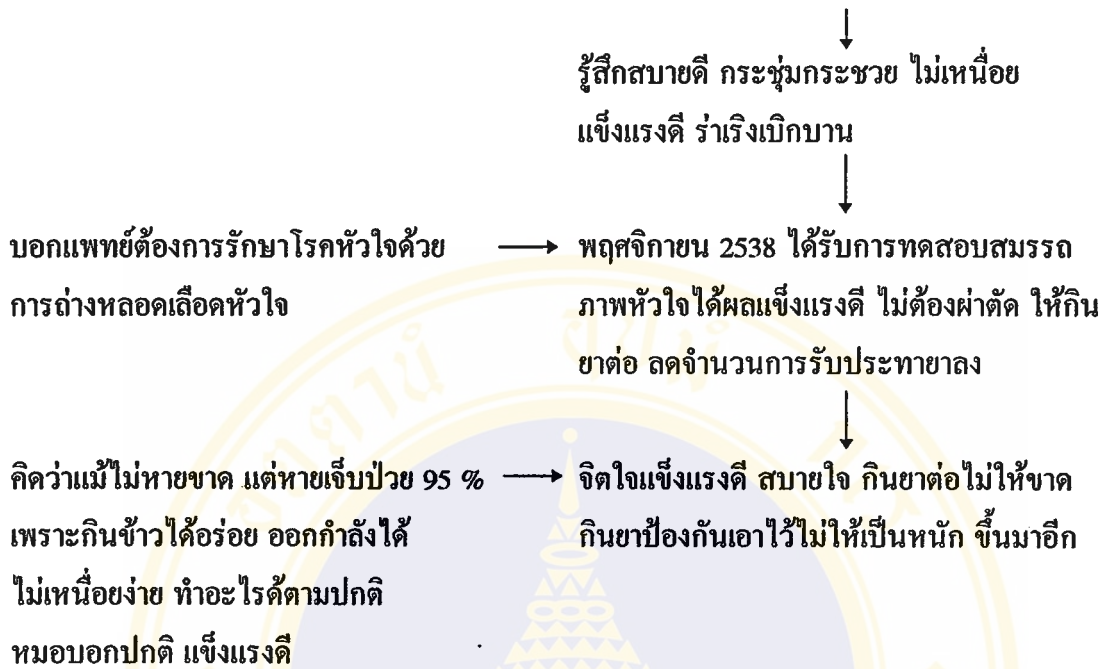
→ รับการตรวจกับหมอที่โรงพยาบาลนี้บอกเป็น
เส้นเลือดหัวใจตีบเหมือนกัน ได้ให้ยาไปกิน
แนะนำให้ออกกำลังกาย

↓
รับการรักษาต่อเนื่องที่นี้ที่เดียวตลอดทุก 2-3
เดือน พยายามออกกำลังกายครึ่งจากการขี่จักร
ยาน และการเดิน

↓
อาการแน่นหน้าอกดีขึ้น นาน ๆ 1-2 เดือนจะมี
สักครั้ง อาการเหนื่อยก็เป็นที่ครั้งคราว

ต้นปี 2538 ใ้รับการให้ความรู้จากหอ
กระจายข่าวในหมู่บ้านของสาธารณสุข
ให้ผู้สูงอายุปฏิบัติ 5 อ.

→ เสริมด้วยการปฏิบัติ 3 อ. ทุกวัน: ถ่ายอุจจาระ
ตอนเช้า แล้วออกกำลังกาย ขี่จักรยาน
คุยกับเพื่อนจะได้กินอากาศ และได้หัวเราะ
ทำให้อารมณ์แจ่มใส และรับประทานอาหาร
ไม่มีมัน เข้าร่วมสังสรรค์กับเพื่อนแต่ไม่ดื่มสุรา
และไม่สูบบุหรี่



แผนภูมิการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

คุณอิน

ก่อนการเจ็บป่วย → 2532 เป็นโรคความดันโลหิตสูง → 2533, 6 เดือนต่อมาเริ่มเหนื่อยง่าย
 -สูบบุหรี่ 2 ซ/วัน รักษาควบคุมความดันปกติ เมื่ออาบน้ำแปรงฟัน ไม่ได้รักษา
 -อ้วน นน. 82 กก.
 -ชอบอาหารเนื้อต้ม เนื้อย่าง 22 เม.ย. มีเรื่องทะเลาะและไป → เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกทันที
 -งานมีความเครียดมาก โรงพัก รู้สึกโกรธแค้นมาก รุนแรงมาก เหนื่อยใจจะขาด เหงื่อ
 ออก และช็อก

↓
 ดำรงพาเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจังหวัดใน ไอซียู
 เกิดอาการเจ็บอกซ้ำ 2-3 ครั้ง รู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือด
 หัวใจตีบ อาการไม่ดีขึ้น

↓
 แพทย์ส่งต่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลโรคทรวงอก
 รักษาต่อนาน 1 สัปดาห์

↓
 การจัดการต่อการเจ็บป่วย

↓
 การรักษา เลิกสูบบุหรี่ได้ทันที การรับประทานอาหาร
 ได้รับข้อมูลไม่ผ่าตัด -รับการรักษาต่อเนื่อง -ไม่สามารถงดอาหาร ไข่
 อาจตายได้ง่ายและคิดว่า -รับการรักษาด้วยการ เนื้อ
 ผ่าตัดทำให้หายเจ็บป่วย ผ่าตัดบายพาส 2533

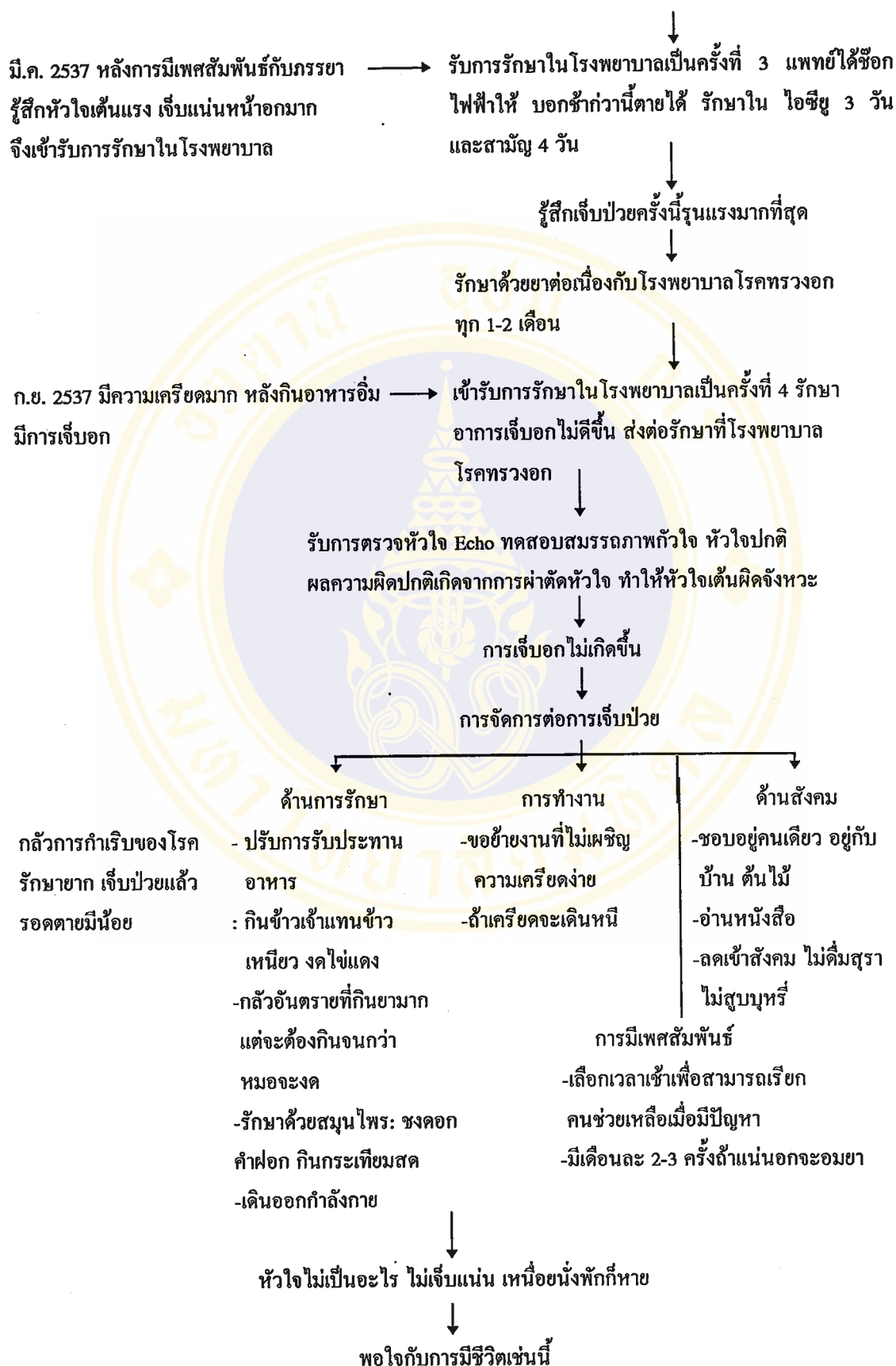
↓
 คิดว่ารักษาหายแล้วดำเนินชีวิตได้เหมือนคนปกติ เช่น
 ขับรถ ดายหญ้า มีเพศสัมพันธ์ไม่เจ็บอก

พ.ย.2536 อ้วนมาก นน. 82 กก. หมอให้ลด → วิ่งเร็ว ๆ และแรงขึ้น เพื่อต้องการลดน้ำหนักมาก ๆ
 น้ำหนัก แต่ลดอาหารไม่ได้ จึงเลือกวิ่งออกกำลังกาย

↓
 ขณะวิ่งเจ็บหน้าอก เหงื่อออกมาก เป็นลม เพื่อนที่วิ่ง
 ด้วยพาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

↓
 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งที่ 2 ด้วยโรค
 หลอดเลือดหัวใจตีบ รักษาานาน 4 วัน

↓
 เปลี่ยนการลดน้ำหนักด้วยการวิ่ง เป็นการเดิน



แผนภูมิการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

คุณรอง

ก่อนการเจ็บป่วย → 2538 ระหว่างขับรถขาย → ขณะขับรถกลับบ้านเริ่ม → คิดว่าเกิดจาก
 -เข้าคืมกาแฟ ไข่วลวก 2 ฟอง ของ คืมกาแฟ 2 กระป๋อง รู้สึกแน่นหน้าอก อึดอัด กินลอนตาล
 ทุกวัน เอ็ม 150 2 ขวด ตอนเย็น แขนไม่ค่อยมีแรงจับพวง มาก
 -สูบบุหรี่ 2 ซอง/วัน กินลอนตาลมาก ~ 10 ลอน มาลีขรด ~ 1 นาที อาการ
 -ชอบแกงใส่กะทิ หมูย่าง ที่หายเอง
 -คืมสุราทุกวัน 1/2-1 ขวด

↓
 ~ 5 โมงเย็นปวดแน่นหน้าอกมาก ไม่ได้บอกใครทนเอา ~ 1-2 นาทีก็ทานได้เอง

คิดว่าเป็นแน่นอกเป็น → ~ 4-5 ทุ่ม แน่นหน้าอกอีก นอนไม่หลับ อาการไม่หายไปเอง ทนจนเที่ยงคืน
 เพราะลอนตาลไม่ย่อย ทนไม่ไหวจึงบอกภรรยาให้พาส่งโรงพยาบาลใกล้บ้าน

↓
 ถึงโรงพยาบาลแพทย์ให้ออกซิเจน ขาอม บอกเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
 มีเครื่องมือไม่พอจึงใช้รูด โรงพยาบาลส่งต่อ โรงพยาบาลศูนย์โดยด่วน

ครั้งแรกรู้สึกกลัวตาย → ถึงโรงพยาบาลศูนย์ มีคนไข้ถูกเงินมาก นอนรอนจนสลบไป 1 คืน
 เพราะมองเห็นคนไข้หนัก รู้สึกตัวนอนอยู่ตึกคนไข้หนัก อยู่นาน 7 วัน นอนต่อข้างนอกอีก 5 วัน
 ถูกปั๊มหัวใจแต่ก็ตายไป
 หลายคน

↓
 อาการเจ็บแน่นยังมีบ้างบางครั้ง

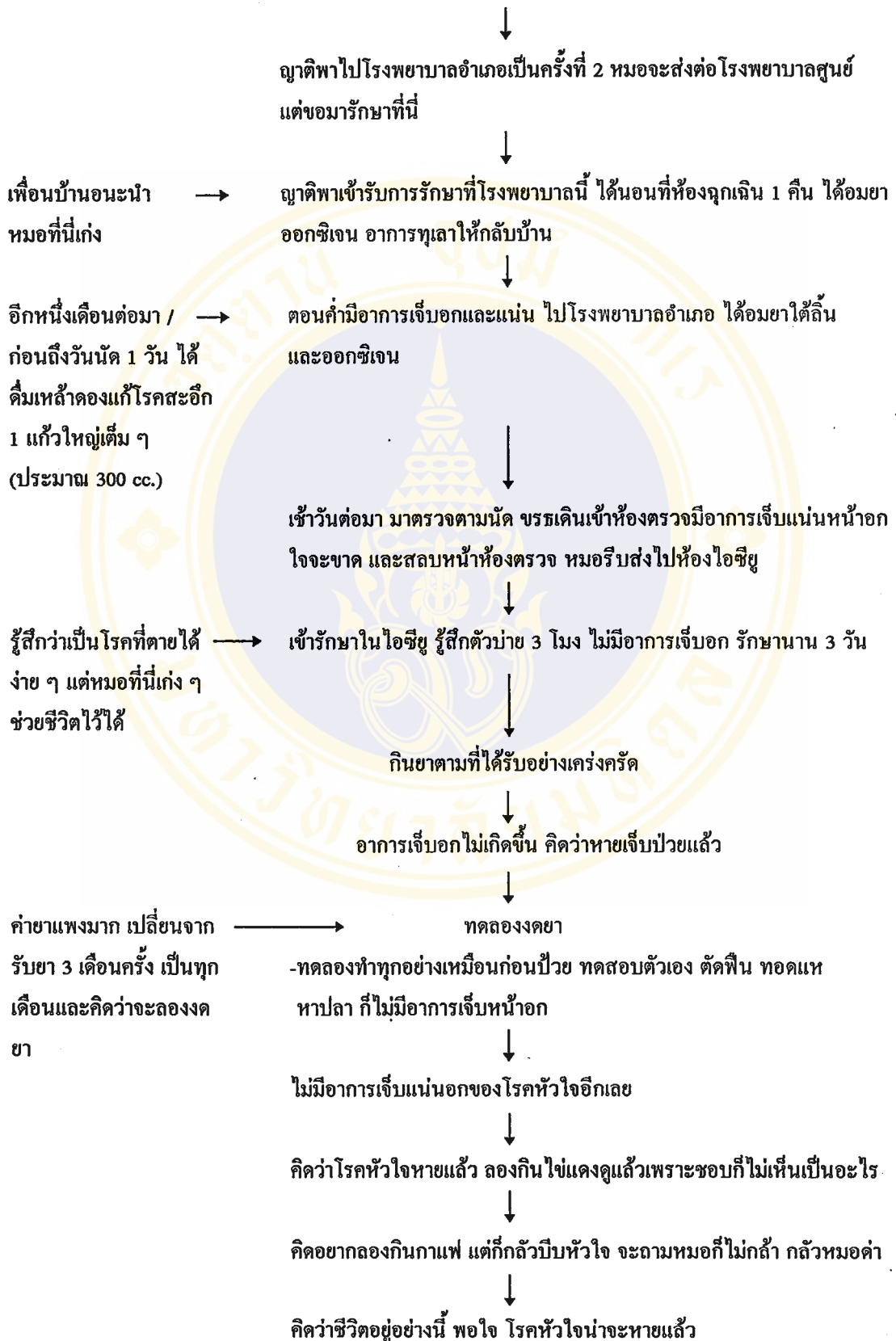
การจัดการต่อการเจ็บป่วย

-แพทย์แนะนำ บุหรี สุรา ทำให้ รุนแรงและตาย ได้	เลือสูบบุหรี่ -ค้อย ๆ ลดลง จนเลิกให้หมด -เลิกคืมสุราทันที	รับประทานยา ต่อเนื่อง	อาหาร -งดไข่วลวก -กินผักผลไม้	ใช้สมุนไพร -กินยาต้ม 1 เดือน	หยุดประกอบ อาชีพ ทำงาน บ้าน ให้ลูกค้า ขายแทน
--	--	--------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	---

-บุตรสาวออก
ให้งดกินไข่วลวก

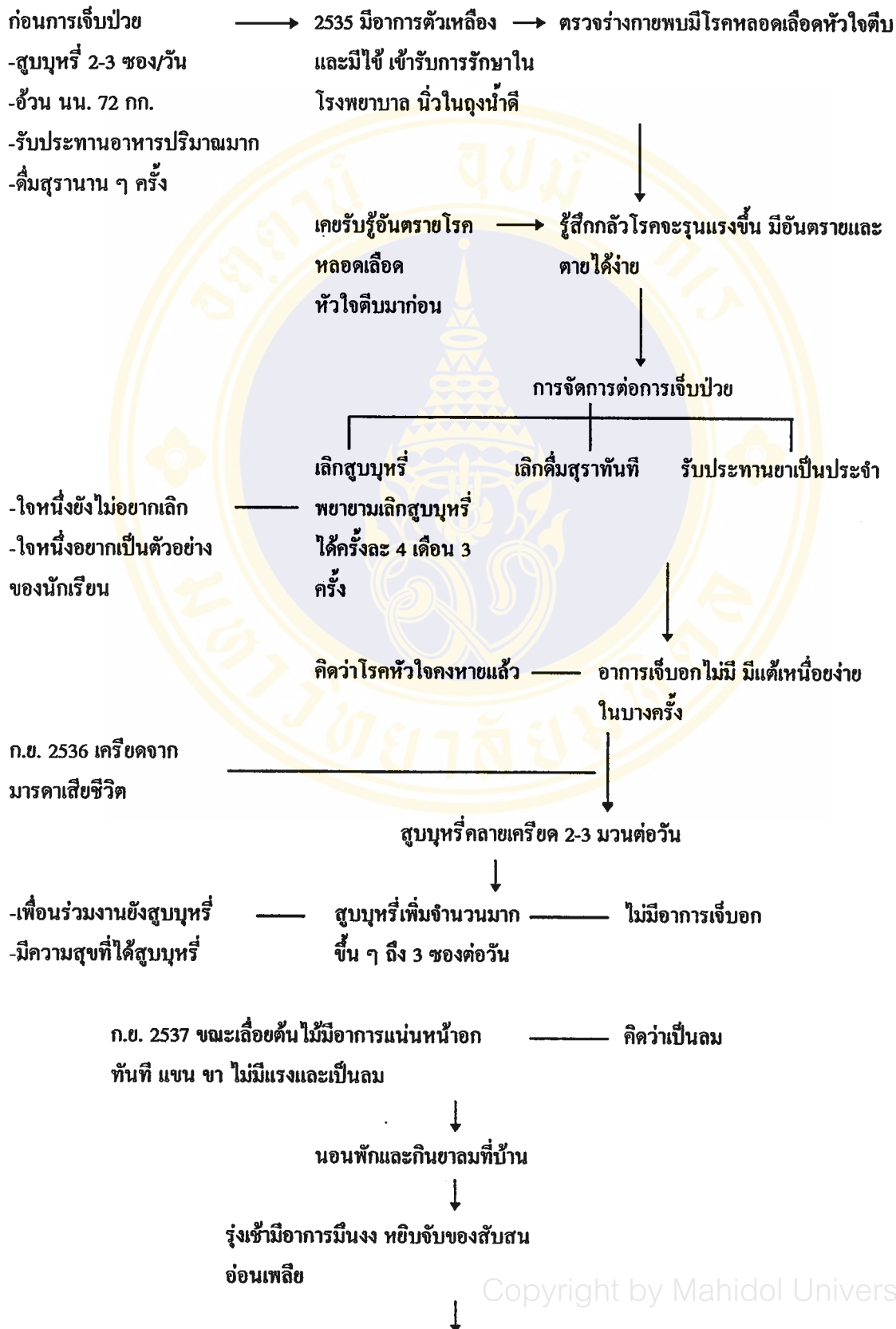
↓
 2 เดือนต่อมา

↓
 ขณะที่นั่งพักมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก อดยา 1 เม็ด
 แล้วอาการไม่หาย หายใจไม่อิ่ม



แผนภูมิการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

คุณมล





ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางชวนพิศ ทำนอง
วัน เดือน ปี เกิด 21 เมษายน 2495
สถานที่เกิด จังหวัดสิงห์บุรี
ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ.2516
อนุปริญญาพยาบาลอนามัย และประกาศนียบัตร
การพยาบาลผดุงครรภ์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ.2521
ศิลปศาสตรบัณฑิต (พยาบาล)
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2523
ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาโรคหัวใจ
และทรวงอก
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2527
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2541
พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน 2516-2518 โรงพยาบาลนครเชียงใหม่
ตำแหน่ง พยาบาลประจำการ
2521-ปัจจุบัน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์

