



9 ต.ค. 2539

การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและ  
การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

THE MEANING OF ILLNESS AND SELF-CARE IN  
POST MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS



อภินันท์นาการ

จาก

อุม่า จันทวิเศษ ม.มหิดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2539

๑๗

๑๘๔๖๗

๒๕๓๙

ISBN 974-588-483-9

Copyright by Mahidol University

38980

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง  
ของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย



*[Signature]*

อูมา จันทวิเศษ  
ผู้วิจัย

*[Signature]*

ประคอง อินทรสมบัติ, คบ. (พยาบาล),  
คม.(การบริหารพยาบาล)  
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

*[Signature]*

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ.(พยาบาล),  
M.S.,Ph.D.  
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

*[Signature]*

อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,  
พ.บ.,น.บ.,F.R.C.P.  
คณบดี  
บัณฑิตวิทยาลัย

*[Signature]*

กรรณิการ์ สุวรรณโคต,วท.บ.(พยาบาล)  
M.S ค.ค.  
ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิด

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 19 กรกฎาคม 2539



อูมา จันทวิเศษ


ผู้วิจัย



ประคอง อินทรสมบัติ, คบ. (พยาบาล),

คณ. (การบริหารพยาบาล)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ยวดี ภาษา, วท.บ. (พยาบาล),

คณ. (วิจัยการศึกษา),

กศ.ค. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

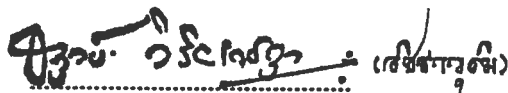
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ. (พยาบาล),

M.S., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



บุญชอบ พงษ์พาณิชย์, พ.บ.,

M.D., F.A.C.C.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวอูมา จันทวิเศษ

วัน เดือน ปี เกิด 12 มกราคม 2507

สถานที่เกิด พัทยา ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, พศ. 2525-2528:  
วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)  
มหาวิทยาลัยมหิดล, พศ. 2537 - 2538:  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

ทุนการศึกษา มูลนิธิโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พศ. 2529 - ปัจจุบัน : หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2  
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์  
ตำแหน่ง : พยาบาล ระดับ 5

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือจากหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบ  
ขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ ศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล  
ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ตรวจสอบแก้ไข  
ข้อบกพร่อง และให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์มาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง  
ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ภาษา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำ  
แนะนำ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือใน  
การทำวิจัย ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วรวิดิ จินตภากร ศาสตราจารย์  
นายแพทย์ธาดา ยิบอินซอย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านของคลินิกโรค  
หัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลรามาริบัติที่อำนวยความสะดวกในการเก็บ  
ข้อมูล ขอขอบคุณมูลนิธิโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ที่สนับสนุนให้ทุนในการทำวิทยานิพนธ์  
ครั้งนี้ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลอย่างดียิ่ง

ขอขอบคุณฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์  
เจ้าหน้าที่หลักสูตรปริญญาโทพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ ตลอดจนบิดา มารดา พี่น้อง และ  
เพื่อน ๆทุกท่านที่สนับสนุนและให้กำลังใจมาโดยตลอด

อูมา จันทวิเศษ



การให้ความหมายเกี่ยวกับหัวใจและความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย แบบแผนการดำเนินชีวิต แรงจูงใจภายในและภาวะสุขภาพ ส่วนปัจจัยภายนอกได้แก่ ระบบครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ

ผลการศึกษานี้ทำให้เข้าใจการให้ความหมายของประสบการณ์ความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายให้เหมาะสมต่อไป



**Thesis Title**            **The Meaning of Illness and Self-Care in Post Myocardial  
Infarction Patients**

**Name**                    **Uma Juntawises**

**Degree**                 **Master of nursing Science (Adult Nursing)**

**Thesis Supervisory Committee**

**Prakong Intarasombat, B.Sc. (Nursing), M.Ed (Nursing  
Administration)**

**Somchit Hanucharumkul, B.Sc. (Nursing), M.S, Ph.D.**

**Date of Graduation**   **19 July B.E. 2539 (1996)**

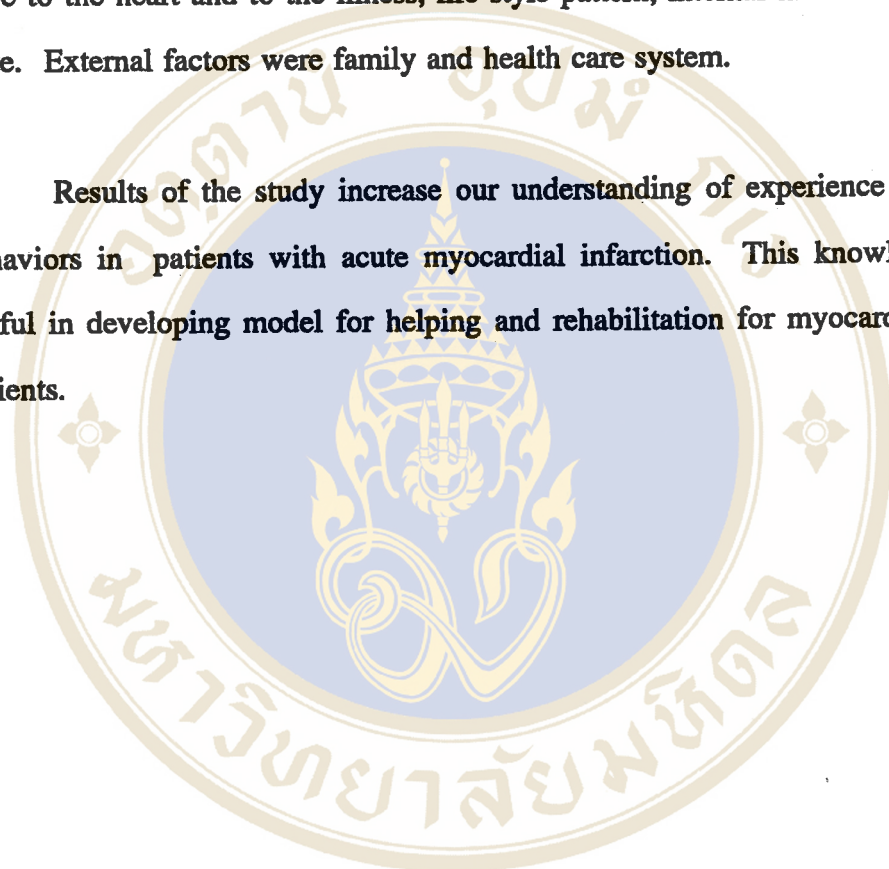
### **ABSTRACT**

This phenomenological research was designed to describe the meaning of the heart, and the illness, self-care and related factors in post myocardial infarction patients. Purposive sampling was used to select eighteen myocardial infarction patients in Outpatient Cardiology Clinic, Songklanagarind Hospital. In-depth interview and audiotape recorded were used to obtain the data and Georgi modification of the phenomenological method was used to analyse the data.

Results of the study revealed that the patients gave the meaning of the heart as; life, pumping organ, the seat of emotion, thinker and morale. The patients explained the meaning of illness as follows; wounded heart, heart deformity, ischemic heart, severe and preventable disease. The etiology of illness were; high risk behaviors, diabetes mellitus, hard working, air pressure in the chest, trauma and unknown cause. The impact of illness on patients' life were; decrease working performance, role insufficiency, decrease self-esteem, and socioeconomic burden.

Self-care behaviors after myocardial infarction reported by the patients were; behaviors modification, taking medication as prescribed by the physicians, and seeking method to increase physical strength. Two major factor influence self-care behaviors; internal and external factors. The internal factors were the meaning they gave to the heart and to the illness, life style pattern, internal motivation and health state. External factors were family and health care system.

Results of the study increase our understanding of experience and self-care behaviors in patients with acute myocardial infarction. This knowledge will be useful in developing model for helping and rehabilitation for myocardial infarction patients.



## สารบัญ

	หน้า
ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก-ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ก-ง
สารบัญ	จ-ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ช
<b>บทที่ 1</b>	
บทนำและกรอบแนวคิด	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
กรอบแนวคิด	3
กรอบแนวคิดในวิธีวิทยาการวิจัย	8
ข้อตกลงเบื้องต้น	10
วัตถุประสงค์	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
นิยามตัวแปร	11
<b>บทที่ 2</b>	
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	12
การให้ความหมายของหัวใจและความเจ็บป่วย	12
ด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย	
การดูแลตนเองเพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย	18
กล้ามเนื้อหัวใจตาย	
<b>บทที่ 3</b>	
วิธีดำเนินการวิจัย	28
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	28
สถานที่ศึกษา	29
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	30
การเก็บรวบรวมข้อมูล	32

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	34
<b>บทที่ 4</b>	
ผลการวิจัยและอภิปรายผล	35
ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	35
การให้ความหมายเกี่ยวกับหัวใจ	39
การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตาย	42
การดูแลตนเองหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย	51
การอภิปรายผล	66
<b>บทที่ 5</b>	
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ บรรณานุกรม	82
	87
<b>ภาคผนวก</b>	94
ก การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	95
ข แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	96
ค แบบประเมินบุคลิกภาพตนเอง ( เจ เอ เอส)	98
ง แนวคำถามในการสัมภาษณ์	100
จ เกณฑ์ประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย	102
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	103

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	36
2	รายละเอียดเกี่ยวกับโรคและการรักษา	37
3	ปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิดของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	38
4	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการให้ความหมายของหัวใจ	41
5	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการให้ความหมายเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย	47
6	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย	56

## สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

- 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

65



## บทที่ 1

### บทนำและกรอบแนวคิด

#### ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญมากโรคหนึ่ง ปัจจุบันพบว่าสถิติผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้น และพบได้บ่อยในคนที่อายุน้อย (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์ 2530: 788) จากผลของความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยี ทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผู้ที่รอดชีวิตมักมีสมรรถภาพทางกายลดลง เกิดความเครียด วิตกกังวล เกี่ยวกับอนาคต กลัวตาย กลัวสูญเสีย (Hiject 1984: 45; Kinzinger 1992: 76; Keeling & Dennison 1995: 45; Jaarsma et al 1995: 24) บางรายซึมเศร้า กังวลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส (Pinneo 1984: 460; Burke 1990: 360) บางรายมีชีวิตอยู่กับการเลี้ยง (Scherck 1992: 331) จากการศึกษาของสเทิร์นและคณะ (Stern, et al. 1977: 1681) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 15 เสียชีวิตใน 1 ปี ร้อยละ 21 เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำและเจ็บหน้าอกรุนแรง นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจดังกล่าวแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว อาชีพการงาน เศรษฐกิจ และสังคม (Pinneo 1984: 459) ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถกลับไปทำงานหรือมีแบบแผนชีวิตเช่นเดิมได้ การศึกษาของฟโรลิเชอร์และคณะ (Frolicher, et al. 1994: 428) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 62 กลับไปทำงานในสัปดาห์ที่ 4 ร้อยละ 6 ไม่กลับไปทำงาน ร้อยละ 5 ไม่กลับไปมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส

เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายผู้ป่วยจะมีการรับรู้ ให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่างๆกัน บางคนปฏิเสธการเป็นโรคและยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อไป บางคนกลัวตายไม่กล้าทำอะไรกลัวกระทบกระเทือนหัวใจ บางคนยอมรับความเจ็บป่วยและพร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บุคคลมีแนวโน้มจะกระทำในสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับตนเองโดยวิธีที่เหมาะสมกับการรับรู้ (Rudy 1980: 355) และการให้ความหมายเกี่ยวกับหัวใจมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพ (Smith 1972: 163) การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อ

หัวใจตายเป็นโรคเรื้อรังไม่หายขาดและมีโอกาสเกิดซ้ำได้ มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ทั้งปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้เช่น อายุ เพศ ประวัติครอบครัว และปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน การขาดการออกกำลังกายและภาวะเครียด เป็นต้น (สุภชัย ไชยธีระพันธ์ 2530: 788-790) ผู้ป่วยต้องทราบและเข้าใจการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เพียงพอและต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความก้าวหน้าของโรค ถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากจะช่วยให้สามารถทำหน้าที่ได้เต็มตามศักยภาพแล้ว ยังก่อให้เกิดความมั่นใจ ลดความเครียดความวิตกกังวลลง และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

กิจกรรมการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ภายใต้ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณีวัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิตของชนแต่ละกลุ่ม (Orem 1995: 226) การกระทำ การดูแลตนเองต้องผ่านการพิจารณา ให้ความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ (Orem 1995: 230-232) และการที่บุคคลรับรู้และจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองนั้น ขึ้นอยู่กับคำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Kleinman 1978: 252) ถ้าบุคลากรวิชาชีพไม่เข้าใจ ไม่คำนึงถึงเรื่องนี้ อาจมีผลให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในแผนการรักษา เกิดความไม่พอใจ รู้สึกว่าได้รับการดูแลไม่เพียงพอ พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มองคนเป็นองค์รวมที่มีการผสมผสานของกาย จิต สังคม และวิญญาณ (Bridody 1984: 389) จึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงการรู้คิด ตัดสินใจของผู้ป่วย การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญมากในการเข้าใจซึ่งกันและกัน และนำมาปรับให้ตรงกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยริเริ่มกระทำการดูแลตนเองด้วยความเข้าใจ เต็มใจ และมีเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างถูกต้อง และพยาบาลไม่เข้าใจการให้ความหมายของประสบการณ์ความเจ็บป่วยแล้ว อาจเป็นการยากในการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้ต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบรายงานเกี่ยวกับเรื่องนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายให้บรรลุเป้าหมายที่มีประสิทธิภาพต่อไป

## กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็นกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี และกรอบแนวคิดในวิธีวิทยาการวิจัย

### กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางกว้าง ๆ ในการศึกษาครั้งนี้คือ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (The theory of self-care) และแนวคิดการอธิบายความเจ็บป่วยของไคลแมน (Explanatory model)

#### ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care)

การดูแลตนเอง (Self-care) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ (Orem 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 22) การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) มีระบบระเบียบ และเป็นขั้นตอน เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพแล้วจะช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินถึงขีดสูงสุด (Orem 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 22-23)

กิจกรรมการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ภายใต้ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และวิถีดำเนินชีวิตของชนแต่ละกลุ่ม วิธีการตัดสินใจ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองการดูแลตนเองนั้น ไม่ได้มีมาแต่กำเนิด ต้องการทั้งการเรียนรู้ ใ้ความรู้ แรงจูงใจ ทักษะ และความพยายาม (Orem 1995 : 226)

การดูแลตนเองมี 2 ระยะ(Orem 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 23-25) คือ

1. ระยะการพินิจพิจารณาและตัดสินใจ (Estimative and transitional operation) เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ต้องการความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต ให้ความหมายของสิ่งที่สังเกต และมองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพินิจพิจารณาตัดสินใจกระทำ

2. ระยะเวลาลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นระยะเวลากระทำและประเมินผลการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย โดยเป้าหมายจะเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลการกระทำ ในการดูแลตนเองนั้นบุคคลจะตั้งคำถามว่าตนจะดำเนินการอย่างไรเพื่อจะได้กระทำกิจกรรมตามที่ได้เลือก จะทำอะไรบ้าง กระทำนานเท่าไร ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ การที่ต้องทำการดูแลตนเองนั้นขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นในชีวิตหรือไม่ และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง

โอเร็มได้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลตนเองเป็นกระบวนการ ก่อนที่จะลงมือปฏิบัติ บุคคลต้องคิดพิจารณาหาความหมาย ให้เหตุผล และวางเป้าหมาย มีการตัดสินใจจะกระทำและประเมินผลกิจกรรมนั้นๆ การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมีผลกระทบต่อบุคคลในหลาย ๆ ด้าน มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคม มีกิจกรรมที่จำเป็นหลายอย่างในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง จึงน่าสนใจที่จะศึกษาว่าหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างไร กิจกรรมนั้นเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายตามที่โอเร็มกล่าวไว้หรือไม่ และมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง

เป้าหมายในการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็มคือ การดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ด้าน (Orem 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 27-30) คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับอายุ ระยะเวลาพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และสวัสดีภาพ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปประกอบด้วย การดูแลให้ได้รับอากาศ น้ำ และอาหาร ที่เพียงพอ มีการขับถ่ายและการระบายเป็นไปตามปกติ รักษาสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อน รักษาสมดุลระหว่างการใช้เวลาส่วนตัว และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดีภาพ การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการของบุคคล

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Development self-care requisites) เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาการของมนุษย์กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะต่าง ๆ ของชีวิต และการดูแลเพื่อป้องกันผลกระทบต่อพัฒนาการ

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) ได้แก่การแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้ รับรู้ สนใจ ดูแลผลของพยาธิสภาพ และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของโรคหรือการรักษา การเรียนรู้ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย พื้นฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ปรับอัตรโนทัศน์และเรียนรู้ที่จะอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่อย่างปกติสุข

การดูแลตนเองและดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา อาจมีทั้งที่เป็นประโยชน์ (Therapeutic self-care) และไม่เป็นประโยชน์ (Non-therapeutic self-care) การดูแลตนเองที่เป็นประโยชน์นั้นจะต้องช่วยให้เกิดผลต่อไปนี้ (1) ส่งเสริมกระบวนการของชีวิตและการทำหน้าที่ของบุคคล (2) คงไว้ซึ่งการเจริญเติบโต พัฒนาการ และวุฒิภาวะตามปกติของบุคคล (3) ป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค และความเจ็บป่วย (4) ป้องกันและปรับชดเชยภาวะไร้ความสามารถได้ (5) ส่งเสริมสวัสดิภาพของบุคคล (Orem 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 25-26)

การที่บุคคลจะกระทำการดูแลตนเองได้นั้นจำเป็นต้องมีความสามารถ ซึ่งโอเรียม เรียกว่าศักยภาพในการดูแลตนเอง (Self-care agency) เป็นนิยามที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยความสามารถ 3 ระดับ(Orem 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 31-36) คือ

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and dispositions) ประกอบด้วยความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ หน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจ หัวงโย และการยอมรับในตนเอง การจัดลำดับความสำคัญ รู้จักการแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ และความสามารถที่จะจัดการกับตนเอง

ระดับที่ 2 พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Ten power components) ประกอบด้วยความสนใจเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถในการควบคุมพลังงาน และการเคลื่อนไหวของร่างกายในการริเริ่มและกระทำการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง การมีทักษะในการตัดสินใจสามารถใช้เหตุผลในการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง สามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากบุคคลที่เหมาะสมและนำความรู้ไปปฏิบัติ มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สถิติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ ติดต่อกและสร้างสัมพันธภาพกับ

บุคคลอื่น สามารถจัดระบบการดูแลตนเอง และสอดคล้องเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต และกระทำการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องได้

พลังความสามารถ 10 ประการ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) ประกอบด้วย

1. การคาดการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม (Estimative operation) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อม สำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง
2. การปรับเปลี่ยน (Transition operation) เป็นความสามารถในการตัดสินใจ กับสิ่งที่สามารถ ควรและจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น
3. การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น

นอกจากนี้ปัจจัยพื้นฐานบางประการของแต่ละบุคคลในเรื่องอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อม แหล่งประโยชน์ ประสบการณ์ในชีวิต มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลด้วย (Orem 1995: 203)

เป้าหมายสูงสุดในการดูแลตนเองตามทัศนะของโอเร็มคือ เพื่อให้คงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ แต่เป้าหมายในการดูแลตนเองในระยะสั้นคือ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นทั้งหมดของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้านดังกล่าวแล้ว ในแต่ละกิจกรรมมีเป้าหมายเฉพาะ บุคคลต้องเข้าใจและทราบเป้าหมายในการกระทำนั้นๆ เช่นการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายประการหนึ่งคือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยทราบในข้อนี้หรือไม่ ทราบได้อย่างไร ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายอะไรบ้าง ทำเมื่อใด ทำนานและบ่อยแค่ไหน จึงถือว่าออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้เฉพาะเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยนั้นๆ เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องทำความเข้าใจร่วมกับผู้ป่วย และเชื่อมโยงการกระทำการดูแลตนเองกับการรับรู้ของผู้ป่วย และให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน

การดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วย บางครั้งเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่สุขภาพกำหนดให้ ซึ่งในความเป็นจริงไม่ทราบว่าผู้ป่วยเข้าใจและตัดสินใจอย่างไร มีเป้าหมายเฉพาะในกิจกรรมนั้น ๆ หรือมุ่งไปที่เป้าหมายสูงสุดเพื่อให้คงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ การเข้าใจความหมายเกี่ยวกับชีวิต สุขภาพ สวัสดิภาพของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ อาจไม่ตรงกัน การศึกษาในครั้งนี้จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการทำความเข้าใจให้กระจ่างขึ้นในการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองในระยะพินิจพิจารณาและตัดสินใจ (Estimative and transitional operations) แต่โอเร็มไม่ได้กล่าวในรายละเอียด แนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของไคลแมน (Explanatory model of illness) จะช่วยเสริมแนวคิดของโอเร็มในส่วนนี้ให้ชัดเจนขึ้น

แนวคิดของการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Explanatory model of illness)

ไคลแมนเป็นจิตแพทย์และได้ศึกษาทางด้านมานุษยวิทยา ได้กล่าวถึงแนวคิดของการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไว้ว่า การที่บุคคลรับรู้และจัดการกับความเจ็บป่วยของเขานั้น ขึ้นกับคำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคนในกลุ่มนั้น คนโดยทั่วไปจะมีการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ต่างกัน (Kleinman, et al. 1978: 252) ความแตกต่างของการอธิบาย มีผลมาจากความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณีวัฒนธรรม บทบาททางสังคมของผู้ป่วย การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ในอดีตต่อความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ (Kleinman, et al. 1978 : 253, 256)

ความแตกต่างในการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยระหว่างประชาชน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ อาจก่อให้เกิดปัญหาต่างๆตามมากล่าวคือ เจ้าหน้าที่สุขภาพมักมีทัศนะทางด้าน การแพทย์ซึ่งมองว่าบุคคลเกิดโรค (Disease)ซึ่งหมายถึงพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น จึงรักษาโรคขณะที่ผู้ป่วยมีทัศนะของความเจ็บป่วยซึ่งหมายถึง ความทุกข์จากอาการต่างๆที่รบกวนการดำเนินชีวิต ถ้าขาดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทัศนะระหว่างกัน ปัญหาที่ตามมาคือผู้ป่วยบางคนไม่ยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา ไม่พึงพอใจกับการรักษาที่ได้รับและรู้สึกว่าคุณเองได้รับการดูแลรักษาไม่เพียงพอ เนื่องจากการดูแลนั้นไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย (Kleinman 1978 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล 2536: 8)

การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นการอธิบายถึงประสบการณ์ทางจิตสังคม ความหมายของการรับรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้อาการ การตอบสนองต่อโรค ผลกระทบ และการเผชิญกับโรค รวมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยเฉพาะในบริบทครอบครัว และเครือข่ายสังคม (Kleinman 1980: 72) แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ช่วยให้เจ้าหน้าที่สุขภาพทราบถึงความเชื่อของผู้ป่วย การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตสังคม ความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง สิ่งที่แพทย์รักษาและเป้าหมายของผู้ป่วย (Kleinman 1978: 256) เจ้าหน้าที่สุขภาพจึงต้องคำนึงถึงทั้งโรคและความเจ็บป่วย เพราะความแตกต่างระหว่างความคิดเห็นของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพนำไปสู่การดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่าแนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของ ไคลแมน สอดคล้องกับ ทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม ในระยะพินิจพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งเป็นระยะการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แต่แนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของ ไคลแมน ช่วยให้เข้าใจชัดเจนขึ้นในด้านการอธิบายการรับรู้ ผลกระทบ การคาดการณ์เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อการกำหนดพฤติกรรมดูแลตนเอง การนำทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม และแนวคิดการอธิบายความเจ็บป่วยของ ไคลแมน มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นแนวทางให้สามารถเข้าใจระบบความเชื่อ ความคิดของผู้ป่วย และพฤติกรรมดูแลตนเองมากขึ้น

#### กรอบแนวคิดในวิธีวิทยาการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดปรากฏการณ์วิทยา ในปัจจุบัน การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นที่สนใจและมีการตื่นตัวอย่างกว้างขวางทั้งในวงการการศึกษา และในหมู่นักวิจัยสาขาต่าง ๆ (เบญญา ขอดคำเนิน-แอ็ดติงก์ และภาณี วงษ์เอก 2534: 1) การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องการความเข้าใจประสบการณ์สุขภาพของมนุษย์ เน้นประสบการณ์มนุษย์ที่เป็นองค์รวม และความหมายของประสบการณ์ในแต่ละบุคคล (Liehr & Marcus 1994: 254)

การวิจัยเชิงคุณภาพหมายถึงวิธีการศึกษาอย่างมีระบบ เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ของบุคคลและธรรมชาติที่ปรากฏเกี่ยวกับวิธีการติดต่อ การจัดการบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยอาศัยผู้ถูกศึกษาเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้ศึกษาเป็นผู้แปลผลที่ได้ในลักษณะนามธรรมระดับ

ต่าง ๆ ( Parse, et al. 1985 อ้างในรุจา ภูโพนุส 2531: 204) การวิจัยเชิงคุณภาพมี 5 ขั้นตอนคือ การชี้ให้เห็นถึงปัญหาในการวิจัย การเลือกตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและเสนอผลวิจัย (Lier & Marcus 1994: 260) การวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้บ่อยในการพยาบาลมี 4 ชนิด คือ (1) การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Research) (2) การวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎีจากข้อมูล (Grounded Theory Research) (3) การวิจัยทางมนุษยวิทยา (Ethnographic Research) และ (4) การวิจัยเชิงประวัติศาสตร์ (Historical Research)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้วิธีเชิงคุณภาพชนิดปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้และค้นหาความหมายของประสบการณ์บุคคลที่ได้ประสบ ( Liehr & Marcus 1994: 262) คุณลักษณะของการศึกษาชนิดนี้เน้นที่ธรรมชาติของประสบการณ์ที่ได้เผชิญจริงๆ มีการพูดคุยกับบุคคลที่ประสบกับเหตุการณ์นั้นอย่างกว้างขวางละเอียดลึกซึ้ง ผู้วิจัยอาศัยข้อมูลที่ได้จากคำอธิบาย ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลเพื่อนำไปรวบรวม แปลความหมายและค้นหาข้อสรุปความหมาย สุดท้ายมีการสะท้อนให้เห็นความหมายของประสบการณ์ทั้งหมดอย่างลึกซึ้ง การเลือกตัวอย่างโดยหาบุคคลที่มีประสบการณ์และจำได้ (Lived experience) และบุคคลนั้นยินดีจะเล่า วิธีเก็บข้อมูลทำได้หลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ระดับลึก การสนทนากลุ่ม จำนวนตัวอย่างของการวิจัยขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ และเชื่อถือได้ของข้อมูลที่ได้รับ เก็บจนกว่าข้อมูลอิ่มตัว คือไม่มีข้อมูลแปลกใหม่เพิ่มจึงถือว่าเพียงพอ ( Morse 1991: 135)

จะเห็นได้ว่าการวิจัยเชิงคุณภาพเหมาะสำหรับการศึกษาประสบการณ์ของมนุษย์ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ศาสตร์การพยาบาลคำนึงถึง เป็นการเน้นประสบการณ์มนุษย์ที่เป็นองค์รวมทำให้เข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ที่ซับซ้อนกว่าและลึกซึ้งกว่าเชิงปริมาณ ( Lincoln 1992 cited in Liehr & Marcus 1994: 258) ลักษณะเด่นของข้อมูลเชิงคุณภาพคือ จุดเน้นในด้านความหมายและกระบวนการของสิ่งต่างๆ ซึ่งให้ความหมายในทัศนะของผู้ถูกศึกษา (emic view) ไม่ใช่ความหมายในทัศนะของผู้วิจัย (etic view) (เบญจา ยอดคำเนิน-แอตติกจ์ และภาณี วงษ์เอก 2534: 10)

การใช้การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงเหมาะในการศึกษาค้นคว้านี้ เพื่อให้ทราบถึงการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะ

กล้ามเนื้อหัวใจตาย เน้นการให้ความหมายในทัศนะของผู้ให้ข้อมูลและเหตุการณ์ที่ประสบ ซึ่งการตระหนักถึงการให้ความหมายประสบการณ์ของแต่ละบุคคล มีความสำคัญสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

### ข้อตกลงเบื้องต้น

บุคคลเป็นองค์รวมที่มีการผสมผสานของกาย จิต สังคม และวิญญาณ มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา และเป็นผู้มีศักยภาพในการค้นหา เรียนรู้ พัฒนา และตอบสนองความต้องการของตนเองและผู้อื่นได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการให้ความหมายเกี่ยวกับหัวใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. เพื่อศึกษาการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย
3. เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

### ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดปรากฏการณ์วิทยา โดยศึกษาการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 5 เดือนคือ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2538 ถึงเดือนเมษายน 2539

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาครั้งนี้คือ

1. เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการเข้าใจการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. เป็นการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และแนวคิดของการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

3. เป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

นิยามตัวแปร

การให้ความหมายของหัวใจ หมายถึงการอธิบายเกี่ยวกับหัวใจตามความเข้าใจของผู้ป่วยแต่ละคน (ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก)

การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึงการอธิบายของผู้ป่วยในเรื่องโรค สาเหตุ ผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก)

การดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายว่ากระทำการกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง การกระทำกิจกรรมนั้น ๆ มีการคิด ตัดสินใจ มีเป้าหมายหรือไม่อย่างไร รวมถึงสิ่งที่เอื้ออำนวยและเป็นอุปสรรคในการกระทำการกิจกรรมนั้นๆ (ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก)

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้คือ การให้ความหมายของหัวใจและความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย การดูแลตนเองเพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

#### การให้ความหมายของหัวใจและความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การให้ความหมาย (Meaning) หมายถึงการอธิบายถึงความเข้าใจของบุคคลในเรื่องนั้นๆ (Parse, et al. 1985: 10) การให้ความหมายมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะช่วยในการตัดสินใจ บางคนช่วยให้สามารถเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากโรคได้ (Steeves 1987 cited in O'Conner 1990: 168) เมื่อเจ็บป่วยบุคคลจะมีการรับรู้ ให้ความหมายต่างกันไป ความแตกต่างของการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีผลมาจากความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม บทบาททางสังคม การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ในอดีตต่อความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ (Kleinman, et al. 1978: 256) การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ผู้ป่วยมักได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตหลายๆอย่าง ถ้าการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่ตรงกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ก็จะมีผลถึงความร่วมมือในการรักษา Smith (1972: 663-668) กล่าวว่า การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะพักฟื้นมีอิทธิพลมาจากการให้ความหมายเกี่ยวกับหัวใจ ซึ่งได้สรุปความหมาย ของหัวใจ 3 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ หัวใจเป็นแหล่งของอารมณ์ความรู้สึกต่าง ๆ เป็นศูนย์กลางของร่างกายและหมายถึงชีวิต ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมักกังวลมากกับโรคที่เกิดขึ้นกับหัวใจ บางคนคิดว่าถ้าหัวใจล้มเหลวต่อไปชีวิตอาจล้มเหลว

ศิริอร สินธุ (2537) ศึกษาความกระจำงในบทบาทหน้าที่ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีไทยที่ป่วยเป็นโรคลิ้นหัวใจ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน

83 ราย ในด้านการให้ความหมายของหัวใจสรุปได้ว่า หัวใจเป็นตัวสูบน้ำเลือด เป็นอวัยวะที่ช่วยในการคิด สตรีทั้งหมดเห็นพ้องกันว่าหัวใจเป็นส่วนสำคัญที่สุด หรือ เป็นศูนย์กลางของร่างกาย ส่วนโรคหัวใจ สตรีมีความเห็นว่าเป็นโรคที่ซ่อนเร้น ซึ่งทำให้เกิดผลทั้งทางบวกและทางลบ สำหรับการรับรู้สาเหตุของโรคหัวใจมีเพียง 9 รายจาก 83 รายที่สามารถอธิบายลักษณะการทำงานของหัวใจที่เปลี่ยนแปลงไปในแนวทางวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์มากกว่าครึ่งซึ่งว่าสาเหตุเนื่องจากพฤติกรรมที่สร้างไว้ในชาติก่อน การทำงานหนัก การกระทบกระเทือนหัวใจ แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของสตรีเหล่านี้ นอกเหนือจากความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์แล้วยังเกิดจากสังคมวัฒนธรรมด้วย

ไคลแมน (Kleinman 1978: 255) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างในการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและแพทย์ โดยยกตัวอย่างกรณีศึกษาของผู้ป่วยชายรายหนึ่ง ซึ่งเป็นอาจารย์ในมหาวิทยาลัย วัย 38 ปี มีอาการเจ็บหน้าอก ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แต่ผู้ป่วยปฏิเสธไม่ยอมรับการวินิจฉัยนี้ เขายืนยันว่าแพทย์ประจำตัวบอกว่าเขามีลิ้มเลือดอุดตันที่ปอด ซึ่งแนวความคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเชื่อว่าการเกิดอาการเจ็บหน้าอกเป็นสัญลักษณ์ของการสิ้นสุดแบบแผนชีวิตที่กระตือรือร้น หลังจากแพทย์ทราบถึงแนวคิดของผู้ป่วย จึงได้ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ และความกลัวของผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้ป่วยยอมรับว่าโรคของเขามีความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

จากตัวอย่างทำให้เห็นว่าผู้ป่วยมีแนวความคิดอธิบายความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งถ้าไม่มีการทำความเข้าใจร่วมกันจะส่งผลถึงความร่วมมือในการรักษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

คาร์เนส (Carne 1971: 1187-1188) เขียนบทความเกี่ยวกับการเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหัวใจสรุปได้ว่าการให้ความหมายของหัวใจ อาจทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจเพิ่มความวิตกกังวลและแสดงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ ผู้ป่วยโรคหัวใจมักเป็นคนริบแรง เครียด ชอบแข่งขัน มีความคาดหวังในงานสูง ไม่ค่อยแสดงความรู้สึก และใช้กลไกป้องกันตนเองมากเกินไป เช่นเมื่อต้องการพึ่งพาแต่พฤติกรรมที่แสดงออกตรงกันข้าม จะแสดงว่าพึ่งตนเองได้ เมื่อกังวลอาจแสดงออกโดยการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น พยายามต้องเข้าใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง ไม่ใช่มองแต่เพียงว่าการเจ็บป่วยนั้นอาจคุกคามชีวิต แต่

การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจของผู้ป่วยอาจหมายถึงการสูญเสียความเป็นบุคคล ความรัก ความสัมพันธ์ในชีวิต ทำให้เข้าใจถึงสาเหตุของความไม่ร่วมมือในแผนการรักษา การเข้าใจในเหตุการณ์แสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยอาจทำให้พยาบาลช่วยผู้ป่วยเอาชนะความรู้สึกสูญเสีย และอยู่ในความเป็นจริง ไม่แสดงออกในทางที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

รูดี (Rudy 1980: 325-356) ศึกษาการอธิบายสาเหตุของกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้ป่วยและคู่สมรส เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 50 ราย คู่สมรส 50 ราย พบว่าผู้ป่วยและคู่สมรสส่วนใหญ่ให้คำอธิบายสาเหตุของกล้ามเนื้อหัวใจตายว่า เกิดจากความเครียดในชีวิต การทำงานและสถานการณ์ในบ้าน ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของครูกและริชาร์ด (Croog & Richard 1977: 921-930) ศึกษาาระยะยาว 8 ปี ทดสอบการรับรู้สาเหตุของกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่า ผู้ป่วยและคู่สมรสเชื่อว่าสาเหตุสำคัญเกิดจากการสูบบุหรี่ ความเครียดจากงาน ความกังวลและทำงานหนักเกินไป

เบอร์เกสและฮาร์ทแมน (Burgess & Hartman 1986: 568-571) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะวิกฤติของหัวใจ และผลของการให้การพยาบาลโดยใช้หลักพฤติกรรมที่เกิดจากความเข้าใจ (cognitive-behavior approach) ต่อความทุกข์ทรมานทางจิต โดยสุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลอง 89 ราย กลุ่มควบคุม 91 รายพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มรับรู้สาเหตุของโรคดังนี้ ร้อยละ 33 บอกว่าเกิดจากงาน มากกว่าร้อยละ 90 เกิดจากความเครียดจากงาน ร้อยละ 94 เห็นว่าเป็นโรคที่รุนแรง ร้อยละ 60 เห็นว่าป้องกันได้ ร้อยละ 71 เห็นว่าควบคุมได้ เมื่อพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกทำความเข้าใจกับการรับรู้ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุและผลของโรค ให้ข้อมูล สอนวิธีลดความวิตกกังวลกับกลุ่มทดลองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และติดตามผู้ป่วย 3 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองมีความทุกข์ทางจิต และพึงพาครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .04$ )

งานวิจัยเกี่ยวกับการให้ความหมายของหัวใจ และความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายระยะแรกส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ซึ่งมักเน้นการให้ความหมายด้านสาเหตุของโรค ไม่ครอบคลุมถึงการอธิบายความเจ็บป่วยทั้งหมด ต่อมามีการวิจัยเชิงคุณภาพมากขึ้น เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับความหมายของประสบการณ์ความเจ็บป่วยและกระบวนการปรับตัวของผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

จอห์นสันและมอร์ส (Johnson & Morse 1990: 126-135) ได้ศึกษากระบวนการปรับตัวหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์ผู้ป่วย 14 ราย พบว่ากระบวนการปรับตัวมี 4 ระยะ แต่ละระยะเน้นที่การคงไว้ซึ่งความรู้สึกสามารถควบคุมตนเอง

ระยะที่ 1 เป็นระยะป้องกันตนเองจากการถูกคุกคาม โดยบอกตนเองว่าเป็นอาการเล็กน้อย ไม่ใช่อาการของกล้ามเนื้อหัวใจตาย รู้สึกกลัวที่จะยอมรับว่าเป็นโรครุนแรง

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ตระหนักถึงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประกอบด้วย 4 ระยะย่อยคือ

2.1 กำลังเผชิญความตาย การตอบสนองมี 2 ลักษณะคือ ในทางบวกรู้สึกโชคดีที่รอดชีวิต และทางลบคือกลัวตาย มองโลกในแง่ร้าย คิดว่าไม่สามารถฟื้นสภาพเช่นเดิม

2.2 ทบทวนชีวิตและอธิบายถึงสาเหตุการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย บางคนเชื่อว่าเป็นโรคที่เกิดจากแบบแผนการดำเนินชีวิต บางคนรู้สึกผิดเพราะเชื่อว่าเกิดจากการทำผิดในบางเรื่อง

2.3 เผชิญกับข้อจำกัดที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่นการจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ หลายคนเชื่อว่าข้อจำกัดต่าง ๆ จะติดตัวไปในอนาคต ทำให้เกิดความกังวล

2.4 มองถึงอนาคต มีความสำคัญมากในการเลือกขั้นตอนการปรับตัว ผู้มีทัศนคติทางบวกเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเป็นครั้งที่ 2 เชื่อว่ารู้สาเหตุของโรค วางแผนปรับเปลี่ยนใหม่ ยอมรับข้อจำกัด ผู้มองโลกในแง่ร้าย กลัวตาย กลัวไร้ความสามารถ ไม่วางแผนและไม่ยอมรับข้อจำกัดของตนเอง

ระยะที่ 3 เรียนรู้จะมีชีวิตต่อไป ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

3.1 คงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยเปลี่ยนแปลงบทบาทใหม่

3.2 ลดความรู้สึกไม่แน่นอน เรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ปฏิบัติตัวด้วยความ

ระมัดระวัง

3.3 วางแผนการดำเนินชีวิต โดยเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ปฏิบัติ และประเมินผล

ระยะที่ 4 การมีชีวิตต่อไปอีกครั้งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

4.1 ยอมรับข้อจำกัด โดยเปลี่ยนแปลงความคาดหวัง

4.2 เน้นความสนใจใหม่โดยฟื้นฟูสภาพร่างกาย ยอมรับว่ามีข้อจำกัด

4.3 สามารถเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ทำกิจกรรมประจำวัน

โดยไม่กังวล มั่นใจในความสามารถ รู้สึกแข็งแกร่งและพึงพอใจ

การวิจัยเรื่องนี้เน้นที่การปรับตัวของผู้ป่วยเพื่อให้คงไว้ซึ่งความรู้สึกควบคุมตนเอง ซึ่งการปรับตัวเป็นสิ่งที่สำคัญในการมีชีวิตรอยู่กับความเจ็บป่วย

คีลลิงและเดนนิสัน ( Keeling & Dennison 1995: 45-49) ได้ศึกษาติดตามผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การเปรียบเทียบ(Technique of constant comparison) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ชายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและคู่สมรส จำนวน 21 คู่ อายุเฉลี่ย 54 ปี พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจ โทรศัพท์สัมภาษณ์ประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างในระยะพักฟื้นครั้งแรกในวันที่ 5 ครั้งที่ 2 ประมาณวันที่ 14 และครั้งที่ 3 ประมาณวันที่ 21 หลังจากออกจากโรงพยาบาล ผลการวิจัยสรุปประสบการณ์ของผู้ป่วยได้ 5 ประการดังนี้

- (1) ความยากลำบากในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ซึ่งแสดงออกด้วยการร้องไห้ ภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับ คับข้องใจในการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว
- (2) ความพยายามลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ เช่น การลดน้ำหนัก การควบคุมอาหาร การหยุดสูบบุหรี่ การทำกิจกรรม และการจัดการกับความเครียด
- (3) กังวลเกี่ยวกับปัญหาทางการเงิน
- (4) การจัดการกับความรู้สึกไม่แน่นอนในระยะแรกของการฟื้นฟูสภาพ
- (5) การแสดงออกถึงความซาบซึ้งที่พยาบาลเอาใจใส่โดยการโทรศัพท์ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ และให้การสนับสนุนทางอารมณ์ รวมทั้งแนะนำแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ

งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงประสบการณ์ผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพ หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งเป็นระยะที่เกิดความเครียดได้สูง เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ ด้าน การที่พยาบาลโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย เพิ่มความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวต่อระบบบริการสุขภาพที่ขยายจากโรงพยาบาลไปยังบ้าน ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวคิดว่าเป็นการให้ความช่วยเหลือที่เป็นประโยชน์มากในระยะนี้ ข้อจำกัดในการศึกษาคั้งนี้คือ ใช้การจดบันทึกขณะสนทนากับกลุ่มตัวอย่างแทนการบันทึกแถบเสียง ซึ่งยากที่จะจดบันทึกการสนทนาทั้งหมดได้อย่างสมบูรณ์และไม่มีการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล ไม่สามารถนำไปสรุปอ้างอิงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายทั่วไป เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก เลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวกและศึกษาเฉพาะผู้ชายเท่านั้น ( Keeling & Dennison 1995:49) งานวิจัยนี้อาจเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ และวิจัยต่อไปเพื่อให้เห็นถึง

ประสิทธิภาพของการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย ความคุ้มค่าของการให้บริการทางสุขภาพใน  
สิ่งแวดล้อมยุคปัจจุบัน

ทอมสันและคณะ (Thompson et al 1995: 707-714) ศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยและ  
คู่สมรส 1 เดือนหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการ  
สัมภาษณ์และบันทึกแถบเสียง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ชายและคู่สมรส อายุเฉลี่ย 62 ปี ผลการวิจัย  
สรุปประสบการณ์ได้ 6 ด้านดังนี้ (1) ความคาดหวังเกี่ยวกับข้อมูล และคำแนะนำ ซึ่ง  
กล่าวถึงคำแนะนำและข้อมูลที่ได้รับ และข้อมูลที่ต้องการแต่ไม่ได้รับ (2) ความคิดคำนึง  
เกี่ยวกับอนาคต กลุ่มตัวอย่างที่มีปฏิกริยาทางบวกต่ออนาคต จะรู้สึกว่าสามารถควบคุม  
ภาวะสุขภาพตนเองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (3)ปฏิกริยาตอบสนองของคู่สมรส มัก  
แสดงออกในลักษณะของความวิตกกังวล (4)การลดความสำคัญของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย  
เป็นการเผชิญกับความเจ็บป่วยวิธีหนึ่งที่ลดความรู้สึกคุกคาม โดยใช้กลไกทางจิต (5)  
ต้องการกลับไปเป็นปกติ (6) ผลต่อความสัมพันธ์กับคู่สมรส บางคู่ทำให้ความสัมพันธ์ใกล้ชิด  
ยิ่งขึ้น บางคู่ภรรยาหนีบทบาทเด่นในครอบครัว ผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพามากขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ทำให้เห็นความสำคัญของประสบการณ์ของผู้ป่วย และคู่สมรส  
1 เดือนหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งมักเป็นช่วงที่รู้สึกยากลำบากในการเผชิญปัญหา  
ต้องการข้อมูลและคำแนะนำ (Thompson et al 1995: 712) การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะ  
ว่าควรมีโปรแกรมฟื้นฟูสภาพและสนับสนุนผู้ป่วยและคู่สมรสในระยะ 1-2 เดือนหลังเกิด  
กล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยและคู่สมรสต้องการ แต่มักขาดบริการในเรื่องนี้  
ขาดความต่อเนื่องและประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน จึงเป็นสิ่งที่ควรนำมา  
พิจารณาถึงความเป็นไปได้ของการจัดให้มีโปรแกรมฟื้นฟูสภาพ ข้อจำกัดของการศึกษา  
ครั้งนี้คือกลุ่มตัวอย่างจำกัดเฉพาะผู้ชายที่มีคู่สมรส ซึ่งประสบการณ์ของผู้หญิงอาจแตกต่างกัน  
และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและคู่สมรสพร้อมกัน อาจมีผลต่อข้อมูลที่ได้รับเนื่องจากอาจไม่  
ต้องการเปิดเผยความรู้สึกในบางเรื่องเมื่อมีคู่สมรสอยู่ด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความหมายของความเจ็บป่วย ประสบการณ์  
การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีเป้าหมายเพื่อให้เข้าใจผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางใน  
การหาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยได้

อย่างปกติสุข ซึ่งการดูแลตนเองเพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงมีความสำคัญมากในผู้ป่วย  
กล้ามเนื้อหัวใจตาย

การดูแลตนเองเพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีสาเหตุจากการตีบตันอย่างสมบูรณ์ของหลอดเลือดโคโรนารี  
ที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เมตาบอลิซึมของเซลล์ต้องหยุดลงเป็นผลให้เซลล์ของ  
กล้ามเนื้อหัวใจเกิดตาย สาเหตุการตีบตันมีสมมติฐานจากหลอดเลือดหัวใจแข็ง  
(Atherosclerosis) สาเหตุการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจแข็งนั้นยังไม่ทราบแน่นอน แต่เชื่อว่า  
เกิดจากปัจจัยหลายชนิด ปัจจัยเหล่านี้เรียกว่าปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท  
ใหญ่ ๆ คือปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (non-modifiable risk factor) ได้แก่ อายุ เพศ  
ประวัติครอบครัว และปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ (modifiable risk factor) เช่น ภาวะไขมัน  
ในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วน ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน  
ความเป็นอยู่ชนิดที่ต้องนั่งอยู่เป็นอาจิม บุคลิกภาพ และภาวะเครียดทางจิตใจ (สุกชัย ไชยธีระ  
พันธ์ 2530: 788-793)

หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำเป็นต้องดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ  
ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตมีส่วนในการลดการเกิด  
หลอดเลือดแข็งตัวที่รุนแรงได้ ผู้ป่วยต้องการการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง ข้อมูลที่ผู้ป่วย  
กล้ามเนื้อหัวใจตายต้องการเรียนรู้มากที่สุดคือ เรื่องปัจจัยเสี่ยง (Karlik 1987: 547; Duryee  
1992: 224) ซึ่งการลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมีดังนี้

การควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงและการควบคุมน้ำหนัก

ปัจจุบันเป็นที่ทราบกันอย่างแน่ชัดแล้วว่าภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่  
สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (วิชัย ตันไพจิตร 2534: 104) จากการศึกษา  
ของสุกชัย ไชยธีระพันธ์และคณะ (2533) ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอายุน้อย  
กว่า 40 ปี จากสถาบันแพทย์ 7 แห่งในประเทศไทยจำนวน 140 ราย พบว่าภาวะไขมัน  
ในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยเป็นอันดับสองคือ พบร้อยละ 20 ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอล

คอเลสเตอรอลในซีรัมมากกว่า 200 มก.ดล. ระดับแอล.ดี.แอล.มากกว่า 130 มก.ดล. และระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 200 มก.ดล. จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันมากกว่าผู้ที่มิระดับไขมันชนิดต่างๆอยู่ในเกณฑ์ปกติประมาณ 3-5 เท่า (วิชัย ตันไพจิตร 2534: 106) การรับประทานอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายเป็นประจำทำให้เป็นโรคอ้วนได้ มีผลให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น การลดระดับไขมันในเลือดลงร้อยละ 1 จะมีผลทำให้ลดอัตราการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบตันได้ร้อยละ 2 การควบคุมระดับคอเลสเตอรอลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและรักษาโรคนี้ (วิชัย ตันไพจิตร 2534: 107) ซึ่งมีหลักในการปฏิบัติ 3 ประการคือ การรับประทานอาหารที่ให้พลังงานอย่างพอเหมาะ การจำกัดการรับประทานคอเลสเตอรอล และการเลือกรับประทานไขมันแต่ละชนิดอย่างเหมาะสมควบคู่กับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ในทางปฏิบัติ การควบคุมอาหารไขมันหมายถึง การลดไขมันจากเนื้อสัตว์ซึ่งมีไขมันอิ่มตัวมาก ให้ใช้ไขมันพืชซึ่งมีไขมันไม่อิ่มตัวมากกว่า เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด พลังงานที่ได้จากไขมันร้อยละ 30 จำกัดอาหารคอเลสเตอรอลน้อยกว่าวันละ 300 มก. พลังงานที่ได้จากคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 55 การลดไขมันด้วยยาควรใช้เมื่อไขมันในเลือดสูงไม่ลดลงด้วยการคุมอาหาร และลดน้ำหนัก (พวงค์ จูฑา 2531: 76)

### การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายแบบแอโรบิค มีผลต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจเป็นอย่างมาก ถ้าทำติดต่อกันนานประมาณ 30 นาที สามารถลดไขมันในเลือดได้นานถึง 48 ชั่วโมง ช่วยเพิ่มจำนวนหลอดเลือดฝอยในกล้ามเนื้อหัวใจได้ เพิ่มประสิทธิภาพการไหลเวียนของเลือด ลดความดันโลหิตได้กรณีที่ความดันโลหิตสูงชนิดไม่รุนแรง ทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดต่อนาทีเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลงทั้งขณะพักและขณะออกกำลังกาย ยังมีผลให้เพิ่มสมรรถภาพในการทำงาน อารมณ์ ความคิดแจ่มใสขึ้น (เศก อักษรานูเคราะห์ 2534: 114) การออกกำลังกายต้องเลือกให้เหมาะกับเพศ อายุ และโรคประจำตัวด้วย วิธีออกกำลังกายทำได้หลายวิธี เช่น เดิน วิ่ง ถีบจักรยาน วันละ 15-45 นาที ปรับร่างกายก่อนออกกำลังกาย (warm up) 5-10 นาที หลังออกกำลังกายไม่ควรหยุดทันที ควรผ่อนคลายเป็นขั้นปรับสภาพร่างกายก่อนหยุดพัก (cool down) เพื่อไม่ให้อัตราเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (พวงค์ จูฑา 2530: 160)

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายบางส่วน ถ้าได้ออกกำลังกายอย่างถูกต้องแล้ว จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคซ้ำได้ จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก ติดตามผู้ป่วย 3,000 รายในเวลา 3 ปี พบว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันซ้ำ และถึงแก่ชีวิตร้อยละ 18.6 ส่วนกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายมีอันตรายชนิดถึงแก่ชีวิตร้อยละ 29.4 (เศก อักษรานุเคราะห์ 2534: 116)

### การหยุดสูบบุหรี่

ผู้ที่สูบบุหรี่เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบ 2.14 เท่าอุบัติการณ์การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัตราการตายจากโรคหัวใจเพิ่มขึ้นตามจำนวนการสูบบุหรี่ (Gotto & Farmer 1988:1172) ในบุหรี่มีสารพิษหลายอย่าง สารที่ทำให้เกิดโรคหัวใจได้แก่ ทาร์ คาร์บอนมอนนอกไซด์ และนิโคติน ทาร์มีส่วนผสมของไฮโดรคาร์บอนและสารก่อมะเร็ง คาร์บอนมอนนอกไซด์จะขัดขวางกระบวนการนำพาออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด โดยคาร์บอนมอนนอกไซด์จะจับกับฮีโมโกลบินอย่างแน่นหนาและถาวร จึงเหลือฮีโมโกลบินที่ทำหน้าที่พาออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ได้น้อยลง อวัยวะต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนลดลง ทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้นเพื่อเร่งการไหลเวียนเลือดให้ได้ออกซิเจนเพียงพอ (สุวรรณยา เศษอุดม 2534: 170) นอกจากนี้เม็ดเลือดแดงที่มีคาร์บอนมอนนอกไซด์เกาะอยู่จะกระด้างไม่มีการหมุนตัว จึงครูดกับผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเป็นแผล ร่างกายซ่อมแซมโดยสร้างเชื่อมมาเคลือบทำให้รูหลอดเลือดแดงแคบลงเป็นผลให้หลอดเลือดตีบตัน ส่วนนิโคตินจะเพิ่มการผลิตคาเทโคลามีน (catecholamine) ทำให้การเต้นของหัวใจผิดจังหวะและเร็วขึ้น เพิ่มความดันโลหิตและเพิ่มการใช้ออกซิเจนทำให้โคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น และเพิ่มการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด

จากการศึกษาของศุภชัย ไชยธีระพันธ์และคณะ (2533) ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี จากสถาบันแพทย์ 7 แห่งในประเทศไทย พบว่าบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุดถึงร้อยละ 46 ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่หลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายมีอัตราการตาย 2 เท่าของผู้ป่วยที่หยุดสูบบุหรี่ (Kottke, et al. 1992: 75) การหยุดสูบบุหรี่จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

### การควบคุมความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกิดหลอดเลือดแข็งได้มากกว่าผู้ที่มีความดันปกติ จากการศึกษาของศุกชัย ไชยธีระพันธ์ และคณะ (2533) พบว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบได้ร้อยละ 15 ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่อายุน้อยกว่า 40 ปี การรักษาความดันโลหิตสูงมีเป้าหมายลดความดันซิสโตลิกให้อยู่ในระดับไม่เกิน 140 มม.ปรอท และความดันไดแอสโตลิกไม่เกิน 85-90 มม.ปรอท (สมชาติ โลจายะ 2536: 125) โดยการรักษาเน้นที่การลดน้ำหนัก การควบคุมอาหาร และการรับประทานยาตามแผนการรักษา (Taylor & Miller 1992: 469) รวมทั้งการออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยลดความดันโลหิตได้

### การควบคุมเบาหวาน

การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวาน มีผลให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนที่มียระดับน้ำตาลในเลือดปกติ จากการศึกษาของฟรามิงแฮม (The Framingham Study) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น 2 เท่าในผู้ชายและ 4 เท่าในผู้หญิง (Kannel & McGee 1979 อ้างในสมชาติ โลจายะ 2536: 127) จากการศึกษาของศุกชัย ไชยธีระพันธ์และคณะ (2533) พบว่าเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบได้ร้อยละ 7.8 ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่อายุน้อยกว่า 40 ปี การปรับเปลี่ยนเรื่องอาหาร การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกาย สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Rackley & Schlant 1994: 1209)

### การควบคุมอารมณ์และจัดการกับความเครียด

คนที่มีบุคลิกภาพแบบเอ็งเกิดความเครียดได้ง่าย มีลักษณะเป็นคนเอาจริงเอาจัง ทะเยอทะยาน ขอบแข็งขันเอาชนะ หมกมุ่นอยู่กับการทำงานให้เสร็จทันเวลา มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันได้สูง ภาวะเครียดทำให้ร่างกายหลั่งฮิพโปฟรินเพิ่มมากขึ้น ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะความดันโลหิตสูงขึ้น คนที่มีบุคลิกภาพแบบเอมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำมากกว่าแบบบี 5 เท่า (Rosenman ,et al. 1960 cited in Price 1982: 7) และจากการศึกษาของเฟรดแมนและคณะ (Friedman, et al.1982 cited in Shuster ,et al.1992:

491) ถึงผลการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพแบบเอต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำและการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยกลุ่มทดลองได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพแบบเอ ติดตามผู้ป่วย 862 รายเป็นเวลา 4.5 ปี ผลการวิจัยพบว่า การมีบุคลิกภาพแบบเอของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม สรุปว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพแบบเอเกี่ยวข้องกับการลดการตายของผู้ป่วยโรคหัวใจ

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการดูแลตนเองที่จำเป็นหลายอย่าง ซึ่งต้องอาศัยทั้งความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง งานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีทั้งวิจัยเชิงบรรยาย วิจัยกึ่งทดลองและวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

แมคมาฮอนและคณะ (McMahon, et al. 1986: 82-86) ได้ศึกษาสถานการณ์ชีวิต ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 112 ราย พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายตั้งใจอย่างมากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล ที่บ้าน ที่ทำงาน การออกกำลังกาย การพักผ่อน และทางสังคม แต่การปฏิบัติจริงๆในช่วง 6-9 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาลปฏิบัติได้น้อยกว่าความตั้งใจ และความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา สัมพันธ์กับความเชื่อของบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .001$ )

จากงานวิจัยนี้จะเห็นว่าผู้ป่วยตั้งใจจะปฏิบัติตามแผนการรักษา แต่ในการปฏิบัติจริงทำได้น้อยกว่า ซึ่งในงานวิจัยไม่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้การปฏิบัติทำได้น้อยกว่าความตั้งใจ จึงทำให้น่าศึกษาต่อว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา

เฮนตินิน(Hentinen, 1986: 125-137) ศึกษาผลของการสอนต่อการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม ะละ 60 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ชายทั้ง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างในด้านอายุ การศึกษา สถานภาพทางสังคม และจำนวนการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย แต่ละกลุ่มได้รับการติดตาม 3 ครั้งคือ วันที่ออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน

และ 1 ปีถัดมาโดยแต่ละกลุ่มศึกษาต่างปีกัน กลุ่มที่ 1 ติดตามปี 1980 กลุ่มที่ 2 ปี 1981 กลุ่มที่ 3 ปี 1982 พยาบาลในโปรแกรมการสอนได้รับการฝึกอบรมในการวางแผนการพยาบาล การประเมินความต้องการของผู้ป่วย ติดตามความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย 3 เดือนโดยการสัมภาษณ์ ผลวิจัยพบว่าในระยะ 3 เดือน ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ได้ประมาณครึ่งหนึ่ง โดยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม (ปี 1980 และปี 1982) จำนวนผู้ป่วยที่ออกกกำลังกายสม่ำเสมอหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นทุกกลุ่ม รับประทานอาหารที่มีไขมันลดลงทั้ง 2 กลุ่ม (ปี 1980 และ 1982) การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าบทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ และติดตามผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความสำคัญ และมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถเปรียบเทียบให้เห็นได้เด่นชัดถึง ผลที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากการสอนของพยาบาล

มิลเลอร์และคณะ (Miller, et al 1989: 339-345) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาของพยาบาลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและความร่วมมือในแผนการรักษาในช่วง 1 ปีหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยสุ่มแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 39 ราย กลุ่มควบคุม 42 ราย ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการติดตามโดยพยาบาลในโครงการวิจัยวันที่ 30, 60, และ 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยในเรื่องความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทบทวนข้อมูลที่ไม่กระจ่าง ผู้ป่วยวางแผนการปฏิบัติโดยการตั้งเป้าหมายเฉพาะ ผลการวิจัยพบว่าความร่วมมือในช่วง 1 ปีหลังออกจากโรงพยาบาลของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน การปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมความเครียด การรับประทานยาตามแผนการรักษาในระยะ 30 วัน กลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม จำนวนผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองลดลงใน 30 วัน แต่เพิ่มขึ้นใน 60 วัน และ 1 ปี ส่วนจำนวนผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลองในระยะ 30 วัน แต่ในระยะ 60 วัน และ 1 ปี จำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลงมากกว่ากลุ่มทดลอง ทักษะจิตของผู้ป่วยในระยะ 1 ปี เป็นตัวทำนายที่สำคัญในการปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมความเครียด และการรับประทานยาตามแผนการรักษา จากงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าแม้ผู้ป่วยบางส่วนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ แต่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว ซึ่งเป็นแนวทางในการศึกษาต่อไปว่า มีปัจจัยอะไรที่จะมีผลต่อความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

เทลเลอร์และคณะ (Taylor, et al.1990: 118-123) ศึกษาผลของการให้คำแนะนำ และสนับสนุนของพยาบาลทางโทรศัพท์ต่อการหยุดสูบบุหรี่หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 86 ราย กลุ่มควบคุม 87 ราย ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำและสนับสนุนจากพยาบาลโดยโทรศัพท์ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ใน 2-3 สัปดาห์แรก และเดือนละครั้งอีก 4 เดือน พร้อมทั้งให้คู่มือการหยุดสูบบุหรี่ติดตามผู้ป่วย 1 ปี กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหยุดสูบบุหรี่ร้อยละ 71 กลุ่มควบคุมร้อยละ 45 งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการให้คำแนะนำ สนับสนุนและติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ได้มากขึ้น ซึ่งการใช้โทรศัพท์เป็นวิธีที่สะดวก และไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก แต่ต้องมีพยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยเฉพาะ

ออร์นิชและคณะ(Ornish, et al.1990: 129-133) ศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตต่อการลดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตัน โดยกลุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลอง 28 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ การศึกษา แบบแผนการดำเนินชีวิต ความรุนแรงของโรคและปัจจัยเสี่ยง กลุ่มทดลองเข้าโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต รับประทานไขมันต่ำโดยไม่ใช้ยาลดไขมัน หยุดสูบบุหรี่ จัดการกับความเครียด ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และใช้กลุ่มสนับสนุน ส่วนกลุ่มควบคุมมีแบบแผนชีวิตที่อิสระ เปรียบเทียบพยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจโดยการตรวจเส้นเลือดหัวใจด้วยสารทึบแสง (Coronary angiography) ก่อนทดลอง และ 1 ปีหลังทดลอง ผลการศึกษาพบว่า เส้นผ่านศูนย์กลางของหลอดเลือดที่ตีบ (stenosis) โดยเฉลี่ยลดลงจากร้อยละ 61.1 เหลือร้อยละ 55.8 ในกลุ่มทดลอง ส่วนในกลุ่มควบคุมเส้นผ่านศูนย์กลางของหลอดเลือดที่ตีบ (stenosis) เพิ่มจากร้อยละ 61.7 เป็น 64.4 กลุ่มทดลองระดับโคเลสเตอรอลลดลง ร้อยละ 24 แอล.ดี.แอล.โคเลสเตอรอลลดลงร้อยละ 37 เฮช.ดี.แอล.โคเลสเตอรอลไม่เปลี่ยนแปลงทั้ง 2 กลุ่ม ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก กลุ่มทดลองลดลงร้อยละ 28 ความถี่ของการเจ็บหน้าอกลดลงร้อยละ 91 ช่วงเวลาของการเจ็บหน้าอกลดลง ร้อยละ 42 ตรงกันข้ามกับกลุ่มควบคุมซึ่งเพิ่มความถี่ของอาการเจ็บหน้าออกร้อยละ 165 ระยะเวลาเจ็บหน้าอกเพิ่มขึ้นร้อยละ 95 และความรุนแรงของอาการเพิ่ม ร้อยละ 39 สรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตมีส่วนช่วยในการลดความรุนแรงของการเกิดหลอดเลือดแข็งตัวหลัง 1 ปีโดยไม่ใช้ยา

งานวิจัยนี้ทำให้เห็นชัดเจนขึ้นถึงผลการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตต่อการเกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ การลดระดับโคเลสเตอรอลและหลอดเลือดที่ตีบ โดยมีข้อมูลทางวิทยาศาสตร์มาสนับสนุน ทำให้เพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยมากขึ้น

เดอริย์ (Duryee,1992: 217-225) ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งพิมพ์ในปี 1975-1989 สรุปได้ดังนี้

1. การให้ความรู้อย่างเป็นระบบ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Bille 1977)
2. โปรแกรมการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ ช่วยลดอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน 1 เดือน ( Pozen, et al 1977)
3. การให้ความรู้อย่างเป็นระบบ ไม่ทำให้ความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน (Scalzi 1980)
4. โปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ มีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Marshal, et al 1986)
5. การสอนอย่างเป็นระบบก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีผลในการเพิ่มระดับกิจกรรมของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน ( Raleigh & Odotham 1987 : Macland 1987)
6. โปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ มีผลในการเพิ่มระดับกิจกรรมของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง แต่ในด้านการควบคุมอาหารและการหยุดสูบบุหรี่ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน (Penckofer 1989)

สรุปว่างานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า การให้การศึกษานักเรียนอย่างมีระบบ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางส่วน กิจกรรมและการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้มากที่สุด การเปลี่ยนแปลงเรื่องอาหารยากที่สุด งานวิจัยบางส่วนเป็นแบบกึ่งทดลอง ส่วนใหญ่ใช้ตัวอย่างขนาดเล็กและโปรแกรมการสอนไม่ได้มาตรฐาน ทำให้มีข้อจำกัดในการนำไปสรุปอ้างอิง

แมคสวีเนน (Mc Sweeney 1993: 441-455) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกผู้ป่วย 8 รายและคู่สมรส 8 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า

พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงและยังคงไว้ได้คือ กิจกรรมการออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนเรื่องอาหาร ผู้ที่มีน้ำหนักมากหรือมีแบบแผนชีวิตที่เครียดก่อนเจ็บป่วย สามารถปรับเปลี่ยนได้ร้อยละ 100 ผู้ป่วย 5 รายที่สูบบุหรี่ก่อนเจ็บป่วยหยุดได้ 4 ราย สิ่งที่เกี่ยวข้องต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและคงไว้ได้แก่ (1) แรงจูงใจภายใน (2) การมีประสบการณ์การออกกำลังกาย (3) แหล่งสนับสนุนจากภายนอก สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงและการคงพฤติกรรมนั้นไว้ได้แก่ (1) ความขัดแย้งภายใน (2) อุปสรรคภายนอก (3) ความไม่แน่นอนในบทบาท งานวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องนี้ ทำให้ทราบข้อมูลที่ละเอียดมากขึ้นจากงานวิจัยช่วงแรก ๆ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทราบถึงสิ่งที่เอื้ออำนวยและเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งทำให้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น

งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีการพัฒนาขึ้นโดยลำดับ ในระยะแรกเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณเป็นส่วนใหญ่ และเกี่ยวข้องกับการให้ความรู้คำแนะนำ และจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต และชี้ให้เห็นบทบาทสำคัญของพยาบาล แต่บางงานวิจัยพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แสดงว่าอาจมีปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายอย่างที่เกี่ยวเนื่องหรือการให้ความช่วยเหลือนั้นอาจไม่สอดคล้องกับการรับรู้ และประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยตรง ระยะต่อมา มีการวิจัยเชิงคุณภาพมากขึ้นทำให้เข้าใจลึกซึ้งขึ้นเกี่ยวกับความรู้สึก ประสบการณ์ กระบวนการปรับตัวหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งสรุปอ้างอิงได้ในบริบทที่ศึกษา การศึกษาเพื่อให้อาสาสมัครนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการปรับปรุง หรือหารูปแบบในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะกับสังคมนั้น ๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็น

### สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า ผู้ป่วยให้ความหมายเกี่ยวกับหัวใจและความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายต่าง ๆ กัน ซึ่งมีผลถึงการกำหนดพฤติกรรม การลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงบางเรื่องทำได้ง่าย บางเรื่องทำได้ยาก มีหลายปัจจัยที่เอื้ออำนวยและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติ งานวิจัยที่ผ่านมา มีเป้าหมายหลักส่วนใหญ่เพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ลดอัตราการตาย อัตราการเกิดซ้ำ พื้นฟูสมรรถภาพ ให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ ดูแลตนเองได้เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งในทางปฏิบัติแม้จะมีโปรแกรมให้ความรู้และฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ก็พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ทั้ง

หมด การวิจัยเชิงปริมาณมีข้อจำกัดในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ขาดข้อมูลระดับลึกที่จะช่วยให้เข้าใจประสบการณ์และการให้ความหมายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนั้นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ครั้งนี้เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้เข้าใจถึงความหมายของความเจ็บป่วย และการดูแลตนเองตามประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ซึ่งจะเป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายให้เหมาะสมต่อไป



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Research) โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพื่อศึกษาการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

#### ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับบริการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวนของตัวอย่างขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับ เก็บจนกว่าไม่ได้ข้อมูลใหม่เพิ่มเติมจากเดิม โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มาตรวจตามนัด
2. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย ยกเว้นโรคหรือภาวะที่เกิดร่วมกับกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หัวใจเต้นผิดปกติ
3. มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
4. สื่อภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

#### ผู้ป่วยที่ไม่เลือกเข้าศึกษา

1. ผู้ป่วยที่มีอัมพาตของแขนขา หรืออ่อนเพลียมาก
2. มีความเสื่อมของการได้ยินและการพูด

## สถานที่ศึกษา

สถานที่ศึกษาในครั้งนี้คือ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยขนาด 750 เตียง ให้บริการแก่ ประชาชนในเขตพื้นที่จังหวัดสงขลา และจังหวัดใกล้เคียงรวมทั้งรับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลขนาดเล็กกว่า

คลินิกโรคหัวใจ ตั้งอยู่บริเวณอาคารผู้ป่วยนอก เปิดบริการทุกวันจันทร์ เวลา 8.30 - 12.00 น. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 2 คน แพทย์ใช้ทุน 1-2 คน เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยโรคหัวใจ 2 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน เจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ห้องบัตร

### ขั้นตอนมารับบริการตรวจของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มาตรวจที่คลินิกนี้เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจที่มาตรวจตามแพทย์นัด ในวันตรวจผู้ป่วยจะนำบัตรนัดมาวางไว้ที่โต๊ะ เพื่อติดบัตรคิวและค้นเวชระเบียน ผู้ป่วยที่ต้องเจาะเลือดก่อนพบแพทย์ ก็จะไปเจาะเลือดก่อนจึงมานั่งรอที่คลินิกโรคหัวใจ หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่ชั่งน้ำหนัก และรอเรียกชื่อเพื่อเข้าพบแพทย์

### ในห้องตรวจ

ผู้ป่วยที่มารับบริการโดยเฉลี่ยประมาณ 100-150 คนต่อวัน ผู้ช่วยพยาบาลเป็นผู้วัดความดันโลหิต แพทย์ใช้เวลาในการตรวจแต่ละคนประมาณ 5-10 นาที หลังจากแพทย์ตรวจแล้วผู้ป่วยจะออกมาพบเจ้าหน้าที่หน้าห้องเพื่อรับบัตรนัด แล้วนำไปส่งยาไปซื้อยา

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ปัญหาเศรษฐกิจ วิธีจ่ายค่ารักษา จำนวนบุตร ระยะเวลาที่เป็นโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ (ภาคผนวก ข)

2.แบบบันทึกปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ เบาหวาน ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย (ภาคผนวก ข)

3. แบบประเมินบุคลิกภาพ เจ เอ เอส ของเจนกินส์และคณะ (Jenkins, et al 1967) (ภาคผนวก ค) เป็นแบบสอบถามสำหรับประเมินบุคลิกภาพ จริยา ตันติธรรม (2536) ได้แปลเป็นภาษาไทย ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามนี้มาใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือกคือ ก. เป็นจริงเกือบตลอดเวลา ข. เป็นจริงบ่อยครั้ง ค. เป็นจริงน้อยมาก ง. เกือบไม่เป็นความจริงเลย โดยผู้ตอบประเมินตนเอง โดยให้ความเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากน้อยเพียงใด คะแนน ข้อ ก.=4 ข้อ ข=3 ข้อ ค.=2 ข้อ ง.=1 ช่วงคะแนนรวม 10-40 คะแนน คะแนนมากกว่า 20 คะแนน หมายถึง มีบุคลิกภาพแบบเอ คะแนนน้อยกว่า 20 หมายถึงมีบุคลิกภาพแบบบี คะแนนยิ่งสูง แสดงว่ามีบุคลิกแบบเอสูง

#### คุณภาพของเครื่องมือ

เจ เอ เอส เป็นแบบประเมินบุคลิกภาพที่เจนกินส์และคณะ (Jenkins, et al 1967) ได้พัฒนาขึ้นในปี 1965 เพื่อประเมินบุคลิกภาพที่ชอบการแข่งขัน (Competitiveness) การไม่อดทน (Impatient) ความก้าวร้าว (Aggressiveness) และเป็นคนเร่งรีบ (Sense of the urgency of time) โดยศึกษาในกลุ่มลูกจ้างชายอายุ 39-59 ปี ซึ่งเป็นประชากรเดียวกันกับที่ใช้ในการพัฒนาแนวคิดบุคลิกภาพแบบเอ (Western Collaboration Group Study) แบบประเมินบุคลิกภาพ เจ เอ เอส มีข้อคำถาม 61 ข้อ เมื่อเปรียบเทียบการมีบุคลิกภาพแบบเอจากการใช้แบบสัมภาษณ์มาตรฐาน (Standard interview) และแบบประเมินบุคลิกภาพ เจ เอ เอส พบว่าตรงกันร้อยละ 72.4 เจนกินส์และคณะได้นำแบบประเมินบุคลิกภาพ เจ เอ เอส ไปใช้ในงานวิจัยดังนี้

เจนกินส์และคณะ (Jenkins, et al 1974: 1271-1275) ศึกษาการทำนายโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน โดยการทดสอบชนิดของบุคลิกภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ใช้แบบประเมินบุคลิกภาพ เจ เอ เอส ปี 1965 ในกลุ่มลูกจ้างชายวัย 39-59 ปี (Western Collaboration Group Study) กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและส่งคืน 2946 ราย (ร้อยละ 92) ขณะสำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2750 ราย ไม่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตีบตัน ติดตาม 4 ปีพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนบุคลิกภาพแบบเอสูงมีอุบัติการณ์การเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจตีบตัน 2 เท่าของกลุ่มที่มีคะแนนต่ำ

นอกจากนี้เจนกินส์และคณะ (Jenkins, et al 1976: 342-347) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในชายวัยกลางคนกลุ่มเดิม ใช้แบบประเมินบุคลิกภาพเจ เอ เอส ในปี 1965 ติดตาม 4 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันซ้ำ 67 ราย เกิดโรคหัวใจตีบตันครั้งแรก 220 ราย สรุปว่าคะแนนบุคลิกภาพแบบเอเป็นตัวทำนายที่สำคัญในการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยนำแบบประเมินบุคลิกภาพ เจ เอ เอส ซึ่งจรรยา ตันติธรรม (2536) ได้แปลเป็นภาษาไทย ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของภาษา และลักษณะข้อคำถาม จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และหาความเที่ยงของเครื่องมือในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 20 ราย โดยหาความสอดคล้องภายในใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient alpha) ได้ค่า = 0.76

4. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างแบบเจาะลึก (ภาคผนวก ง) เกี่ยวข้องกับการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการดูแลตนเองหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นแนวคำถามปลายเปิดกว้าง ๆ เกี่ยวกับความหมายของหัวใจ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว และสังคม การดูแลตนเองหลังเจ็บป่วย ปัจจัยที่เอื้ออำนวยและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง สิ่งที่กังวลห่วงใย และความต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

#### คุณภาพของเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างแบบเจาะลึกเกี่ยวกับการให้ความหมายของหัวใจ การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ แล้วจดบันทึกและใช้แถบบันทึกเสียง การวิจัยเชิงคุณภาพตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญมาก ผู้วิจัยเตรียมตัวเองโดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพจากการอ่านเอกสาร ตำรา และเข้ารับการอบรมเรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิเคราะห์ข้อมูล ผักผ่อนทักษะการสัมภาษณ์โดยสัมภาษณ์

ผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 3 ราย นำแถบบันทึกเสียงมาฟังร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา วิเคราะห์ว่าได้ข้อมูลครบถ้วนตามที่ต้องการหรือไม่ แนวคำถามกระชับเข้าใจง่ายหรือไม่ นำมาปรับปรุงแก้ไขจนเป็นที่พอใจพร้อมทั้งพัฒนาทักษะจนชำนาญแล้วจึงนำไปใช้จริง ซึ่งแนวคำถามที่สร้างไว้สามารถเก็บข้อมูลได้ครบตามวัตถุประสงค์

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคหัวใจ
2. ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจากสมุคันด์ และค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วย ศึกษาประวัติโดยย่อของผู้ป่วย ตรวจสอบคุณลักษณะตามที่กำหนดไว้ คัดเลือกผู้ป่วย 2-3 ราย ต่อสัปดาห์
3. ทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ ผู้วิจัยมาพบผู้ป่วยที่มารอรับการตรวจที่ได้ถูกคัดเลือกรายชื่อไว้แล้ว เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ( ดูใบอนุญาตเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในภาคผนวก ก)
4. ผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยจะเซ็นชื่อในใบพิทักษ์สิทธิ ผู้วิจัยนัดวัน เวลา และสถานที่ ที่ผู้ป่วยสะดวกจะให้สัมภาษณ์ซึ่งส่วนใหญ่มักให้สัมภาษณ์ในวันที่มาตรวจนั้น สถานที่โดยมากเป็นห้องตรวจที่ว่างซึ่งอยู่ใกล้กับคลินิกโรคหัวใจ หลังจากนั้นก็ให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินตนเอง เจ เอ เอส แล้วจึงสัมภาษณ์ผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคลได้จากการสัมภาษณ์และบันทึกลงในแบบฟอร์ม ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ผู้วิจัย บันทึกจากเวชระเบียน ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายบันทึกจาก เวชระเบียน และจากการสัมภาษณ์
5. สัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามแนวคำถามปลายเปิด ถึงการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยขออนุญาตผู้ป่วยในการบันทึกแถบเสียง ผู้วิจัยนัดสัมภาษณ์ผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ครั้ง ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับการ



นัดหมายครั้งต่อไปขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้สัมภาษณ์ การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

#### การตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของข้อมูล

1. หลังจากผู้วิจัยสัมภาษณ์ระดับลึกในแต่ละวันแล้ว ผู้วิจัยนำแถบเสียงที่บันทึกมาถอดความ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อความ โดยแถบเสียงแต่ละม้วนที่บันทึกจะได้รับการฟังซ้ำ อย่างน้อย 1 รอบ
2. ผู้วิจัยตรวจสอบเนื้อหาที่ได้จากการถอดความจากแถบเสียง ถ้าพบว่าประเด็นใดไม่ชัดเจนหรือต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติม ผู้วิจัยทำเครื่องหมายไว้ และนำกลับไปถามผู้ป่วยอีกครั้งเมื่อไปพบผู้ป่วยครั้งต่อไป เขียนสรุปข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้แต่ละคนเป็นข้อมูลรายบุคคล
3. เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนไม่มีข้อมูลแปลกใหม่เพิ่ม

#### การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า

เมื่อพบผู้ป่วยแต่ละครั้ง ผู้วิจัยตรวจสอบสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าเข้าว่ามีความหมายเหมือนเดิมหรือไม่ กรณีพบญาติผู้ป่วยจะสอบถามเพื่อตรวจสอบข้อมูล ถ้าพบประเด็นที่ขัดแย้ง ผู้วิจัยจะซักถามเพิ่มเติมเพื่อความเข้าใจตรงกัน

#### การตรวจสอบความตรงของข้อมูลที่วิเคราะห์

1. บันทึกสิ่งที่ได้จากการศึกษาจากสภาพความเป็นจริง
2. ตรวจสอบความตรงจากการวิเคราะห์ข้อมูลตามกรอบแนวคิดทางทฤษฎี
3. ตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลใช้ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ใช้การวิเคราะห์แบบเทคนิคการวิเคราะห์ทางปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological analysis technique) โดยวิธีการของจืออร์จิ

(Giorgi modification of the phenomenological method 1970,1979)(Paste et al 1985:24)

การวิเคราะห์ข้อมูลเกิดพร้อมกับการเก็บข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

- 2.1 ผู้วิจัยอ่านข้อมูลที่ได้อย่างละเอียดหลาย ๆ รอบ เพื่อให้ได้เนื้อหาทั้งหมด
- 2.2 ถ้าเนื้อหาส่วนใดไม่ชัดเจน ผู้วิจัยสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูล
- 2.3 ค้นหาความหมายของข้อมูลที่ได้รับ โดยคิด วิเคราะห์ และบรรยาย
- 2.4 แสดงให้เห็นเนื้อหาสาระ (Theme) ของข้อมูล โดยใช้คำบรรยายของผู้ให้ข้อมูล  
ตรวจสอบเนื้อหาสาระ(Theme) กับผู้ให้ข้อมูล
- 2.5 แสดงให้เห็นความหมายที่เป็นจุดเน้น โดยใช้ภาษาของผู้วิจัย และเปลี่ยนเนื้อหา  
สาระเป็นระดับนามธรรม
- 2.6 สังเคราะห์คำบรรยายให้เป็นโครงสร้างของสถานการณ์ เน้นให้เห็นความหมาย  
ของปรากฏการณ์ตามโลกทัศน์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน
- 2.7 สังเคราะห์คำบรรยายเชิงโครงสร้างของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด เป็นคำบรรยายเชิงโครง  
สร้างของปรากฏการณ์ซึ่งเป็นความหมายตามโลกทัศน์ของผู้ให้ข้อมูล

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดปรากฏการณ์วิทยา ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดเกี่ยวกับโรค การรักษา ปัจจัยเสี่ยง ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

#### ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 18 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 77.78 อายุระหว่าง 37-59 ปี อายุเฉลี่ย 48.94 ปี เกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่และนับถือศาสนาพุทธ การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา รองลงมาในระดับมัธยมศึกษา อาชีพรับราชการมีมากที่สุด ร้อยละ 50 ( ตารางที่ 1) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.89 มี ระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-6 เดือน บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบได้บ่อยคือ ตำแหน่งผนังด้านหน้า (anterior wall) และด้านล่าง (inferior wall) ซึ่งพบเท่ากัน ส่วนใหญ่ร้อยละ 88.89 มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 ( Killip I) ( ตารางที่ 2) ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือการมีนุคลิกภาพแบบเอ (ร้อยละ 77.78) รองลงมาคือภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 72.22 ( ตารางที่ 3) และปัจจัยเสี่ยงร่วมที่พบได้บ่อยที่สุดคือการมีนุคลิกภาพแบบเอร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 44.4

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n=18)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
			รายได้ต่อเดือน (บาท)		
เพศ					
ชาย	14	77.78	< 5000	2	11.11
หญิง	4	22.22	5,001 - 10,000	5	27.78
สถานภาพสมรส			10,001 - 20,000	7	38.89
คู่	15	83.33	20,000 - 30,000	2	11.11
โสด	1	5.56	> 30,000	2	11.11
หม้าย หย่า แยก	2	11.11	ปัญหาเศรษฐกิจ		
ศาสนา			ไม่มีปัญหา	13	72.22
พุทธ	16	88.89	มีปัญหาเล็กน้อย	2	11.11
อิสลาม	2	11.11	มีปัญหาปานกลาง	3	16.67
ระดับการศึกษา			วิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
ประถมศึกษา	7	38.89	เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	14	77.78
มัธยมศึกษา	5	27.78	ชำระค่ารักษาเอง	4	22.22
อนุปริญญา	2	11.11	อายุ (ปี)		
ปริญญาตรี	3	16.67	ค่าพิสัย	37-59 ปี	
ปริญญาโท	1	5.56	ค่าเฉลี่ย	48.94 ปี	
อาชีพ			ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	6.96 ปี	
ไม่ได้ทำงาน	3	16.67			
เกษตรกร	1	5.56			
ค้าขาย	3	16.67			
รับจ้าง	2	11.11			
รับราชการ	9	50			

ตารางที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับโรคและการรักษา (n =18)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจตาย</b>		
Anterior wall	4	22.22
Inferior wall	4	22.22
Antero-septal wall	2	11.11
Antero-lateral wall	3	16.67
Antero-inferior wall	1	5.56
Infero-lateral wall	1	5.56
Antero-septal and Antero-lateral wall	3	6.67
<b>ระดับความรุนแรงของโรค (Killip)</b>		
Killip I	16	88.89
Killip II	0	-
Killip III	0	-
Killip IV	2	11.11
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วย</b>		
1-6 เดือน	7	38.89
>6 เดือน-1 ปี	1	5.56
>1ปี- 2ปี	5	27.78
>2ปี	5	27.78
<b>การรักษา</b>		
การรักษาตามปกติ	14	77.78
<b>การรักษาเฉพาะเจาะจง</b>		
Thrombolytic Agent	1	5.56
PTCA	2	11.11
CABG	1	5.56

ตารางที่ 8 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในปัจจุบัน (n =18 )

ชนิดของปัจจัยเสี่ยง *	จำนวน	ร้อยละ
1. บุคลิกภาพแบบเอ	14	77.78
2. ไขมันในเลือดสูง	13	72.22
3. ขาดการออกกำลังกาย	10	55.56
4. อ้วน	9	50
5. สูบบุหรี่	6	33.33
6. ความดันโลหิตสูง	3	16.67
7. เบาหวาน	3	16.67

\*หมายเหตุ ผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 1 อย่าง

## การให้ความหมายเกี่ยวกับหัวใจ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับหัวใจใน 5 ลักษณะดังนี้คือ หัวใจหมายถึงชีวิต หัวใจมีหน้าที่สูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย ทำหน้าที่ควบคุม อารมณ์ ช่วยในการคิด และหมายถึงกำลังใจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. หัวใจหมายถึงชีวิต กลุ่มตัวอย่าง 11 ราย ให้ความหมายของหัวใจว่าหมายถึงชีวิต โดยอธิบายว่าหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ชีวิตดำรงอยู่ได้ มักจะเปรียบเทียบหัวใจเหมือนเครื่องยนต์ ซึ่งถ้าเครื่องยนต์ไม่ทำงาน ส่วนอื่นๆก็ไม่สามารถทำงานได้

“หัวใจสำคัญที่สุดในชีวิตเรา ถ้าไม่มีหัวใจก็อยู่ไม่ได้”

“หัวใจก็คิดว่าเป็นอวัยวะที่สำคัญสูงสุดเหมือนเครื่องจักร ถ้าขาด ก็ไปเลย ใหม่ๆก็กลัวเหมือนกันคิดว่าไปแน่แล้ว พอคิดไปอะไรก็ปลงได้”

“หัวใจคือสุดขบด มันเป็นจุดทุกอย่าง เหมือนหัวใจเทียน รดถ้าไม่มีหัวใจเทียนก็ไม่สามารถติดเครื่องได้ ไปไม่ได้

ไปไหนไม่ได้ก็ต้องหยุดกับที่ ต้องตายไป หัวใจก็เช่นกันกับจุด

ที่สำคัญที่สุด หัวใจไม่ทำงานแล้ว ส่วนอื่นก็ไม่สามารถทำงานได้”

“ถ้าหัวใจไม่ทำงานก็ตาย มันเป็นส่วนรวม รู้ .....

ผมคิดว่าหัวใจมันคล้ายๆเสาหลักถ้าตรงนี้ไม่ทำงานก็ตาย

คล้ายๆารถยนต์ถ้าเครื่องมันดับ ฟันเฟืองก็ไม่ทำงานไปหมด ”

2. หัวใจทำหน้าที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย กลุ่มตัวอย่าง 6 ราย ให้ความหมายของหัวใจตามหลักทางสรีรวิทยา กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มักมีการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป หลายรายทราบจากการเรียนวิชาสุขศึกษา และบางรายทราบจากการอ่านหนังสือ

“มีหน้าที่ในการสูบฉีดเลือด ออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย”

“หัวใจเป็นตัวควบคุมลักษณะการสูบฉีด การไหลเวียนของร่างกาย”

“หัวใจทำหน้าที่ส่งโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ทั้งหมดของร่างกาย ถ้าส่วนนี้เสื่อม ตัวนี้เสื่อมไม่สมบูรณ์ ร่างกายของเรา ส่วนต่างๆ จะได้รับก็ไม่สมบูรณ์”

“หัวใจเป็นส่วนที่กระตุ้นในความรู้สึก เพราะว่าหัวใจนี่เป็นที่สูบฉีดโลหิต พอเราทำงานหนัก ๆ แล้วมันจะมีอาการเหนื่อยแล้วก็เลือดฉีดแรง....”

3. หัวใจทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ กลุ่มตัวอย่าง 3 ราย ให้ความหมายของหัวใจว่าทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ ทำให้คนเรามีสุขภาพจิตดีหรือไม่ดี โดยบางรายสังเกตจากอาการที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดอารมณ์หงุดหงิดหรือเครียด จะทำให้หัวใจเต้นแรง ใจสั่น

“มันก็เกี่ยวกับอารมณ์ คุณอะไรไปหมดเลยในร่างกายของเรา นอกจากว่ามีหน้าที่ส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายแล้วยังทำหน้าที่ทำให้เราเนี่ย มีสุขภาพจิตดี ไม่ดี อารมณ์เสียก็อยู่ที่ตัวนี่”  
 “สัมพันธ์กับประสาทในการควบคุมอารมณ์... คนเราเวลาตกใจอะไรเกิดขึ้นนี่จะมีการผลักดันไปตามประสาททำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นมาได้”

“มันเกี่ยวกับที่เราคุมอารมณ์ด้วย ถ้าเราสังเกตดู ถ้าเราใช้อารมณ์หงุดหงิดหรือว่าเราเครียด มันก็มีอาการเต้นของมันแรง หรือว่าทำให้เราหน้ามืด ทำให้เราใจสั่นอะไรเนี่ย ”

4. หัวใจทำหน้าที่ช่วยในการคิด กลุ่มตัวอย่าง 3 ราย ให้ความหมายของหัวใจว่าเป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่ช่วยในการคิด โดยอธิบายว่าความคิดต่างๆของคนเรามาจากหัวใจ ช่วยคิดทั้งในการทำงานและด้านอื่น ๆ และยังเกี่ยวข้องกับการสั่งงานด้วย

“ช่วยคิดการทำงาน สมอยังไม่ทันสั่ง ใจเราคิดก่อน...สมอสั่งงานใจคิด”

“มันจะสั่งงานสั่งไทรกอยู่ที่หัวใจ เราจะคิดอะไรพันหรือ”

“ในหัวใจคนเราถึงมันที่ขวิดมันนั่นแหละ คนเรามันที่ขวิดโน้นคิดนี่”

5. หัวใจหมายถึงกำลังใจ กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ให้ความหมายของหัวใจว่า หมายถึงกำลังใจ โดยอธิบายว่าถ้าหัวใจทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่มีกำลังใจ และจากการรับรู้หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุด ถ้าป่วยด้วยโรคหัวใจจะรักษายาก ไม่หายขาด จึงรู้สึกสูญเสียกำลังใจ

“หัวใจหมายถึงกำลังใจ ถ้าหัวใจไม่ดี กำลังใจไม่มี....หัวใจสำคัญที่สุดกลัว คนเขาบอกรักษายากไม่หายขาด”

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการให้ความหมายของหัวใจ (n = 18)

การให้ความหมายเกี่ยวกับหัวใจ *	จำนวน	ร้อยละ
หัวใจหมายถึงชีวิต	11	61.11
หัวใจทำหน้าที่สูบฉีดโลหิต ไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย	6	33.33
หัวใจทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์	3	16.67
หัวใจทำหน้าที่ช่วยในการคิด	3	16.67
หัวใจหมายถึงกำลังใจ	1	5.56

\* หมายเหตุ ผู้ป่วยคนเดียวก็อาจให้ความหมายหลายอย่าง

## การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในหลายๆ ลักษณะซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นหมวดหมู่ดังนี้คือ การอธิบายเกี่ยวกับลักษณะของโรค การอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุ และผลกระทบจากความเจ็บป่วย

### การอธิบายเกี่ยวกับลักษณะของโรค

กลุ่มตัวอย่างอธิบายความหมายของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย 5 ลักษณะคือ หัวใจเป็นแผล หัวใจพิการ เส้นเลือดหัวใจตีบหรือหัวใจขาดเลือด เป็นโรคที่รุนแรง และเป็นโรคที่ป้องกันได้

1. หัวใจเป็นแผล กลุ่มตัวอย่าง 1 รายที่ได้รับผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ ( CABG) อธิบายการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในลักษณะมีแผลที่หัวใจ เนื่องจากเมื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ และเกิดอาการเจ็บหน้าอกจะเข้าใจว่าไปกระทบกระเทือนแผลที่หัวใจ อีก 1 รายที่เคยได้รับบาดเจ็บบริเวณหน้าอกอธิบายในลักษณะการฟกช้ำที่หัวใจ

“กล้ามเนื้อหัวใจตายผมเข้าใจอย่างนี้ละ ส่วนไอ้ตรงนั้นนะ มันน่าจะ ไม่ทำงาน...ผมมองในลักษณะว่าตรงนั้นมันเป็นลักษณะเหมือนข้างนอก มันน่าจะมีโอกาสหาย เพราะว่ามันฟกนะ เป็นการฟกช้ำนะอะ เข้าใจอย่างนั้น...ผมก็คิดว่าหัวใจมันต้องเสื่อมคุณภาพลงไป พอเสื่อมคุณภาพที่นี้พูดถึงการทำงานของมันก็ลดลง”  
 “ผมถ้ามีเพศสัมพันธ์แล้วจะรู้สึกเจ็บ เจ็บผมนอนเป็นวัน เจ็บแปลบๆ เพราะเป็นแผลอยู่ที่หัวใจไปสะกิดแผลเข้า”

2. หัวใจพิการ กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย อธิบายการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายว่า ทำให้หัวใจพิการ ซึ่งให้ความหมายว่าจะไม่หายและทำให้ชีวิตอยู่ได้ไม่นาน

“ หัวใจพิการ ....คงไม่หาย ชีวิตอยู่ไม่ได้นาน”

3. เส้นเลือดหัวใจตีบหรือหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ 11 ราย อธิบายภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายว่าเป็นลักษณะเส้นเลือดหัวใจตีบ และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง บางราย

อธิบายพยาธิสภาพตามปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้บ้าง บางรายทราบเฉพาะชื่อของโรคตามที่แพทย์บอกแต่ไม่สามารถอธิบายตามหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้

“ หัวใจขาดเลือด เพราะเลือดผมมันข้นอยู่แล้ว การวิ่งของเลือดมันคงลำบาก ....เลือดมันมีไขมันในเส้นเลือด แล้วเลือดเราข้นผิดปกติเลยมันทำให้ การเข้าสู่หัวใจเรามันเดินลำบาก ”

“ เส้นเลือดที่ไปทำงานที่หัวใจมันอุดตัน มันเข้าไปทำงานไม่ได้ตามความรู้สึกของที ”

“ หมอบอกว่าเส้นเลือดที่หัวใจส่วนนอกด้านข้างตีบ แล้วก็ตายไปแล้วส่วนนั้น ...เข้าใจแค่นั้น ตามที่หมอบอก ”

4. เป็นโรคที่รุนแรง กลุ่มตัวอย่าง 13 รายอธิบายเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายว่าเป็นโรคที่รุนแรง อาจทำให้เสียชีวิตอย่างฉับพลันได้ จึงเกิดความรู้สึกทุกข์ใจ กังวลใจ กลัวตาย บางรายเกิดความรู้สึกหือแฮ่ สิ้นหวัง เมื่อคิดว่าอาจทำให้มีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน

“.....ถ้าถึงเวลามันก็ต้องไปแล้ว เพราะเรารู้อยู่แล้วว่าฐานะเราเป็นโรคอย่างนี้ โรคที่มันร้ายแรงอันดับหนึ่ง แล้วก็ถ้าเกิดอาการขึ้นมาก็ต้องไปอยู่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่ก็จะไม่รอด ถ้ามันตีบตันขึ้นมา ก็ช่วยไม่ได้ หมอเองก็ช่วยไม่ได้ ถ้าพูดแล้วความกลัวหลักดันให้เราอยากทำอย่างนี้ ถ้าคุณไม่ทำอย่างนี้คุณต้องตายมีความกลัว ...”

“รู้สึกทุกข์ใจ เพราะโรคหัวใจนี้มันอันตรายมาก ไม่สบายใจก็ได้ อ่านหนังสือเจอว่าโรคหัวใจนี้อาจฉับพลันป่วยที่ฉับพลันได้ เช่นว่าหัวใจวายหรืออะไร เหล่านี้ เป็นโรคที่บำบัดยากหน่อย ในโรคของหัวใจนี้ ”

“ คิดว่าชีวิตคงไม่รอด คิดว่าเราเป็นหัวใจแล้วอยู่ไม่กี่วัน ... ผมเป็นคนคิดมาก เคยดูทีวี พอหัวใจวายไปโรงพยาบาลแล้วเสีย ..... ท้อแท้อยู่ดี ๆ มาป่วยแบบคนสิ้นหวัง คิดมาก ”

5. เป็นโรคที่ป้องกันได้ กลุ่มตัวอย่าง 3 ราย เชื่อว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่ป้องกันได้ ถ้ามีความรู้จะไม่เป็นโรคหัวใจ กลุ่มนี้มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และมักดำเนินวิชาชีพความสัมพันธ์ของระบบบริการสุขภาพที่ไม่เคยแพร่ หรือรณรงค์ให้ประชาชนป้องกันอย่างจริงจัง

“คิดว่าเราไม่มีโอกาสที่จะเรียนรู้ เป็นคนด้อยโอกาสในการเรียนรู้ เรื่องโรคหัวใจ เรื่องความต้องการเรื่องความรู้ ที่นี้ผมคิดว่า ถ้าผมมีความรู้ผมจะ ไม่เป็นโรคหัวใจเลยเพราะเป็นโรคที่ป้องกันได้ ไม่ใช่โรคที่เกิดจากความบกพร่องของการปฏิบัติตัวเอง เพราะฉะนั้นถ้าคนมีความรู้จะป้องกันได้”

“ผมเข้าใจว่าการประชาสัมพันธ์ตรงนี้ยังไม่จริงจังเพียงพอ ที่จะกระตุ้นความรู้สึกรักของเรว่าถ้าเราสูบบุหรี่มาก เรากินของมัน ๆ มากจะเกิดอะไรกับเรา คือมันมี แต่ว่ามันอาจจะมีบ้าง ๆ ไม่เป็นสิ่งที่จูงใจ เราจะเข้าไปรับรู้ตรงนี้เสียก่อน ก่อนที่จะเป็น ....”

### การอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย

เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น กลุ่มตัวอย่างพยายามค้นหาสาเหตุของความเจ็บป่วยครั้งนี้ บางรายทราบเพียงสาเหตุเดียว ส่วนใหญ่อธิบายจากหลายสาเหตุร่วมกัน ซึ่งสามารถจัดหมวดหมู่ ได้ 6 หมวดดังนี้ ( ตารางที่ 5)

1. สาเหตุจากพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่าง 13 รายซึ่งเป็นผู้ชายทั้งหมดอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยครั้งนี้ว่าเกิดจากพฤติกรรมของตน เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ความเครียด และการขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งมักจะทราบหลังจากเกิดความเจ็บป่วยแล้ว

“ผมดูตัวสาเหตุแล้วหนึ่งอาหาร ความจริงผมจริงอยู่ไม่อ้วนไม่ถึงกับเป็นคนอ้วน ที่รับประทานอยู่บ่อยๆเป็นอาหารที่ว่าเนื้อสัตว์ เป็นไขมันเป็นเครื่องในและโดยเฉพาะไข่ลวกเกือบทุกวัน... กินไข่แดงค่อนข้างมาก ...ดูตัวสาเหตุแล้ว อาหารก็ไข่ ออกกำลังกายก็น้อย ความเครียด ก็เครียด เครียดเรื่องงาน เป็นคนจริงจังเกินไปและเครียดใน ครอบครัว ....มาดู บุหรี่ บุหรี่ก็สูบมาตลอด”

“รู้ว่าเป็นโรคหัวใจเกี่ยวกับโคเลสเตอรอล รู้ว่าเส้นเลือดมันตีบ ผมว่าเกิดจากที่ผมไม่ได้ออกกำลังกายเลย...เกิดจากสาเหตุนี้ด้วย ระยะเวลาหลังทานไข่ลวกมาก ข้าวขาหมูทุกวันเลย”

“บุหรี ผมสูบบ่อย สูบประจำ มันน่าจะมีโอกาสไอ้โคตินต่างๆ เหล่านี้”

2.ทำงานหนัก กลุ่มตัวอย่าง 1 รายที่มีแบบแผนชีวิตที่ทำงานหนัก ไม่ค่อยมีเวลาพักผ่อน โดยเฉพาะเมื่ออาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดขึ้นขณะทำงาน จึงเข้าใจว่าเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยครั้งนี้

“เนี่ยผมว่า อาจจะเป็นจากสาเหตุนี้ด้วย การพักผ่อนน้อย โหมงานหนัก ไม่มีเวลาพักผ่อนเลย ทำงานทั้งวัน”

3. สาเหตุจากเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง 2 รายเข้าใจว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากโรคเบาหวานซึ่ง 2 รายนี้เป็นเบาหวานอยู่ก่อน และได้รับความรู้จากการอ่านเอกสารเกี่ยวกับเบาหวาน

“คือสาเหตุจริง ๆมาจากเบาหวาน อาการอื่นมันแทรกซ้อนเป็นเบาหวานแล้วอาการอื่นแทรกซ้อนตามที่หนังสือบอกคนที่เบาหวานมีอาการแบบนี้ ”

“...คนที่เบาหวานมักติดตามมาด้วยโรคหัวใจ มักติดตามมาด้วยโรคไตนี่เมื่ออาการของเบาหวานอยู่ที่ว่าคือภูมิคุ้มกันมันน้อยลงโรคต่าง ๆก็แทรกได้ง่าย ”

4. เกิดจากลมอัดขึ้น กลุ่มตัวอย่าง 1 รายเป็นผู้ชาย การศึกษาประถมปีที่ 4 ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน มีปัจจัยเสี่ยงด้านความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและอ้วนแต่ไม่ทราบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พยายามหาสาเหตุที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยโดยเชื่อมโยงอาการที่เกิดขึ้นกับความเจ็บป่วยในอดีต โดยอธิบายถึงสาเหตุว่าเกิดจากลมอัดขึ้น

“มันไม่รู้ื่อว่าหรือเหมือนกัน ความเข้าใจว่าลมมันอัด ...เมื่อก่อนเมื่อยังน้อยๆ เมื่อครั้งอายุ 8 ปี มันหอบหืด เคยหอบ เขาว่า...คิดว่าเกิดจากลม มันเหนื่อย เหนื่อยง่าย...พอหลงมันก็น้ำมิด นั่นแหละเราว่าลม”

5. สาเหตุจากการบาดเจ็บ กลุ่มตัวอย่าง 1 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายและเคยได้รับอุบัติเหตุ หน้าอกกระแทกกับรถ อธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยครั้งนี้ว่า เกิดจากการบาดเจ็บ เนื่องจากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกตรงบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ

“ผมคิดว่ามันเกิดจากรถ รถชนนะไปกระแทก หน้าอกไปกระแทกกับกระชังรถ ที่มันเริ่มปวดผมคิดอย่างนั้น”

6. ไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่าง 4 ราย ไม่สามารถอธิบายถึงสาเหตุของความเจ็บป่วยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง 4 รายนี้เป็นผู้หญิงมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่สี่ 3 ราย ชั้นมัธยมศึกษา 1 ราย และไม่ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน

“ไม่รู้ว่าเกิดจากอะไร... ไม่ทราบ”

“บอกไม่ถูก ไม่มีอะไร บอกไม่ถูก เบาหวานไม่เป็น ความดันไม่เป็น นี่ไม่ทราบว่าเป็นเพราะอะไร แพทย์ไม่ได้บอกว่าเป็นจากอะไร ฉันก็ไม่ได้ซัก ไซรัลไต้เลี้ยงด้วย”

“ไม่สงสัยว่าเป็นโรคนี้เลย คิดว่าเป็นลมโน่น หาสาเหตุไม่ได้ว่าเป็นจากอะไร”

จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่าผู้หญิงอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยแตกต่างจากผู้ชาย ซึ่งผู้หญิงทั้ง 4 รายนี้ไม่ทราบถึงสาเหตุของความเจ็บป่วย โดยที่ทุกรายมีปัจจัยเสี่ยงด้านภาวะไขมันในเลือดสูง การขาดการออกกำลังกาย และ 3 ใน 4 รายมีภาวะอ้วนร่วมด้วย บางรายไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะไขมันในเลือดสูง และไม่ได้มีการทำความเข้าใจร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ส่วนผู้ชายส่วนใหญ่ (13 ราย) มักอธิบายสาเหตุว่าเกิดจากพฤติกรรม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ชาย 6 รายมีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นในเรื่องการสูบบุหรี่ และบางรายการดำเนินชีวิตมีความเครียด ส่วนมากได้รับข้อมูลจากแพทย์และจากการแสวงหาความรู้จากเอกสารต่างๆ

ตารางที่ 5 การอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (จำนวน 18 ราย)

สาเหตุ*	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรม	13	66.67
ไม่ทราบสาเหตุ	4	22.22
เบาหวาน	2	11.11
ทำงานหนัก	1	5.56
ลมอืดขึ้น	1	5.56
การขาดเจ็บ	1	5.56

\* หมายถึง ผู้ป่วยแต่ละรายอธิบายสาเหตุได้มากกว่า 1 อย่าง

## ผลกระทบจากความเจ็บป่วย

ความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายนี้ ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างในหลาย ๆ ด้าน ซึ่งสรุปได้ 4 ด้านดังนี้คือ ความสามารถในการทำงานลดลง ผลกระทบต่อการปฏิบัติบทบาท ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว

1.ความสามารถในการทำงานลดลง หลังจากเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ 13 ราย อธิบายผลกระทบจากความเจ็บป่วยว่า ทำให้ความสามารถในการทำงานของตนเองลดลง เนื่องจากมีอาการของโรค เช่น เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้ามืด เหนื่อยง่าย เป็นต้น บางรายไม่มีอาการ แต่ลดการทำงานลง เนื่องจากกลัวว่าการทำงานหนักจะทำให้เกิดอันตรายได้

“ทำงานไม่เต็มที่.... เวรกลางคืนก็ไม่ต้องเข้าแล้วตอนนี้ เข้าแต่ตอนกลางวัน...แต่ก่อนช่วยกรีดยาง เก็บยาง เลิกไปเลย...งานที่เราเคยทำอย่างงานที่ทำทุกวัน ก็ไม่ได้ทำ ”

“เรื่องงาน บางครั้งเราทำได้ไม่เต็มที่ เนี่ยอย่างวันนี้ วันนี้เป็นวันทำงาน แต่เราต้องมาที่เราต้องมาหาหมอบ่อย อย่างเดือนละครั้งต้องมาอยู่แล้ว แล้วก็มัน ทำงานไม่เต็มที่ อย่างบางครั้งเราอาจจะตรวจลูกน้องบ้าง สภาพเราทำไม่ค่อยไหวเหมือนกันเพราะอาจจะป่วยบ้าง ก็เปลี่ยนแปลงไป มันไม่เหมือนที่เราสบายดี ”

“ทำงานหนักไม่ค่อยได้ กลัวจะเจ็บ กลัวจะเหนื่อย ”

“ประสิทธิภาพในการทำงานลดน้อยลง ประสิทธิภาพในการทำงานไม่ว่าด้านส่วนตัวหรือว่าด้านราชการน้อยลง ”

2. ผลกระทบต่อการปฏิบัติบทบาท กลุ่มตัวอย่าง 9 ราย อธิบายว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติบทบาทในครอบครัว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวถึงผลกระทบด้านนี้เป็นผู้ชายทั้งหมด โดยกล่าวถึงผลกระทบต่อบทบาทการเป็นบิดา บทบาทการเป็นสามี และหัวหน้าครอบครัว เมื่อรู้สึกว่าชีวิตของตนเองมีความไม่แน่นอน อาจจะไม่ยืนยาว และส่วนใหญ่บุตรกำลังศึกษาอยู่ จะรู้สึกว่าอาจทำให้ครอบครัวขาดความมั่นคง ในด้านบทบาทการเป็นสามีนั้น กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงการมีเพศสัมพันธ์ลดลงหรือบางรายไม่มีเลย ซึ่งด้านความสัมพันธ์ทางเพศก็เป็นเรื่องสำคัญเรื่องหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส

“นอกจากนั้นเรื่องในครอบครัว ผมว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องที่จริง ๆ อยู่ว่า

ในสังคมอาจจะว่าความปกปิดแต่ว่าในลึกๆผู้หญิงเขาก็คือคนธรรมดา  
ในเรื่องเพศมีความต้องการในจุดนี้เราไม่กล้าเสี่ยงคือผมถ้ามีเพศสัมพันธ์  
แล้วจะรู้สึกเจ็บ ผมนอนเป็นวันเจ็บแปลบ ๆ เพราะเป็นแผลอยู่ที่  
หัวใจ ไปสะกิดแผลเข้าเพราะฉะนั้นตรงนี้ผมก็เกิดความกลัว

มีความต้องการ แต่มีความกลัวอยู่ ตรงนี้จึงลดไปมาก ผมก็เข้าใจ  
เรากลัว ขอมรับครบกลัวมาก ๆ มีผลให้เจ็บ คุณหมอก็ไม่ค่อยเชื่อ  
มีผลต่อผู้หญิงมาก บางครั้งเขาไม่เชื่อใจผม พูด่าง ๆ ว่าผมว่า  
ไม่เข้าใจ ตรงนี้เขาอยู่กับคนโรคหัวใจเป็นโรคหัวใจแต่เขาไม่  
เข้าใจคนโรคหัวใจ เขาคิดว่าเราเนียคล้ายๆว่าถ้าที่อื่นได้ที่บ้านนะ  
ไม่ได้รู้สึกกลัวที่ว่าเขาเข้าใจไม่ถูกต้อง ความจริงแล้วไม่มีเพราะว่า  
ที่เราลดไปเพราะว่ากลัว เรากลัวมาก มันเป็นตัวหนึ่งที่เราเห็นว่ามีผล  
กระทบ แล้วอย่างอื่นก็มีผลกระทบหลายอย่าง ในความรู้สึกของลูกๆ  
ความมั่นใจ ความมั่นคง คล้าย ๆ ว่าขาดความมั่นคงในชีวิต ”

“ ช่วงร่วมเพศมีอาการเจ็บ ที่ว่ายากก็การนอนกับแฟน คือว่า เรา  
เข้าใจเขา เขาสบายอยู่ใช่ไหม เราไม่สบายเราคิดมากเราเคยให้  
ความสุขเขาใช่ไหม อยู่ ๆ เราก็ให้ความสุขเขาไม่เต็มที่ ”

บางรายลดการมีเพศสัมพันธ์ลงหรือไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์เลย เนื่องจากกลัวว่า อาจทำให้  
เสียชีวิตกระทันหันได้

“ การมีเพศสัมพันธ์ มันก็ลดน้อยลงไป แบบมันกลัวในข่าวที่ว่าตายบนอก  
อะไรพวกนี้มันกลัวไปในจุดนั้นคือไม่หักโหมคือแทนที่สมมติว่า  
สมมตินะอะ อาทิตย์นึง 3 -4 ครั้ง ลดลงมาอาทิตย์ละครั้ง อาจจะเปลี่ยน ”

“ รู้สึกว่าตั้งแต่ป่วยมาลักษณะที่การหลับนอนจะไม่ ไม่มีเลย เพราะไม่กล้า  
เป็นคนไม่กล้า เพราะเรารู้ว่าถ้าเราไปทำอย่างนั้น มันจะทำให้เราเกิด  
แบบว่ามีอาการฟุบ เรากลัวตอนนั้น ก็เลย ๆ ไว้ ”

3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย อธิบายว่าความเจ็บป่วย  
ครั้งนี้ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง โดยมองว่าตนเองอยู่ในวัยทำงานที่เป็นผู้นำครอบครัว  
หรือมีอาชีพการงานที่กำลังก้าวหน้า เมื่อทำหน้าที่ในครอบครัว และการทำงานได้ลดลง  
มักส่งผลถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

“ ช่วงตอนเย็น ๆ พอถูกกลับจากทำงาน เราก็ดูลูกอะไรเนี่ย ปล่อย

“ให้แม่บ้านทำคนเดียวเรามาอนอยู่เฉยๆ นอนแบบว่าเป็นคนที่ไม่มีความค่าอะไรเลย เรานอน ปล่อยให้ลูกเมียทำงานตลอด”

นอกจากความสามารถในการทำหน้าที่ด้านครอบครัวและการทำงานลดลงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเป้าหมายในอนาคต บางรายชุดความคิดที่จะก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ของตน บางรายรู้สึกท้อแท้ เมื่อคิดว่าความเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่สามารถทำให้เป้าหมายที่วางไว้เป็นจริงได้

ตัวอย่าง นายก อายุ 45 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี อาชีพรับราชการ เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมา 5 ปี ได้กล่าวถึงผลกระทบต่อเป้าหมายในอนาคตว่า

“ผมว่าผมมีมากเพราะว่าเรื่องของตำแหน่งหน้าที่การงานก็ต้องหยุด เราคงไม่คิดที่จะก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงานของเรา เรารู้ตัวเองคือว่าทำงานมากไม่ได้เพราะสุขภาพเรามีข้อจำกัด การที่คิดจะไต่เต้าในตำแหน่งที่สูงขึ้นก็เป็นอันยุติ เพียงแต่รักษาสถานะตรงนี้ให้ได้เท่านั้นเอง”

“...รู้สึกมันท้อแท้ มันหมดหวัง คือในงานเราก็กำลังขึ้น กำลังก้าวหน้า ชีวิตส่วนตัวก็กำลังดีอยู่ อยู่เฉย ๆ เหมือนไม้ไผ่มาหักกลาง มันกำลังพุ่งแล้วมาหักเลย ไม่มีเวลาเตรียมตัว กล้าย ๆ เราเป็นโรคนี้เราหมดโอกาสที่จะก้าวหน้าทั้งชีวิตการงาน ชีวิตส่วนตัว คิดมาก ”

“เคยคิดจะสร้างโน้น สร้างนี้ก็ทำไม่ได้ คิดแล้วท้อแท้เหมือนกัน เราจะทำอย่างที่เราจะทำก็ไม่ได้ เราทำไม่ได้ เราจะทำแต่เราทำไม่ได้”

4. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ราย อธิบายว่า ความเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ทำให้รายได้ลดลงและต้องเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น

“....ผมเป็นคนชอบเขียนหนังสือก็กลับนอนคิดไม่ได้ เมื่อก่อนนี้งานอดิเรกของผมนอกจากจะไปสอนหนังสือ แล้วก็ทำต้นไม้ส่งขายที่ตลาดแต่เดี๋ยวนี้ อาชีพนั้นก็ต้องหยุดไปเพราะมันต้องใช้แรงหักโหมพอสมควรในการใส่ปุ๋ย ในการใส่กระดาษอะไรเหล่านี้ เลยทำให้ขาดรายได้ไปพอสมควร ”

“โรคหัวใจเนี่ยเขาเรียกว่าโรคเศรษฐกิจ ถ้าคนจนแล้วมันไม่ค่อยมีสิทธิไขใหม่ คนจนเนี่ยไปฉีดยาเราไปฉีดบอลลูนนี่เข็มหนึ่งแสนกว่าสองแสน คิดแล้วถ้าผ่าตัดทีนี้ก็จะเกือบๆ ล้าน”

“ แต่ก่อนช่วยกรีดขาง เก็บขาง เลิกไปเลย ...จากเจ็ดพันต่อเดือนลดลง  
ครั้งหนึ่งแต่ว่าใครว่ายาโน้นดี ยานี้ดีเราก็ซื้อกิน วิตะมินแบบนี้  
หกพันกว่ากินอาทิตย์นี้ ”

### การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

หลังจากเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมการดูแลตนเอง  
หลายอย่างที่ต้องกระทำหรือปรับเปลี่ยน ซึ่งเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ และใน  
การดูแลตนเองนั้น เป็นกระบวนการที่ต้องผ่านการคิดพิจารณาและมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายๆด้าน  
ซึ่งจะกล่าวสรุป 2 ประเด็นคือส่วนที่เป็นกิจกรรมการดูแลตนเอง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแล  
ตนเอง

#### กิจกรรมการดูแลตนเองหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

กิจกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย สรุปได้ 3  
หมวดคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยาตามแผนการรักษาและการแสวงหาวิธี  
อื่นๆ ที่ช่วยให้สุขภาพแข็งแรง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย กิจกรรมที่กลุ่ม  
ตัวอย่างกระทำเพื่อดูแลตนเองนั้น ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัย  
เสี่ยงที่ทำให้เกิดเส้นเลือดหัวใจตีตันเพิ่มขึ้น ทั้งการควบคุมอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง การหยุด  
สูบบุหรี่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการกับความเครียด การควบคุมเบาหวาน ความ  
ดันโลหิตสูง ซึ่งความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

1.1การควบคุมอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่(15ราย)  
พยายามปรับเปลี่ยนมากที่สุดและ 7 รายคิดว่าเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ยากที่สุด กลุ่มตัวอย่าง  
กลุ่มนี้มักได้รับความรู้ในการควบคุมอาหารจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ และการอ่านเอกสารต่าง ๆ แล้ว  
นำมาพิจารณาปรับเปลี่ยนให้เหมาะกับตนเอง บางรายไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะไขมันสูง แต่ควบคุม  
อาหารเนื่องจากแพทย์แนะนำ รายที่ไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านนี้หรือปรับเปลี่ยนไม่ได้  
จากหลายสาเหตุเช่น ไม่ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงและไม่ได้รับคำแนะนำ นิสัยการรับประทานอาหาร

ที่เป็นอยู่และปัจจัยในสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

“จะเลือกประเภท ประเภทอาหาร ทานพวกผัก ผลไม้ พวกปลา  
เหวนพวกเนื้อ พวกไข่เพราะตัวนี้เพิ่มโคเลสเตอรอลในเลือดได้สูง  
อาหารคุมได้”

“เรื่องอาหารการกิน เราก็ดูว่าตัวไหนที่กินเข้าไปทำให้เกิดโทษต่อ  
ร่างกายในเรื่องโรค โคเลสเตอรอล เราก็ตานน้อย ไม่ทาน”

“หมอที่ตรวจตรงนี้ว่า ตับไม่ให้กิน ของมันๆไม่ให้กิน... ก็เลยไม่กิน...  
ไม่ดีพันหรือกะไม่รู้”

“น้ำหนักเพิ่มขึ้น 2 กิโล ทานมาก ...คุมอาหารยากเพราะนิสัยชอบทาน  
เห็นแล้วอยาก ทำยาก”

1.2 การหยุดสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่าง 6 ราย มีปัจจัยเสี่ยงเรื่องการสูบบุหรี่ ทุกรายทราบว่า  
บุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ หลังเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่าง 2 รายหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด 1 ราย  
กลับไปสูบบุหรี่อีกหลังหยุดได้ 4 ปี อีก 3 รายไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้แต่ลดจำนวนการสูบลง  
กลุ่มตัวอย่างที่หยุดบุหรี่ได้เด็ดขาด 2 รายนั้น รายหนึ่งเป็นนักวิชาการ การศึกษาระดับปริญญาโท  
สูบบุหรี่ประมาณ 1 ซองต่อวันมา 10 ปี หยุดสูบบุหรี่ทันที หลังป่วยเมื่อทราบว่าบุหรี่เป็นปัจจัย  
เสี่ยงสำคัญของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งรับรู้ว่าเป็นโรคที่รุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้ อีก  
รายหนึ่งอาชีพค้าขาย จบการศึกษาประถมปีที่สี่ สูบบุหรี่วันละ 2 ซองต่อวันมาประมาณ 20 ปี เคย  
พยายามเลิกบุหรี่มา 2 ครั้งแต่ไม่สำเร็จ หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง  
จนรู้สึกว่าจะทนไม่ไหว จึงไม่กล้าสูบอีกเลย กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้บางรายไม่  
ทราบว่าบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตาย บางรายแม้จะทราบว่าบุหรี่จะทำให้โรครุนแรง  
ขึ้นแต่อธิบายว่าการหยุดสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยน ได้ยากมากแม้จะใช้ความพยายามและ  
หาวิธีการต่างๆ เนื่องจากสังคม สิ่งแวดล้อม บางรายเชื่อว่าอาจเกิดอันตรายถ้าหยุดสูบบุหรี่ทันที  
และที่สำคัญคือจิตใจไม่เข้มแข็งเพียงพอ โดยเฉพาะขณะที่สูบบุหรี่นั้นไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก

“พวกบุหรี่ผมจะไม่นั่งด้วยกับพวกสูบบุหรี่อาจจะ همینด้วย และ  
คิดว่าสุขภาพเราอาจจะไม่เหมาะที่จะให้ควันบุหรี่มันเข้าไป”

“อะไรที่เป็น โทษต่อร่างกายก็พยายามเสพเข้าไปน้อย บุหรี่เลิกเลย”

“...ผมรู้ว่าเป็นโรคหัวใจก็เลิก โดยเด็ดขาดเพราะความกลัว แต่ผ่าแล้ว  
กลับมา สูบเข้าอีก...มีความตั้งใจแต่ใจไม่แข็งพอ...ผมว่าสิ่งแวดล้อมนะ

บางที เล่นหมากรุกเครียด ๆ เพื่อนพันเข้าไปทุกวัน เราไม่สูบเวลาเล่น  
หมากรุกเพื่อนเขาสูบหมด ...สิ่งแวดล้อมผมก็สูบด้วยเริ่มทีละนิด”

“ยังสูบบุหรี่อยู่ คิดจะหยุดถ้าถึงเวลาจำเป็นเช่นแพทย์ห้ามเด็ดขาด หรือสูบแล้วมีอาการ ยังสูบอยู่เพราะอยากสูบและกลัวว่าถ้าหยุดทันที จะมีปฏิกิริยาเกิดขึ้น อาจเป็นโรคประสาท”

“เหลือ 1 ซอง เมื่อก่อน 3 นะ ....หยุดด้วยเรื่องหัวใจที่ได้หยุดบุหรี่ แต่ให้หยุดขาดทีเดียวไม่ได้... ผมนึกในใจว่าการลดละอะไรก็ตามเรา อย่าทำฉับพลัน ค่อยๆทำค่อย ๆ ไปดีกว่าเพราะภูมิที่จะมาปรับในร่างกาย ของเรากว่าจะปรับได้นั้นมันก็ต้องลำบากเหมือนกัน อย่างน้อย ที่สุดถ้าเราลดทีเดียว อาจจะมีอาการมาอาจจะปรับตัวในร่างกาย ไม่ปกติ ทำให้เกิดอาการผิดปกติในร่างกายขึ้นมาได้”

1.3 การออกกำลังกายสม่ำเสมอ กลุ่มตัวอย่าง 10 ราย มีปัจจัยเสี่ยงด้านการขาดการออกกำลังกาย หลังเจ็บป่วยกลุ่มที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยออกกำลังกายสม่ำเสมอ 4 ราย เป็นผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนถึง 5 ปี มักทำกิจกรรมได้โดยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือเหนื่อยง่าย ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และจากเอกสารต่างๆ มีนิสัยชอบการออกกำลังกาย และเชื่อว่าการออกกำลังกายจะมีผลดีต่อหัวใจ กลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอมี 6 ราย มีระยะเวลาการเจ็บป่วยในช่วง 1 เดือน ถึง 1 ปี ในกลุ่มนี้บางรายมีอาการเหนื่อยง่ายขณะทำกิจกรรม บางรายไม่ทราบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้านนี้หลังจากเจ็บป่วย การมีนิสัยไม่ชอบออกกำลังกาย และจากวิถีชีวิต โดยอธิบายว่าไม่มีเวลา จากภารกิจด้านการงานและการดูแลครอบครัว

“เราก็พยายามออกกำลังกายโดยการเดิน ก็พยายามอาทิตย์หนึ่งก็ 3-5 ครั้ง”

“วางแผนทำเป็นกิจวัตร วันหนึ่งตื่นมาออกกำลังกายทุกวัน เพื่อให้รู้สึกสบาย หลังออกกำลังกายสบาย ตัวเบา รู้สึกดีขึ้นมา”

“การออกกำลังกายเนี่ยขาดความพยายาม ..เขาให้ออกอย่างน้อย 15 นาทีแต่ก็เก็จ....แล้วอย่างนี้ด้วยที่บ้านมันผูกพันกับงานบ้านตื่นเช้า แทนที่ที่เราจะได้ไปออกกำลังกายเต็มที่ เราต้องไปเตรียมอาหาร... เด็กมีแต่ทำไม่ได้เหมือนใจต้องไปจัดการเอง ต้องเตรียมต้องไปซื้อ”

1.4 การควบคุมความดันโลหิตสูง เบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง 3 รายมีความดันโลหิตสูงก่อนเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งทั้ง 3 รายนี้ไม่ทราบมาก่อนว่าความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงของความเจ็บป่วยครั้งนี้ แต่ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา ซึ่ง 2 รายรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเบาหวาน 3 ราย มี 2 รายรู้ว่าเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตาย

หลังเกิดความเจ็บป่วยแล้ว กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ควบคุมความดันโลหิต และเบาหวาน โดยการควบคุมอาหาร และรับประทานยาตามแผนการรักษา แต่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้

“ป้องกันของมัน ๆ ของหวาน ของเค็มไม่ทานเลย”

“กินยาตลอด ยาเบาหวาน ความดัน หัวใจ ยาเบาหวานกินเข้าเย็น”

1.5 การจัดการกับความเครียด เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างตระหนักว่าเป็นเรื่องที่สำคัญเรื่องหนึ่ง โดยอธิบายว่าความเครียดจะทำให้อาการแย่ลง จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดความเครียดบางรายมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น จึงพยายามหาวิธีจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง หลังป่วย 8 รายมีอาการหงุดหงิดง่าย 5 ราย รู้สึกว่าตนเองอารมณ์เย็นลง ซึ่งวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงว่าใช้ได้ผลดีในการเผชิญกับความเจ็บป่วยได้แก่ การนำหลักการทางพุทธศาสนาเข้ามาช่วยโดยการนั่งสมาธิ การทำจิตใจให้สงบ การสวดมนต์ การทำบุญ การปลง โดยถือว่า เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา รวมทั้งการมองโลกในแง่ดี กลุ่มที่มีอารมณ์เย็นลงมักนำแนวปฏิบัติเหล่านี้มาเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

“บางทีเพื่อนทำ เพื่อ ोनทำให้เรามีอารมณ์ คือตอนนี้มันก็ต้องทำใจ ทำใจให้สบาย ถ้าเราไปทำให้อารมณ์หงุดหงิด ก็ทำให้หัวใจเรากำเริบ”

“มันก็ทำอารมณ์ด้วย เราต้องทำใจเราให้ปกติ ร่างกายเราก็ต้องทำให้ รื่นเริงเสมอเราจะอยู่ได้ถ้าหากว่าเราเครียด เรามานั่งคิดว่าไม่กี่วัน กูจะตายแล้วไม่นานก็ตาย...เราต้องช่วยตัวเราด้วย หาทางหนทางอะไร ที่เขาว่าต้องนั่งทำสมาธิ ต้องหาทางสวดมนต์ไหว้พระ ทำสมาธิ มองอะไรเราก็มองในทางที่ดี แล้วจะหายเอง”

“ก็แบบว่าธรรมะ เราก็พยายามทำบุญไปเรื่อย ๆ สิ่งไหนไม่ใช่เรื่องของเรา เราก็อย่าไปสนมันมากเกินไป อย่าเอามาคิดอย่าเอามาเครียด ทำใจให้สบาย ๆ ...เราคิดถึงในทางพุทธศาสนา ถ้าบุญเรามี กรรมเรามี ถ้าบุญเรามีเยอะเราทำไว้เยอะก็คงหาย ถ้าเราทำชั่วไว้มาก มันคงจะตาย ต้องไม่ทำ”

“อารมณ์ตอนนี้รู้สึกเย็นลงเพราะเอาทางศาสนามาเกี่ยวข้องกับ ก็คือ ทางสวดมนต์มาเกี่ยวข้องกับด้วย เดี่ยวนี้มันอาจจะทั้ง 2 อย่างคือ ...การนั่งสมาธิ ถือว่าเกิด แก่ เจ็บ ตาย เรื่องธรรมดา”

“ใช้วิธีปลง ทำใจนะ อย่าไปคิดมาก...ทำใจว่าสิ่งไหนจะเกิดก็ให้ มันเกิด ถึงเวลามันตายก็ตาย คิดแค่นั้นแหละ”

**2. รับประทานอาหารตามแผนการรักษา** กลุ่มตัวอย่างทุกรายเห็นความจำเป็นของการรับประทานอาหารตามแผนการรักษาว่าเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้อาการของโรคดีขึ้น แม้บางรายจะไม่ชอบรับประทานอาหาร แต่ก็ถือเป็นกิจกรรมที่จำเป็นต้องกระทำ

“กินขาดตลอดเวลา วันหนึ่ง 3 เวลา กินตามหมอสั่ง กินยาประจำ หมอสั่ง หมอแนะนำก็กิน ...”

“กินยาไปเรื่อย ๆ แล้วยังกายเอง”

**3. การแสวงหาวิธีอื่น ๆ ที่ช่วยให้สุขภาพแข็งแรง** นอกจากการทำกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงแล้ว กลุ่มตัวอย่างบางรายพยายามแสวงหาวิธีการส่งเสริมสุขภาพโดยการแสวงหาความรู้ วิธีการต่างๆ ที่จะช่วยให้สุขภาพดีขึ้นเช่น การรับประทานวิตามิน อาหารเสริม

“หมอแนะนำให้ทานยา แต่ทั้งนี้ ทั้งนั้นเราต้องเกี่ยวกับโภชนาการ อาหารด้วย และหาวิตามินเสริมเช่นวิตามินบีพวกนี้เข้าไปด้วย”

“ใครว่ายาโน้นดี ยานี้ดีเราก็ซื้อกิน...เขาบอกจะได้ไปเสริมกล้ามเนื้อที่ตาย”

ตารางที่ 8 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

กิจกรรมการดูแลตนเอง	ปรับเปลี่ยนได้	ปรับเปลี่ยนไม่ได้
การควบคุมอาหารที่มีไขมันสูง	15	3
การจัดการกับความเครียด	5	8
การออกกำลังกายสม่ำเสมอ	4	6
การหยุดสูบบุหรี่	2	4
การควบคุม DM	-	3
การควบคุม HT	-	3

## ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง

ในกิจกรรมการดูแลตนเองหลังจากเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจลงมือปฏิบัตินั้น เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการสรุปได้ดังนี้คือ

1. ปัจจัยภายใน เป็นปัจจัยที่เกิดจากตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองได้แก่ การให้ความหมายของหัวใจและความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย แบบแผนการดำเนินชีวิต แรงจูงใจภายใน และภาวะสุขภาพ
2. ปัจจัยภายนอก เป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองได้แก่ ระบบครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ

### ปัจจัยภายใน

1.การให้ความหมายของหัวใจและความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อธิบายว่าหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดในร่างกาย และโรคหัวใจเป็นโรคที่รุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตฉับพลันได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคลในหลาย ๆ ด้าน การให้ความหมายกับหัวใจและความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จึงมีความสำคัญที่ส่งผลถึงการดูแลตนเอง ซึ่งเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้หัวใจสำคัญที่สุด และโรคนี้เป็นโรครุนแรง รวมทั้งรู้ปัจจัยเสี่ยงของความเจ็บป่วยจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ลดความรุนแรงของโรค และส่งเสริมสุขภาพ

“รู้ว่าโรคนี้อันตรายเป็นแล้วมันทรมาณ แล้วก็รู้ว่าหัวใจเป็นสิ่งสำคัญมาก ถ้ามีอะไร ขึ้นมาไม่มีใครอะไรเราได้นอกจากเราช่วยตัวเอง ถ้าเกิดป่วยหมายความว่าแพทย์ก็ ช่วยไม่ได้. ...เพราะโรคนี้อันตรายมากต่อชีวิต ถ้าเราไม่ดูแลรักษาร่างกายเรา ก็เท่ากับเราไม่รักษาชีวิตเรา”

“เราต้องปฏิบัติตัวเราด้วย เราเจ็บจากหมอมานะ เราต้องเอามาตั้งวินิจัยว่า เราต้องทำยังไง โรคเรานั้นจะหายไปด้วย ไม่ใช่รอให้หมอให้ยาอย่างเดียว เราต้องทำตัวเราด้วย วัสดุสิ่งไหนที่เราทำได้เราต้องค้นคว้าไปอีกอย่างหนึ่ง”

ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองนั้น จะพิจารณาหาสาเหตุของความเจ็บป่วย โดยพิจารณาทั้งจากพฤติกรรมของตนเองที่เป็นอันตราย จากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้จากเจ้าหน้าที่สุขภาพ หรือจากการแสวงหาความรู้จากสื่อต่าง ๆ เมื่อรู้ถึงสิ่งที่เป็นปัจจัยเสี่ยง จึงตัดสินใจที่จะลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น

“เพราะรู้ว่าสิ่งสำคัญของโรคหัวใจของเราที่เกิดขึ้นตอนนี้ก็คือ การ

มีไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดมาก ลดไปเลยเพราะถ้าทานไปแล้ว ไขมันเพิ่มขึ้นมันก็ทำให้เราทรมาณก็พยายามที่จะยังงี้ก็ให้ทรงตัว ดีกว่าที่จะให้เพิ่มขึ้น”

“เราก็ใช้ดุลยพินิจว่าควรทำอะไรที่ให้อายุยืนยาวไปกว่านี้ ถ้าเกี่ยวกับเส้นเลือดเราเช่น เกี่ยวกับไขมันในเส้นเลือด เราก็ลดไขมัน เกี่ยวกับเลือดเช่นเราก็ลดพวกเนื้อสัตว์ พยายามคุมน้ำหนักดู”

“หมอให้ความกระจ่างในลักษณะแพทย์บอก เราเอาไปคิด เอาไปว่าทำยังงี้ก็หนึ่ง”

กลุ่มตัวอย่างบางรายที่ไม่สามารถอธิบายถึงปัจจัยเสี่ยงของความเจ็บป่วยครั้งนี้ ส่งผลถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังการเจ็บป่วยคือ ไม่ได้ดูแลตนเองเรื่องลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ดังตัวอย่างผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งมีภาวะไขมันในเลือดสูง อ้วน และขาดการออกกำลังกาย กล่าวถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารว่า

“...เพื่ออยากไทรก็กิน ถ้าเพื่ออยาก...หมอไม่ได้ห้ามใคร ไม่บอกว่า ห้ามโน่น ห้ามนี้ไม่บอกเลย...ที่ก็กินขามู เนื้อหมู ไทรพั้นนั่นแหละ”

2. แบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองซึ่งเกี่ยวข้องกับอาชีพ การงาน สังคมสิ่งแวดล้อม ฐานะทางเศรษฐกิจ รวมถึงนิสัยประจำตัว มีผลต่อพฤติกรรมการดูแล ตนเอง เป็นทั้งสิ่งที่เกื้อกูลและเป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 อาชีพและสิ่งแวดล้อม มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมอาหาร การพักผ่อนและการหยุดสูบบุหรี่ ดังตัวอย่างผู้ป่วย 2 รายต่อไปนี้

รายที่ 1 ชายไทยคู่ อาชีพพนักงานตรวจตัวรถไฟ มีภาวะไขมันในเลือดสูงและอ้วน ลักษณะการทำงานต้องอยู่บนรถไฟอย่างน้อย 13 ชั่วโมง นอนไม่ค่อยหลับพักผ่อนได้น้อย อากาศ ร้อนและไม่ค่อยได้อาบน้ำ การดำเนินชีวิตมีความเครียด การหาซื้ออาหารที่ต้องการทำได้ยาก จึง รู้สึกว่าการควบคุมอาหารเป็นเรื่องยากลำบาก

“ทำงานทั้งวัน...สภาพงานแหม่มาก...เห็นอะไรก็กินทั้งนั้น ชาร้อน ไข่ลวกทุกเช้า เจอเพื่อนฝูงอยู่บนรถเสียบรถไฟ ไข่เจียวหมูสับ ตลอด หมูหวาน... อยู่บนรถบางที อาหารก็หาซื้อยาก...คุมอาหาร ยังพลาดอยู่บ้าง เช่นผัดที่ใช้ น้ำมันปาล์มเวลาซื้ออาหารก็เลี่ยงไม่ได้ บางวันทำใจ ไม่กินเลย ที่บ้านทานผัก ปลา”

รายที่ 2 เป็นชายไทยคู่อาชีพรักค้าขาย มีปัจจัยเสี่ยงด้านไขมันในเลือดสูง และ เบาหวานร่วมด้วยแต่ไม่สามารถควบคุมอาหารได้ จากวิถีชีวิตในสังคมที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนฝูง เช่นตอนเช้ามักจะดื่มน้ำชา กับเพื่อน ๆ

“ผมเป็นคนไม่ค่อยเชื่ออะไรร้อยเปอร์เซ็นต์ ต้องทำอะไรตามใจตัวเองบ้างที่มันไม่เป็นอันตรายเกินไป เช่น กินน้ำชาไทร ถ้าตามหมอ หมอว่าของหวานอย่ากิน ผมก็ต้องมีบ้าง เพราะไม่รู้จะนั่งคุยกับใครนะ ”

จากตัวอย่างชี้ให้เห็นถึงอาชีพ สภาพสังคม สิ่งแวดล้อมบางอย่างเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง แต่ในบางครั้งสังคมมีส่วนเอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเอง

“ ก็ลดลงไปเรื่อย ๆ อย่างตอนนั้นมาถึงโรงพยาบาล ตั้งแต่เข้าไม่สูบทอนนิ่งได้เพราะสังคมหลายๆ ด้านเช่นว่า เราไปนั่นแค่ผู้หญิงเราก็ไม่อยากสูบ คนที่เขาไม่สูบยา ก็ไม่สูบ นั่นก็มีส่วนลดได้แล้ว”

2.2 นิสัยประจำตัว เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ซึ่งส่งผลต่อความยากง่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น รายที่ไม่ชอบการออกกำลังกายและไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน จะรู้สึกว่าการทำกิจกรรมด้านนี้เป็นสิ่งที่ยากและทำได้ไม่ต่อเนื่อง ส่วนรายที่มีนิสัยประจำตัวเป็นคนมีวินัยในตนเองจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้โดยไม่รู้สึกลำบาก

“การออกกำลังกาย การทำให้เป็นกิจวัตรประจำวัน คือว่ายาก นิสัยส่วนตัวเมื่อก่อนผม ไม่ค่อยชอบออกกำลังกาย”

“เป็นคนอยู่ในกรอบมาตั้งแต่เล็ก ๆ แล้ว อยู่ในกรอบ คุณพ่อคุณแม่ เคยสั่งสอน โดยที่เป็นคนมีระเบียบและจะปฏิบัติตามที่แพทย์เขาสั่งตลอด จะไม่ออกนอกกลุ่ม นอกทาง”

3.แรงจูงใจภายใน หมายถึง ความคิด ทศนคติ ความเชื่อภายในบุคคลซึ่งช่วยให้มีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Mc Sweeney 1993: 446) แรงจูงใจภายในที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงได้แก่ ความหวังที่จะหายจากโรคหรือไม่ต้องการให้เกิดซ้ำ ความต้องการมีชีวิตยืนนาน และการมีเป้าหมายในชีวิต สิ่งเหล่านี้เป็นแรงผลักดันที่สำคัญ ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองหลังเจ็บป่วย ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ นั้นเป็นสิ่งที่กระทำอย่างมีเป้าหมาย บางรายพิจารณาถึงเป้าหมายเฉพาะในแต่ละกิจกรรม แต่ส่วนใหญ่จะคิดถึงเป้าหมายสูงสุดได้แก่ ต้องการให้หายจากโรคไม่ให้โรครุนแรงขึ้น ไม่ต้องการให้เกิดซ้ำ ต้องการให้มีสุขภาพดี และอายุยืนยาวขึ้น

“ ถ้าพูดแล้ว ความกลัวผลักดันให้เราอยากทำอย่างนี้ ถ้าคุณไม่ทำ

“อย่างนี้ คุณต้องตายมีความกลัว แล้วก็สองสิ่งที่เราต้องทำคือ ความที่เราอยากมีชีวิตยืนนาน จะต้องทำอย่างนี้ เพราะมีเงื่อนไข ”

“ถ้าเราทำใจได้ เราปฏิบัติตามหมอสั่ง ลดไขมันหรืออะไร มันก็จะ ยึดไป มันอยู่ที่ใจเราด้วย ถ้าใจเราท้อมันก็หมดกำลังใจ ถ้าใจตั้งมั่นว่ามันต้องหายมันก็จะหาย หรือว่าสำนึกกว่าบาปบุญ มีจริงเราก็ทำบุญบ้างอะไรบ้าง คงจะมีผลว่ามันจะหาย ”

“เพราะเราคิดถึงตัวเรา ไม่มีใครช่วยได้ โรคเกิดจากเราทำเอง ถ้าเราอยากให้อายุยืนไม่เป็นอีก เราต้องปฏิบัติตัวให้ดี อะไรที่ทำให้เกิดก็เลิกคิดถึงตัวเราเป็นสำคัญ เราต้องดูแลสุขภาพตัวเรา เราต้องช่วยตัวเอง ไม่มีใครช่วยเราได้หมอก็ช่วยไม่ได้ ถ้าเราไม่ดูแลสุขภาพตัวเรา”

“เพื่อตัวเอง เพื่อครอบครัว เพื่อลูก เพื่อทุกอย่าง ....หมายถึงถ้า หาย ถ้าอาการดีขึ้น ทุกอย่างก็ต้องดีขึ้น...อาการดีขึ้นก็หมายถึง เราได้ดูแลครอบครัวดูแลลูกดีกว่า ผมว่า...”

การมีเป้าหมายในชีวิตเป็นแรงบันดาลใจส่วนหนึ่ง ให้นุคคลพยายามกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่วางไว้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีเป้าหมายหลักในชีวิตอยู่ที่บุตร คือ ต้องการให้บุตรประสบความสำเร็จ

“เป้าหมายหลักในชีวิตก็คือลูก แบบนี้เพราะว่าอยากจะให้เห็นลูก ทุกคนมีความสุข อยากจะเห็นลูกทุกคนประสบความสำเร็จ ”

“คิดว่าลูกถ้าเรียนจบทุกคนก็สบายใจ ให้ลูกเราจบอย่างเดียว อายุขนาดนี้แล้วไม่คิดอะไรแล้วเพราะแก่ไปทุกวันไม่คิดอะไรแล้ว ที่อยู่ที่คิดว่าอย่าให้เดือดร้อน ทางครอบครัวมีเงินมีใช้อย่าให้ ลูกเดือดร้อน ตัวเองไม่คิดอะไรแล้ว คิดอย่างเดียวต้องตาย”

กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่ง อายุ 56 ปี อาชีพรับราชการ มีชีวิตครอบครัวที่สมบูรณ์ บุตรเรียนจบ ทำงานหมดแล้ว ไม่มีสิ่งกังวลห่วงใยในชีวิต มีเป้าหมายหลักในชีวิตคือ ต้องการสร้างประโยชน์ให้สังคมให้มากที่สุด ถ้าสุขภาพดี กล่าวว่า

“บั้นปลายชีวิตก็หมายความว่าอยู่ด้วยความสงบ หากความสุขก็คือ การอยู่ในสังคมที่ทำให้เราทำประโยชน์ต่อสังคมให้มากที่สุด ถ้าเราสามารถมีเวลาเช่น อาจจะหาโอกาสหลังชีวิตบั้นปลายนี้ ทำงานให้กับสังคมบ้าง ถ้าสุขภาพเราดี”

4.ภาวะสุขภาพ หมายถึงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ตลอดจนความเครียด และภาวะทางด้านอารมณ์ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ( สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 53) ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเช่น การออกกำลังกายจะทำให้เมื่อร่างกายมีความพร้อมในผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยง่ายหรือเจ็บหน้าอกหลังทำกิจกรรม ก็ไม่สามารถออกกำลังกายได้ การมีความเจ็บป่วยอื่นร่วมด้วย หรือในบางรายที่มีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยสามารถตัดสินใจหยุดสูบบุหรี่ได้เด็ดขาด

“ก็ออกนิดหน่อย เดินนิดหน่อย แต่มันมีอุปสรรคที่ว่าพอเดินเข้า  
สัก 2 วันก็มีไข้ก็หยุดพอเริ่มมีไข้เราก็ไม่กล้า กลัวไปเดินแล้วกลัว  
ทำให้หัวใจมันนั่นเกินไป มันไม่มีแรงแล้วจะช็อค”  
“ก็เราเป็นโรคหัวใจนี่ คินันนี่พอเจ็บเราก็ไม่กล้าสูบลေး...วันนั้นเรา  
เจ็บจนทนไม่ไหว”

#### ปัจจัยภายนอก

1.ระบบครอบครัว เป็นปัจจัยภายนอกที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงว่ามีความสำคัญต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงแหล่งประโยชน์ของครอบครัวทั้งทางด้านการเงิน การให้คำแนะนำตักเตือน ให้กำลังใจรวมทั้งการสร้างกฎเกณฑ์ สิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อเอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ

“คนป่วยก็กำลังใจสำคัญที่สุด ครอบครัวเนี่ยส่งผลให้ดีที่สุดเลย  
เป็นกำลังใจ ถ้าหากว่าครอบครัวมีปัญหาอะไรเนี่ยก็ทำให้คนไข้  
อาการทรุดลงแน่นอนเลยไม่ว่าคนไข้คนไหน กำลังใจ สิ่งแวดล้อม  
ในครอบครัวนี้เป็นเรื่องที่สำคัญ และเศรษฐกิจในครอบครัวมีส่วน  
ด้วย แต่อย่างป้านี้พร้อมทุกอย่าง ”

“ภรรยาลูกเมียเหล่านี้มักจะมาให้กำลังใจ ให้ความสะดวกแม้กระทั่ง  
ให้การเงินการทองและให้ความหวังว่าถึงอย่างไรจะพยายามรักษาพอ  
ไม่ทอดทิ้งพ่อ อันนี้ก็เป็นส่วนที่ทำให้เราสบายอกสบายใจ ”

“ครอบครัวนะ ไม่ว่าแม่ เป็นแฟน ต้องช่วยไม่ว่าเรื่องอาหาร ช่วยเตือน  
เรื่องออกกำลังกาย เรื่องการกินอะไรพวกนี้นะ คนที่อยู่ด้วยกับเรา ”

“...ภรรยา ลูกเขาจะพยายามสร้างความรังเกียจ... ในบ้านห้ามสูบนะ

เขาตั้งกฎเกณฑ์ขึ้นมาแล้ว สังคมบ้านผมห้ามสูบบุหรี่”

ในครอบครัวที่คู่สมรสขาดความเข้าใจซึ่งกันและกัน กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าจะไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เมื่อเจ็บป่วย ทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น จึงหาทางผ่อนคลายซึ่งพฤติกรรม บางอย่างเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่นการเล่นหมากรุกช่วยให้คลายความเครียดในเรื่องต่าง ๆ แต่กลับมาเครียดกับเกมส่การแข่งขันเพราะต้องการเอาชนะ และกลุ่มเพื่อนที่เล่นหมากรุกด้วยกันสูบบุหรี่ทุกคนทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามมา

“ผมรู้สึกตรงนี้เป็นจุดอ่อนของตัวเองว่า ความเป็นคนรู้สึกว่าร่าเหว เป็นคนไม่ได้รับความอบอุ่นในครอบครัวเท่าที่ควร ลูก ๆ นี้เราคงไม่พูดเพราะว่าแกไม่รู้เรื่อง แต่โดยเฉพาะแฟนนี่เขาค่อนข้างจะเมินเฉยมาตลอด ยกตัวอย่างว่า ผมเป็นโรคหัวใจพอมือมีอาการแล้ว ต้องการอยู่สงบ ๆ ถึงเวลาผมมีอาการผมนอนที่บ้าน แฟนเขาจะไม่สนใจผมจะไม่เข้ามาถามผมเป็นยังไง ความที่ไม่ลงรอยกัน ในครอบครัวมีอยู่...ถ้าเกิดทะเลาะกัน เครียดกันช่วงมันยาวบางที 3 เดือน 4 เดือน...พอลงมือเล่นหมากรุกแล้วมันสูบบาก...จริงผ่อนคลายหมากรุกแต่พอเล่นแล้วมันเครียดเครียดในเกมส่ เรื่องอื่นเราจะลืมหมด”

2. ระบบบริการสุขภาพ เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง ระบบบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงได้แก่ การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สุขภาพ ศักยภาพในการให้บริการรักษาพยาบาล ซึ่งมีส่วนในการเอื้ออำนวยและเป็นอุปสรรค ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากแพทย์ บางรายรู้สึกว่าจะได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอทั้งทางด้านข้อมูล การให้บริการ และสื่อต่าง ๆ

“ผมเพิ่งจะคิดเมื่อหมอ ...คุยให้ผมฟัง คุณอายุ 42 คุณจะเลือกอยู่ถึงอายุ 50, 60, 70 ปีก็ได้ขึ้นกับคุณปฏิบัติตัวเอง และปฏิบัติตามคำแนะนำของหมอและดูแลตัวเอง หมอบอกว่ายาเป็นส่วนหนึ่งเท่านั้น ในกระบวนการรักษา การรักษาไม่ใช่ยาอย่างเดียวมีตัวอื่นมากมาย ผมถามท่านว่าแล้วผมจะอย่างไรจะให้ได้ 70 ปีท่านบอกว่า นอกจากกินยาแล้วไปหาวิธีการปรึกษากับแพทย์ว่าเราจะรักษาโรคนี้ อย่างจริงจังทำได้อย่างไรบ้าง ”



“แพทย์ พยาบาล ไม่ได้ให้ข้อมูลอะไร ไม่บอกว่าเป็นอะไรและจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร คนอื่นเขาก็ไม่รู้ นี่คืทีผมมีความรู้ หาหนังสืออ่าน จึงได้รู้ว่าจะต้องทำยังไงนี้ถ้ามีความรู้มาก่อนจะได้ป้องกันก่อนอาจไม่เป็นก็ได้”

“...ระยะหลังไม่ว่าสื่อต่าง ๆ ก่อนข้างจะออกมามากทีเดียว ตั้งแต่ในหลวงเป็นเราได้อ่านอ้อเป็นอย่างนี้ ๆ ซึ่งก่อนหน้าที่เราไม่ค่อยเห็นรายละเอียดของโรคนี้เท่าไร นอกจากว่าเราไปเจอแผ่นพับตามโรงพยาบาล นิด ๆ หน่อย ๆ หลังจากในหลวงเป็นสื่อตรงนี้ที่ออกมาทางหนังสือพิมพ์ก่อนข้างละเอียด และชัดเจน”

“อยากให้มียกสารพับแจก หรือวิดีโอให้ความรู้แก่คนไข้ จะได้รู้ว่าต้องทำอะไร ”

ในด้านระบบบริการนั้นกลุ่มตัวอย่างคิดว่าทำให้บริการของคลินิกโรคหัวใจสัปดาห์ละ 1 วันน้อยเกินไปเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วย ซึ่งทำให้เสียเวลาในการรอตรวจนาน โดยเฉพาะผู้ที่มาจากต่างจังหวัด บางครั้งมาไม่ทันเวลา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางรายกล่าวถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคอีกอย่างหนึ่งคือ ชีตความสามารถของโรงพยาบาลในการให้บริการวินิจฉัย และรักษามีจำกัดเนื่องจากจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีน้อย การวินิจฉัย การรักษาที่ต้องใช้ เทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น การสวนหัวใจ การขยายหลอดเลือดโดยใช้ท่อลูกโป่งยาง และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจไม่สามารถทำได้ ต้องเดินทางไปกรุงเทพฯ ซึ่งเสียเวลาและค่าใช้จ่ายจำนวนมาก

“จำนวนวันอาจจะน้อยไป ผมว่าน่าจะสัก 2 วัน เพราะบางรายมีมาจากภูเก็ต มาจากกระบี่ ตอนย้ายไปอยู่กระบี่ผมก็มาจากกระบี่มาถึงนี่ดี 11 คิวหมด”

“รัฐควรเห็นความสำคัญของโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค และกระจายงบประมาณให้ทั่วถึงด้วย ให้มีเครื่องมือทันสมัย ไม่ต้องเดินทางไปกรุงเทพฯซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก”

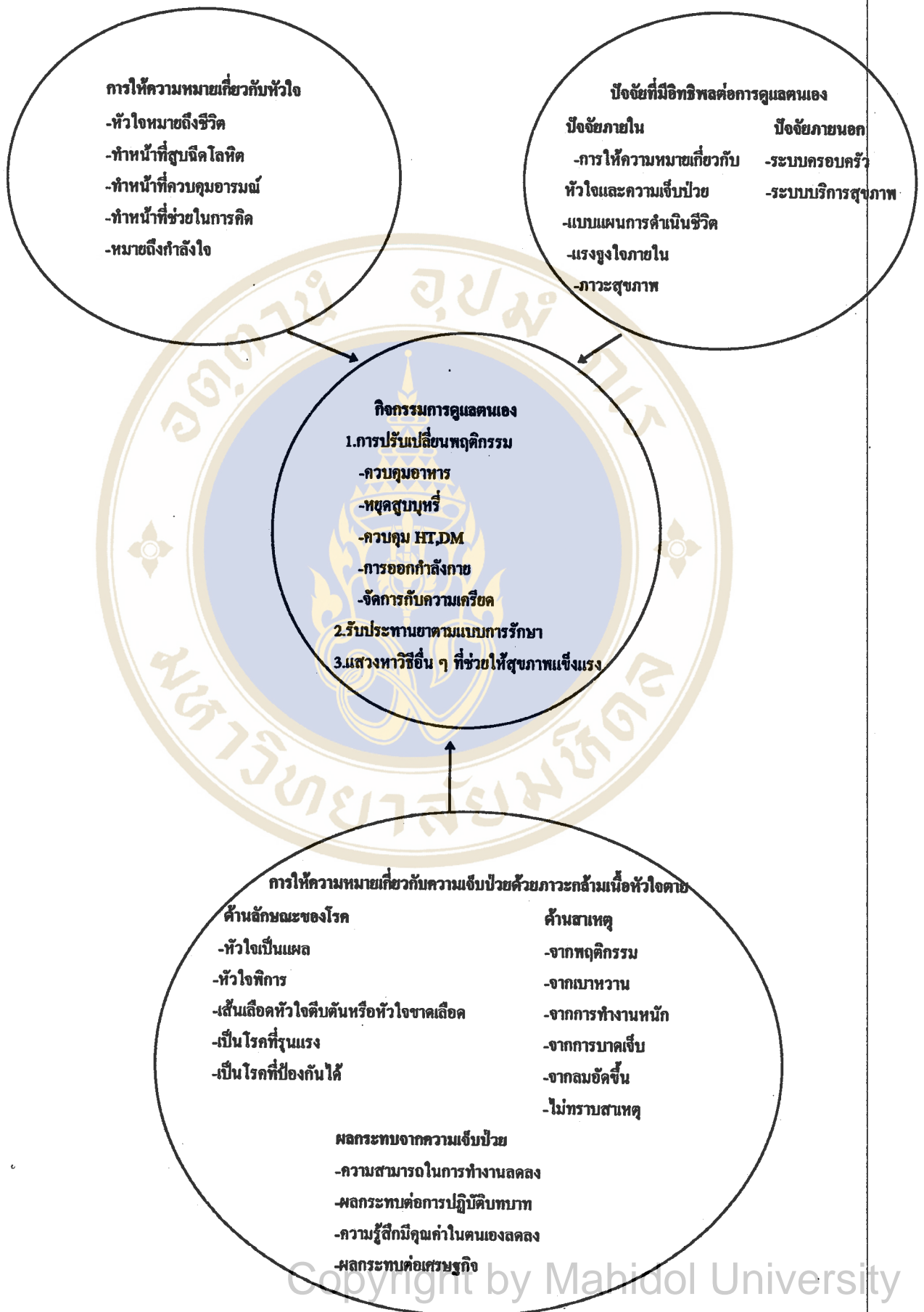
“...ในเชิงวิชาการเราอมรับว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไม่ลงมาอยู่ที่นี้ เครื่องไม้เครื่องมือก็ไม่ทันสมัยเพราะผมมาอยู่ที่นี้ทำได้อย่างเดียวคือวิ่งสายพาน ถ้าว่าสวนหัวใจ การผ่าตัดหัวใจเรายังทำไม่ได้ทำให้เราไปอัดอยู่ในกรุงเทพฯ ตัวนี้คือตัวปัญหาความจริงคนไข้โรคหัวใจอยู่ภูมิภาคเยอะแยะแต่เราไม่มีโอกาส ต้องไปกรุงเทพฯ โอกาสที่จะรู้ก็ไม่มี ถ้ารู้ก็คือหนักแล้ว แต่ผมถ้าไม่แนะนำไป

## โรงพยาบาลโรคทรวงอกก็ไม่มีโอกาสรอด”

กล่าวโดยสรุป การดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายขึ้นอยู่กับ การให้ความหมายเกี่ยวกับหัวใจ การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย แบบแผนการดำเนินชีวิต แรงงูใจภายใน ภาวะสุขภาพ ระบบครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย



## การอภิปรายผล

### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (เพศชาย 14 ราย) เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบได้น้อยในผู้หญิงวัยก่อนหมดประจำเดือน จากผลของฮอร์โมนเพศหญิงช่วยลดอัตราเสี่ยงการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (Lerner & Kannel 1986 cited in Bernard & Krupat 1994 : 483) อายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 37-59 ปี อายุเฉลี่ย 48.94 ปี ซึ่งจากหลาย ๆ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ในช่วง 52-59 ปี (จรียา ตันดิธรรม 2536:39; Mc. Maham, et al.1986 : 83; Garding , et al. 1988 : 359; Miller, et al. 1989 :341; Pleury 1991 : & Bennelt 1992 : 323; Keeling & Dennison 1995 : 39) จะเห็นว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอายุเกิน 50 ปี แต่พบว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 50 ปีมีอุบัติการณ์สูงขึ้น (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์ 2530 : 788) อาจเนื่องจากวิถีชีวิตในสังคมยุคปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป ต้องเร่งรีบ แข่งขัน นิยมบริโภคอาหารสำเร็จรูป ซึ่งอาหารประเภทนี้มักมีโคเลสเตอรอลสูง การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และความเครียดที่เพิ่มขึ้นจากสังคม สิ่งแวดล้อม ทำให้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาดังแต่ระดับประถมศึกษาถึงปริญญาโท ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (7 ราย) รายได้ตั้งแต่ไม่น้อยกว่า 5,000 บาท ถึงมากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่รายได้อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน จะเห็นได้ว่ามีการกระจายของระดับการศึกษาและรายได้ค่อนข้างมาก ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็น โรงพยาบาลที่มีความพร้อมที่สุดในภาคใต้ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาประจำอยู่ ทำให้มีผู้ป่วยทั้งในท้องถิ่นและต่างจังหวัดมาใช้บริการ รวมทั้งผู้ป่วยที่ส่งมาจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ในภาคใต้

บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบมากที่สุดคือ ด้านหน้า และด้านล่างและระดับความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 1 (Killip I) สอดคล้องกับการศึกษาของจรียา ตันดิธรรม (2536) และศรีสุตา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) ในด้านปัจจัยเสี่ยงนั้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบเอ (ร้อยละ 77.78) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขงยุทธ สหสกุลและคณะ(2532) และการศึกษาของฉัฐสุภา ฉลาดสุนทรวาทิ (2539) พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ศึกษามีบุคลิกภาพแบบเอ ร้อยละ 70.3 และ 72.2 ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงรองลงมาคือการมีภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 72.22) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของศุภชัย ไชยธีระพันธ์และคณะ (2533) ที่ศึกษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วยอายุน้อย พบว่าภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบ

บ่อขอรองลงมาจากนุหรี แต่ต่างจากการศึกษาของจรียา ตันดิธรรม (2536) พบว่าภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบน้อยที่สุด (ร้อยละ 14.3) จะเห็นว่าความถี่ของปัจจัยเสี่ยงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแตกต่างกันตามกลุ่มประชากรที่ศึกษา

### การให้ความหมายเกี่ยวกับหัวใจ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายเกี่ยวกับหัวใจ 5 ลักษณะ คือ หัวใจหมายถึงชีวิต มีหน้าที่สูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ควบคุมอารมณ์ ช่วยในการคิด และหมายถึงกำลังใจ บางรายให้ความหมายหลายอย่างร่วมกันแต่ส่วนใหญ่ให้ความหมายของหัวใจว่าหมายถึงชีวิต เนื่องจากถ้าหัวใจไม่ทำงานก็ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ ความหมายนี้เช่นเดียวกับการรับรู้ของบุคคลทั่วไป ซึ่งสมิธ (Smith 1972 : 663) ได้สรุปความหมายของหัวใจ 3 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ เป็นแหล่งที่มาของอารมณ์ เป็นศูนย์กลางของร่างกาย และหมายถึงชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริอร สินธุ (2537) บางส่วน ซึ่งพบว่าผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคลิ้นหัวใจ ให้ความหมายของหัวใจว่าหัวใจหมายถึงชีวิต หมายถึงสุขภาพ เป็นอวัยวะช่วยในการคิด มีหน้าที่สูบฉีดโลหิต และเป็นอวัยวะที่ซ่อนเร้น การให้ความหมายเกี่ยวกับหัวใจของกลุ่มตัวอย่างอาจเป็นผลมาจากการศึกษา การเรียนรู้จากสื่อต่าง ๆ จากคำบอกเล่า หรือจากประสบการณ์ตรงของกลุ่มตัวอย่างเอง เช่น การมีประสบการณ์เจ็บแน่นหน้าอกมาก หายใจลำบากขณะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลายรายรู้สึกเหมือนกำลังเสียชีวิต หรือจากการสังเกตว่าเมื่อเกิดอารมณ์หงุดหงิดจะมีอาการใจสั่น กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้นมักให้ความหมายของหัวใจที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ตามหลักสรีรวิทยา ซึ่งสอดคล้องกับทัศนคติทางการแพทย์

จะเห็นว่าในการให้ความหมายของหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากจะให้ความหมายในลักษณะการทำหน้าที่ทางสรีรวิทยาแล้ว ยังมองความสำคัญของหัวใจต่อสุขภาพ มองความสัมพันธ์ของอารมณ์กับการเต้นของหัวใจ และให้ความหมายในลักษณะทางจิต เช่น กล่าวถึงกำลังใจ สุขภาพจิต ซึ่งอาจมีอิทธิพลมาจากความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของไทย คำสอนของศาสนา พุทธมักให้ความสำคัญกับ “จิต” หรือ ใจ เช่นคำกล่าวที่ว่า “ใจเป็นนาย กายเป็นบ่าว” ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อมโยง ให้ความหมายของหัวใจว่าเป็นอวัยวะที่ใช้ในการคิด สิ่งต่าง ๆ รวมถึงการรู้สึกเสียขวัญ เสียกำลังใจเมื่อป่วยด้วยโรคหัวใจ

## การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายลักษณะของโรค สาเหตุ และผลกระทบต่อความเจ็บป่วย ดังนี้

1. การอธิบายลักษณะของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างอธิบายลักษณะของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เกิดขึ้น 5 ลักษณะคือ หัวใจเป็นแผล หัวใจพิการ เส้นเลือดหัวใจตีบหรือหัวใจขาดเลือด เป็นโรคที่รุนแรงและป้องกันได้ กลุ่มตัวอย่างที่อธิบายว่า หัวใจเป็นแผล เนื่องจากมีประสบการณ์ผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft) และการบาดเจ็บที่หน้าอก จึงอธิบายลักษณะของโรคสัมพันธ์กับการบาดเจ็บเกิดการฟกช้ำและเป็นแผลที่หัวใจและเชื่อมโยงกับอาการที่เกิดขึ้นเช่นเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก คิดว่าเป็นการไปสะกิดแผล เป็นการอธิบายในลักษณะรูปธรรมเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงข้อมูลเป็นเหตุผลเข้าด้วยกัน กลุ่มตัวอย่างที่คิดว่ากล้ามเนื้อหัวใจตายหมายถึงหัวใจพิการนั้น ให้ความหมายว่าการเจ็บป่วยนี้จะไม่หายและทำให้ชีวิตอยู่ได้ไม่นาน แต่ไม่ได้อธิบายกลไกที่เกิดขึ้น ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่อธิบายถึงหัวใจขาดเลือดหรือเส้นเลือดหัวใจตีบบางรายบอกได้เฉพาะชื่อโรคตามที่แพทย์บอก บางรายอธิบายตามหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งมักเป็นผู้มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป และแสวงหาความรู้จากการอ่านเอกสารต่าง ๆ นอกจากอธิบายในลักษณะพยาธิสภาพแล้ว ยังอธิบายว่าเป็นโรครุนแรง อาจเกิดอันตรายต่อชีวิตได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและกลัวตาย โดยรับรู้ทั้งจากประสบการณ์ตรงและทางอ้อม เช่น การมีประสบการณ์เจ็บหน้าอกรุนแรง หายใจลำบาก บางรายหมดสติและช็อก การรับรู้จากการบอกเล่าหรือเคยเห็นผู้ที่เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การรับรู้จากสื่อต่าง ๆ ซึ่งมักจะสื่อในลักษณะอาการที่รุนแรงและเสียชีวิตเฉียบพลัน รวมทั้งการพาดหัวข่าวตามหน้าหนังสือพิมพ์ ส่งผลถึงการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ซึ่งความรู้สึกวิตกกังวลและกลัวตายนี้เป็นความรู้สึกปกติที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Hijek 1984:450; Kinzinger 1992 : 76; Sherck 1992 : 331) กลุ่มตัวอย่าง 3 ราย อธิบายว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถป้องกันได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง 3 รายนี้ มีการศึกษาระดับปริญญาตรี 2 รายและ ปริญญาโท 1 ราย ไม่มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคนี้อีก่อน เมื่อมาทราบภายหลังจึงคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากการที่ตนเองไม่มีความรู้ในการป้องกันโรค เพราะเชื่อว่าเป็นโรคที่ป้องกันได้ และตำหนิระบบบริการสาธารณสุขที่ไม่ประชาสัมพันธ์อย่างจริงจัง เป็นการชี้ให้เห็นอย่างหนึ่งว่าการเผยแพร่ความรู้ในการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในปัจจุบันอาจจะยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่อยู่ห่างไกลจากกรุงเทพมหานคร หรือในชนบทได้รับข้อมูลข่าวสารไม่ทั่วถึง .

จะเห็นได้ว่าการอธิบายถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นไปตามการเรียนรู้ ประสบการณ์ ของตน กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มองที่โรคอย่างเดียว แต่มองถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยกล่าวถึงความทุกข์จากอาการต่าง ๆ ความรุนแรงของโรค ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต การให้ความหมายของกลุ่มตัวอย่างมีผลต่อความรู้สึก และพฤติกรรม การดูแลตนเอง เช่นผู้ป่วยที่เข้าใจว่าหัวใจพิการจะรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยที่เข้าใจว่ามีแผลที่หัวใจจะกังวลเมื่อทำกิจกรรมเพราะกลัวไปกระทบกระเทือนแผลที่หัวใจ จากการรับรู้ว่ารโรครุนแรงทำให้พยายามค้นหาสาเหตุและหาทางแก้ไข การทำความเข้าใจให้ตรงกันจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อไป

2. การอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้คิดว่ามีสาเหตุจาก 5 ประการคือ จากพฤติกรรม เบาหวาน การทำงานหนัก สาเหตุจากลมอ้วนขึ้น การบาดเจ็บ แต่มีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (13ราย) ซึ่งเป็นผู้ชายทั้งหมดอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยครั้งนี้ว่าเกิดจากพฤติกรรมของตนเอง เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ความเครียด การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น เนื่องจากผู้ชายมีวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบตันมากกว่า และมักรับรู้หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้ว แม้ว่าส่วนหนึ่งจะมองว่าการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้กับประชาชนในเรื่องปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันยังไม่ดีพอ จึงพยายามแสวงหาความรู้จากสื่อต่างๆทั้งจากเอกสาร รายการโทรทัศน์ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ แล้วนำมาเชื่อมโยงกับพฤติกรรมของตน กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป กลุ่มที่มีการศึกษาสูงสามารถแสวงหาความรู้ทั้งจากสื่อต่าง ๆ และบุคลากรในทีมสุขภาพ นอกจากนี้การขยายการเผยแพร่ความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย ทำให้ประชาชนมีโอกาสเรียนรู้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการประชวรของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวด้วยโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ก่อให้เกิดประโยชน์ในการเรียนรู้ของประชาชนเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคนี้แก่ประชาชนมากขึ้น

กลุ่มตัวอย่าง 2 รายอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยครั้งนี้ว่าเกิดจากเบาหวาน จากการอ่านเอกสารเกี่ยวกับเบาหวานจึงเรียนรู้ถึงปัจจัยเสี่ยง และหาวิธีการควบคุมเบาหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง 1 รายอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยครั้งนี้ว่าเกิดจากการทำงานหนัก กลุ่มตัวอย่างรายนี้นอกจากอธิบายว่าเกิดจากไขมัน ในเลือดสูงแล้วพยายามหาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง

ข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อมของการทำงาน โดยเฉพาะเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยขณะทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรูดี (Rudy 1980: 354) และเบอร์เกสกับฮาร์ดแมน (Burgess & Hartman 1986 : 570) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการอธิบายสาเหตุของกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้ป่วย โดยอธิบายว่าเกิดจากทำงานหนักร้อยละ 4.3 และ 33 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าวิถีชีวิต บริบทการทำงานมีส่วนเกี่ยวข้องกับการอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วย

สาเหตุจากลมอ้วนขึ้นและจากการบาดเจ็บ เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างอธิบายว่าทำให้เกิดความเจ็บป่วยครั้งนี้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลพยายามหาสาเหตุโดยทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่านมาในชีวิตที่คิดว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ซึ่งลักษณะอาการที่เกิดขึ้น และประสบการณ์ในอดีตมีผลต่อการอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทราบสาเหตุของความเจ็บป่วยครั้งนี้ เป็นผู้หญิงทั้งหมด(4ราย) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา 3 ราย และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 1 ราย มีปัจจัยเสี่ยง คือโคเลสเตอรอลสูง ขาดการออกกำลังกาย และ 3 ใน 4 ราย มีภาวะอ้วนร่วมด้วย อธิบายได้ว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้หญิงอาจน้อยกว่าผู้ชาย สื่อต่าง ๆ ที่ออกมาเน้นปัจจัยเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ ความเครียด มากกว่าด้านอาหาร การขาดออกกำลังกายและความอ้วน อีกทั้งการมีระดับการศึกษาต่ำกว่าอาจมีโอกาแสวงหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพน้อยกว่า และอาจเนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบได้น้อยในผู้หญิงวัยก่อนหมดประจำเดือน โดยทั่วไปคิดว่าผู้หญิงมีปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่าผู้ชาย ผู้หญิงจึงมักได้รับการรักษาไม่เพียงพอในระยะแรก ( Pittman & Kirkpatrick 1994: 208) งานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ชาย ผู้หญิงที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย จึงควรได้รับความสนใจมากขึ้นและค้นหาถึงความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการรับรู้ต่อไป

3. การอธิบายเกี่ยวกับผลกระทบจากความเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างใน 4 ด้านคือ ผลกระทบต่อความสามารถในการทำงาน การปฏิบัติบทบาท ความรู้สึกต่อความมีคุณค่าในตนเอง และเศรษฐกิจของครอบครัว

3.1 ผลกระทบต่อความสามารถในการทำงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (13ราย) อธิบายว่าความสามารถในการทำงานของตนเองลดลง เนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยง่ายขณะทำกิจกรรม ซึ่งรบกวนการดำเนินชีวิตและการทำงาน ในบางรายสามารถทำกิจกรรมได้คงเดิมแต่ไม่กล้าทำเช่นเดิม เนื่องจากกลัวจะ

เกิดอาการหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ควรได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างถูกวิธี เพื่อช่วยให้สามารถกลับไปทำงานหรือทำกิจกรรมด้วยความมั่นใจ การจัดให้มีโปรแกรมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากโปรแกรมนี้นี้มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ ดูแลตนเองได้ ลดภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวจากการฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Gawlinski 1989: 71)

3.2 ผลกระทบต่อการปฏิบัติบทบาท กลุ่มตัวอย่าง 9 ราย อธิบายว่าความเจ็บป่วยครั้งนี้ ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติบทบาทในฐานะบิดา สามี และผู้นำครอบครัว ซึ่งอธิบายได้ว่า ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานของสังคม ความเจ็บป่วยรุนแรงหรือ ความพร้อมสมรรถนะในระยะยาวของสมาชิกมีผลกระทบกับครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมาก (Bahnsen 1987 cited in Friedman 1992 : 105) โดยเฉพาะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่เป็นหัวหน้าครอบครัว นำมาซึ่งความรู้สึกขาดความมั่นคง ผู้ป่วยและครอบครัว อาจรู้สึกกลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต (Bedsworth & Molen 1982 : 455 ; Hiject 1984 : 450 ; Pinneo 1984; 460 ; Keeling & Dennison 1995 : 45; Thompson, et al 1995 : 710)

ด้านความสัมพันธ์ทางเพศเป็นเรื่องสำคัญอย่างหนึ่ง ที่มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส กลุ่มตัวอย่างหลายรายมีกิจกรรมทางเพศลดลง บางรายไม่กลับไปมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากกลัวเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ กลัวตาย และกลัวเกิดอาการ เจ็บหน้าอก เหนื่อย อ่อนเพลีย ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวลที่ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทด้านนี้ได้เต็มที่ นำมาสู่ความไม่เข้าใจกันระหว่างคู่สมรส จากการศึกษาหลายเรื่องที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมีกิจกรรมทางเพศลดลงหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Tuttle , Cock and Fitch 1964; Klien, et al 1965; Hellerstein and Friedman 1969 cited in Burke 1990 : 360) ผลการศึกษาของปาปาโดโปลอส (Papadopolos et al 1983 cited in Briggs 1994: 838) พบว่า ร้อยละ 51 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายกลัวการมีเพศสัมพันธ์ (Burke 1990 : 361) ผู้ป่วยส่วนมากเข้าใจว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นอันตรายต่อสุขภาพกลัวเสียชีวิตระหว่างมีเพศสัมพันธ์ (Briggs 1994: 837) การให้คำปรึกษาด้านการมีกิจกรรมทางเพศเป็นสิ่งหนึ่งที่เจ้าหน้าที่สุขภาพไม่ควรมองข้าม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินการรับรู้และให้คำแนะนำผู้ป่วยในด้านนี้ หรือส่งปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญในรายที่มีปัญหา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตและมีกิจกรรมด้วยความมั่นใจ

3.3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง กลุ่มตัวอย่าง 5 รายอธิบายถึงผลกระทบต่อความเจ็บป่วยครั้งนี้ว่าทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งส่งผลต่อเป้าหมายในอนาคต ไม่ก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน ไม่สามารถทำให้เป้าหมายที่วางไว้เป็นจริงได้ การรับรู้การมีคุณค่าในตนเองเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานหนึ่งในห้าข้อที่มาสโลว์กล่าวไว้ เป็นความรู้สึกยอมรับตนเองและมีภาพลักษณ์ต่อตนเองในทางบวก ประกอบด้วยองค์ประกอบใหญ่คือ ความรู้สึกที่ตนเองมีความสามารถ และความต้องการได้รับการยกย่อง ถ้าความรู้สึกเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนอง ก็จะทำให้ขาดความเชื่อมั่นที่จะไปถึงซึ่งความต้องการในระดับที่สูงกว่า (Barry 1994 :87) บุคคลแต่ละคนมีหลายบทบาท ถ้าไม่สามารถปฏิบัติบทบาทที่คาดหวังได้อย่างเต็มที่ที่จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่า (Potter & Perry 1995: 374) โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้ อายุอยู่ในช่วง 37 - 59 ปี จัดอยู่ในวัยกลางคน (Newman and Newman 1991 : 511) ซึ่งเป็นวัยที่มีความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคมสูง มีความงอกงามในชีวิตครอบครัว สร้างสรรค์หลักฐานของชีวิต และความเป็นอยู่อย่างมีมาตรฐาน รวมทั้งความมั่นคงทางเศรษฐกิจไว้สำหรับชีวิตในวัยต่อไป (จารุวรรณ ต. สกุล 2530: 71)

3.4 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง 4 ราย อธิบายว่าความเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลต่อเศรษฐกิจ เนื่องจากทำให้ความสามารถในการทำงาน ทำกิจกรรมได้ลดลง ทำให้กลุ่มตัวอย่างบางรายต้องหยุดงานอดิเรก ส่งผลให้รายได้พิเศษลดลง ในรายที่เบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ และได้รับการรักษาโดยการฉีดยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) หรือผู้ที่ขยายหลอดเลือดโดยใช้ท่อลูกโป่งยาง (PTCA) ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก หรือแม้แต่ในผู้ที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ เนื่องจากเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องรักษาต่อเนื่อง ต้องเสียค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารเสริมซึ่งมักจะมีราคาแพง

จะเห็นได้ว่าความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อส่วนใดส่วนหนึ่งเท่านั้น แต่ส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งกาย จิต และสังคมของบุคคลนั้น การมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เลี่ยงไม่ได้ บุคคลจึงพยายามดูแลตนเองเพื่อลดผลกระทบเหล่านี้ ในด้านการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนั้น กลุ่มตัวอย่างอธิบายถึงลักษณะของโรค สาเหตุ และผลกระทบจากความเจ็บป่วย ซึ่งมีทั้งส่วนที่เหมือนและแตกต่างกันจากปัจจัยหลายประการ เช่น การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีต สอดคล้องกับไคลแมน (Kleinman 1978: 256) ซึ่งกล่าวว่า แนวคิดการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัวอาจแตกต่างกัน

กัน บางแนวคิดสะท้อนให้เห็นถึงชนชั้น ความเชื่อ วัฒนธรรม การศึกษา อาชีพ ความเชื่อถือในหลักศาสนา ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีต ความหมายของบุคคลและสังคมที่เขาอยู่ ต่อความคิดปกติ ความคาดหวังที่เกิดขึ้น และเป้าหมายการรักษา ความเข้าใจการแปลความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและความเจ็บป่วย และจะช่วยให้เข้าใจความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ข้อมูลจะเป็นประโยชน์ในการวางแผน และให้การบริการ สนับสนุนผู้ป่วยแต่ละคนในระยะเริ่มแรกของการฟื้นฟูสภาพต่อไป (Razin 1985 cited in Thompson 1995: 708)

## การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

กิจกรรมการดูแลตนเองหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย สรุปได้ 3 หมวดคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยาตามแผนการรักษาและการแสวงหาวิธีอื่น ๆ ที่ช่วยให้สุขภาพแข็งแรง

### 1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

หลังจากกลุ่มตัวอย่างให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และรู้ถึงสาเหตุแล้วจึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุดคือการควบคุมอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เนื่องจากได้รับคำแนะนำในเรื่องนี้และเรียนรู้จากสื่อต่าง ๆ ซึ่งตรงกับการศึกษาของแมคสวินเนย์ (Mc. Sweeney 1993: 445) พบว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติและคงอยู่ต่อไปหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายคือ การออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนอาหาร และใกล้เคียงกับการศึกษาของรูดี (Rudy 1980: 335) พบว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายปฏิบัติมากที่สุด คือการปรับเปลี่ยนอาหาร (ร้อยละ 38) และร้อยละ 16 ปฏิบัติเรื่องการออกกำลังกาย แต่แตกต่างจากการศึกษาของเฮนตินิน (Hentinen 1986: 133) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วย 3 เดือนหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติได้ยากที่สุด คือ การควบคุมอาหารที่มีไขมันสูง (ร้อยละ 38.89) ซึ่งการปฏิบัติเรื่องอาหารเป็นสิ่งที่ยากที่สุดสิ่งหนึ่งสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Pinneo 1984 : 461) สำหรับกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่าปฏิบัติง่ายที่สุดคือการออกกำลังกาย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายอยู่เป็นประจำ จึงรู้สึกว่าการทำงานกิจกรรมด้านนี้เป็นเรื่องง่าย ไม่ยุ่งยาก

และไม่ต้องลงทุน รับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้จากการออกกำลังกายชัดเจน เพราะเป็นระบบการดูแลตนเองที่พัฒนามาแล้วอย่างมีประสิทธิภาพ และมีเป้าหมายชัดเจนขึ้น

หลังเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่าง หูดสูบบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด 2 ราย ลดปริมาณการสูบบุหรี่ลง 3 ราย แต่มี 1 รายซึ่งหูดสูบบุหรี่ได้แล้วกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ รายที่ไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้มีเหตุผลดังนี้ เช่น เกิดจากสังคมสิ่งแวดล้อมและจากจิตใจไม่เข้มแข็ง เนื่องจากบุหรี่จัดเป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง การเลิกสูบบุหรี่จึงทำได้ยาก ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของมิลเลอร์และคณะ (Miller, et al 1989: 339-345) พบว่าหลังป่วยในระยะ 30 วัน จำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลง แต่ในช่วงระยะ 60 วัน ถึง 1 ปีจำนวนผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น จากการศึกษาของเฮนตีเนน (Hentinen 1986 :133) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วย 3 เดือนหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งลดการสูบบุหรี่ลง แต่บางคนเริ่มสูบบุหรี่ใหม่ใน 3 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล

การจัดการกับความเครียด เป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญและหาวิธีการด้วยตนเอง การจัดการกับความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้บ่อยและพบว่าได้ผลดีคือ การนำหลักทางพุทธศาสนามาใช้ทั้งการทำสมาธิ การสวดมนต์ การปลง การถือว่า เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา การทำจิตใจให้สงบ การทำบุญ และการมองโลกในแง่ดี เป็นต้น ซึ่งทำให้รู้สึกว่าการอดสูบบุหรี่และลดความกังวลลง อธิบายได้ว่าวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้นี้ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกผ่อนคลาย เป็นการลดความเครียดวิธีหนึ่ง เพราะเมื่อเกิดความเครียดขึ้น ร่างกายจะมีการตอบสนองโดยการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก มีการหลั่งฮอว์โมนแคททีโคลามีน ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และเส้นเลือดหดตัวทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้นและเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Elicit & Bruell 1983 cited in Bernard & Krupat 1994: 498) การจัดการกับความเครียดจึงเป็นการลดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกดังกล่าว จากการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ เมื่อเกิดความทุกข์ในเรื่องใด ๆ วิธีหนึ่งในการบรรเทาทุกข์คือการขีตคำสอนทางศาสนา และการปฏิบัติเป็นที่พึ่งทางจิตใจ ซึ่งวิธีการอาจแตกต่างกันในแต่ละสังคม การเข้าใจพื้นฐานความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญในการหาวิธีการสนับสนุน ช่วยเหลือให้สอดคล้องกับบริบทสังคม วัฒนธรรมของบุคคล นอกจากนี้อีกวิธีการหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงในการจัดการกับความเครียดคือการมองโลกในแง่ดี โดยเชื่อว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การรับประทานยาตามแผนการรักษา ร่วมกับการมองโลกในทางแง่ดีจะช่วยให้ออกห่างจากความเจ็บป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจอห์นสัน และมอร์ส (Johnson & Morse 1991: 36-39) ศึกษากระบวนการปรับตัวหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายด้วยวิธีการเชิงคุณภาพพบว่าการมีทัศนคติทางบวก โดยเชื่อ

ว่าตนเองจะมีอาการดีขึ้น มีส่วนช่วยอย่างมากต่อการปรับตัวและช่วยในการพัฒนาความรู้สึกควบคุมความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของคนและสุขภาพแบบองค์รวมที่มองว่าสุขภาพเป็นเรื่องที่บุคคลต้องรับผิดชอบและต้องปกป้องสุขภาพ

ด้านการรับประชนาตามแผนการรักษา เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่กลุ่มตัวอย่างทุกรายรับรู้ว่ามีค่าสำคัญและพยายามปฏิบัติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นและไว้วางใจต่อการรักษาของแพทย์ และเชื่อว่ายาเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาให้หายหรืออาการดีขึ้น ลดความรุนแรงของโรค แม้บางรายไม่ชอบการรับประชนาและรู้สึกเป็นภาระ แต่ก็คิดว่าเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรับประชนาตามแผนการรักษาแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังแสวงหาวิธีการอื่น ๆ ที่ช่วยให้สุขภาพแข็งแรง เช่นการรับประชนาวิตามิน หรืออาหารเสริมที่เชื่อว่าจะช่วยให้อาการดีขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการแสวงหาความรู้จากเอกสารต่าง ๆ จากการบอกเล่าของผู้ที่มีประสบการณ์หรือผู้ที่เชื่อถือได้ ซึ่งอธิบายได้ว่าบุคคลพยายามแสวงหาวิธีการอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ เพราะเชื่อว่าการรักษาของแพทย์เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้อาการดีขึ้นแต่ยังมีวิธีการอื่น ๆ ที่ต้องแสวงหา เนื่องจากความรู้ วิทยาการเจริญก้าวหน้ามาก มีการค้นพบสิ่งใหม่ ๆ อยู่เสมอซึ่งส่งผลทางด้านกำลังใจช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวัง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

### ปัจจัยภายใน

1.การให้ความหมายเกี่ยวกับหัวใจและความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างนำมาพิจารณาเพื่อตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ เช่นกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความหมายของหัวใจว่าทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ เมื่อเกิดอารมณ์หงุดหงิดหรือเครียดจะรู้สึกว่าหัวใจเต้นเร็วขึ้น จะดูแลสุขภาพตนเองโดยพยายามควบคุม พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เครียด ทำให้เห็นว่าบุคคลมีการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในที่สัมพันธ์กับอารมณ์ เป็นการอธิบายและหาทางแก้ไขตามความเข้าใจตามการรับรู้ของตน ซึ่งผลที่เกิดขึ้นมีส่วนในการลดปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างสอดคล้องกับการอธิบายถึงกลไกทางสรีรวิทยาเกี่ยวกับการหลั่งฮอร์โมนแคททีโคลามีนเมื่อเกิดความเครียด ความสัมพันธ์ทางจิตและกาย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ไคลแมน(Kleinman et. al. 1978: 252) กล่าวว่าการศึกษา

รับรู้และจัดการกับความเจ็บป่วยของเขานั้น ขึ้นอยู่กับคำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การแลกเปลี่ยนแนวคิดระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ นำมาสู่ความเข้าใจที่ตรงกัน ซึ่งในเรื่องที่สอดคล้องกับความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยซึ่งทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมง่ายขึ้น

จากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ bahwa หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดในร่างกาย และความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายส่งผลกระทบต่อชีวิตหลาย ๆ ด้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างพยายามหาวิธีการดูแลตนเองเพื่อที่จะรักษาชีวิตไว้ และลดผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาค้นหาสาเหตุ สะท้อนพฤติกรรมของตนเอง ประสบการณ์ในอดีตกับความรู้ที่มีอยู่และหาวิธีแก้ไขที่สาเหตุนั้น แสดงถึงบุคคลเป็นผู้มีเหตุมีผล พยายามหาเหตุผลที่เกี่ยวข้องมาอธิบายความเจ็บป่วย ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่ตรงกับวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ บริบทสังคมวัฒนธรรมของเขา ซึ่งความรู้ได้มาจากหลาย ๆ แหล่ง ทั้งจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ สื่อต่าง ๆ และจากประสบการณ์ เป็นข้อมูลในการพิจารณาและตัดสินใจที่จะลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง การรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงที่ตรงกับวิทยาศาสตร์การแพทย์ก็จะช่วยให้สามารถหาวิธีการแก้ปัญหาก็ได้ตรงกับสาเหตุ บางรายไม่ได้ควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลังเจ็บป่วยเนื่องจากไม่สามารถอธิบายปัจจัยเสี่ยงได้ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถระบุสาเหตุของความเจ็บป่วยมักยากที่จะเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต (Johnson & Morse 1991: 129) จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้พิจารณา พยายามเชื่อมโยงหาสาเหตุและแก้ไข โดยการวางแผนทำกิจกรรม ซึ่งผ่านการพิจารณาหาวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง กลุ่มตัวอย่างบางรายนำความรู้ประสบการณ์ที่ได้จากการเจ็บป่วยไปเผยแพร่กับบุคคลอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้เห็นว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีการเจริญพัฒนาเกิดขึ้น ซึ่งข้อค้นพบตรงกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem 1985 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล 2536: 23) ที่กล่าวว่า ก่อนที่บุคคลจะลงมือกระทำการดูแลตนเองนั้น ต้องผ่านการพิจารณาและตัดสินใจ ต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ ต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายนอกและภายใน ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต ให้ความหมายกับสิ่งที่สังเกต และมองความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่เป็นไปได้ที่จะกระทำ แล้วจึงตัดสินใจหาวิธีปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

2. แบบแผนการดำเนินชีวิต ทางด้านอาชีพ สังคม สิ่งแวดล้อม รวมถึงนิสัยประจำตัว ความแตกต่างในแบบแผนการดำเนินชีวิต ทำให้ความยากง่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างกัน โดยเฉพาะด้านการควบคุมอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน ต้อง

ซึ่งอาหารรับประทาน มักหาอาหารที่ต้องการได้ยาก และอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำ เช่น ปลา มีราคาแพง ประกอบกับวิถีชีวิตในสภาพสังคมยุคปัจจุบัน ที่มีกรีบเร่ง ต้องแข่งขัน ต้องการความรวดเร็ว จึงนิยมบริโภคอาหารสำเร็จรูปเพิ่มขึ้น ซึ่งอาหารประเภทนี้มักมีโคเลสเตอรอลสูง หรือการมีชีวิตในสังคมที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจึงมีกิจกรรม เช่น การดื่มชา กาแฟ หรือสูบบุหรี่ด้วยกัน ทำให้ควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ยาก การรักษาสมดุลย์ระหว่างการใช้เวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปตามที่โอเร็มกล่าวไว้ (Orem 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 27-28) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตในสังคมจึงปรับเปลี่ยนได้ยาก ด้านข้อกำหนดทางสังคมและกฎหมายมีส่วนเอื้ออำนวยต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เช่น การอยู่ในเขตที่ห้ามสูบบุหรี่ช่วยให้ผู้ป่วยลดการสูบบุหรี่ลง ทำให้เห็นถึงประโยชน์ของการจัดเขตปลอดบุหรี่ให้มากขึ้น

ในด้านนิสัยส่วนตัว มีส่วนเอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่มีสุขนิสัยเช่น การออกกำลังกายเป็นประจำ รับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย เช่น รู้สึกแข็งแรงขึ้น สดชื่นและสุขสบาย เมื่อทราบว่าออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จึงตัดสินใจกระทำได้โดยไม่ยากลำบาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแมคสวีเนย์ (Mc.Sweeney 1993:441-445) เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่า การมีประสบการณ์การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนนิสัยประจำตัวที่ชอบรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ไม่ชอบการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ปรับเปลี่ยนได้ยาก การแนะนำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย

**3.แรงจูงใจภายใน** เป็นส่วนสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากกิจกรรมการดูแลตนเองมีหลายประการ บางรายต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตหลายอย่าง จึงจำเป็นต้องอาศัยความพยายามและแรงจูงใจอย่างมาก แรงจูงใจภายในที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงได้แก่ ความหวังที่จะหายจากโรค ต้องการมีชีวิตยืนยาว มีสุขภาพดี สามารถทำงานและปฏิบัติบทบาทได้ แรงจูงใจเหล่านี้ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างพยายามดูแลตนเองเพื่อจะให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มนั้น(Orem 1995: 221) กล่าวถึงแรงจูงใจว่าเป็นหนึ่งในสิบของพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นพลังความสามารถที่สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ พยายามจำเป็นต้อง

ค้นหาความแข็งแกร่ง ในตัวผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมแรงงูใจในการดูแลตนเอง และค้นหาสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดกระทำ ในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ (Utz 1990 : 17)

4. ภาวะสุขภาพ เป็นส่วนที่เอื้ออำนวยและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง ขณะที่มีการเจ็บหน้าอกรุนแรง บางรายเกิดความกลัวและพยายามลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้ เช่น การหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ส่วนในรายที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเนื่องจากมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย จึงไม่สามารถออกกำลังกายได้ เพราะไม่แน่ใจในความปลอดภัย การจัดให้มีโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจึงเป็นสิ่งที่มิประโยชน์มาก เนื่องจากได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นกลไกที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงาน และรับผิดชอบบทบาทหน้าที่เดิมของตนได้ นอกจากนี้ยังช่วยให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นและลดค่าใช้จ่ายโดยรวมลงอีกด้วย (Hiject 1984: 450)

### ปัจจัยภายนอก

1. ระบบครอบครัว มีส่วนช่วยเหลือทั้งด้านการเงิน อาหาร โดยเฉพาะด้านกำลังใจเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงว่าเป็นสิ่งที่ได้รับจากครอบครัว และมีส่วนช่วยในการตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคูห์เปอร์ (Dhooper 1984 cited in Miller, et al.1988 : 297) พบว่าการสนับสนุนทางอารมณ์ของครอบครัวและเพื่อน ๆ มีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในทางตรงข้ามถ้าขาดความเข้าใจ และขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจย่อมส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ดังที่กล่าวแล้วว่าการดูแลตนเองต้องใช้ความพยายาม โดยเฉพาะผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องการกำลังใจและการสนับสนุนระบบครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมจึงมีอิทธิพลอย่างมาก เจ้าหน้าที่สุขภาพควรตระหนักในเรื่องนี้ การให้ความช่วยเหลือจำเป็นต้องทำความเข้าใจในระบบครอบครัวผู้ป่วย และดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

2. ระบบบริการสุขภาพ ทั้งระบบบริการและเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สุขภาพมีส่วนสนับสนุนทางด้านความรู้และให้คำปรึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รายงานว่า แพทย์เป็นผู้ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหลังจากเจ็บป่วย แม้บางรายจะไม่ทราบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงแต่ก็ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำเพราะเชื่อว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จะช่วยให้อาการดีขึ้นหรือหายจากความเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

แมคสวินเนย์ (Mc Sweeney 1993: 448) พบว่าการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นแหล่งประโยชน์ภายนอกที่สำคัญต่อการเอื้ออำนวยในการปฏิบัติหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่เพียงพอ เป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งต่อการดูแลตนเอง บางรายกล่าวถึงการไม่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สุขภาพหรือได้รับไม่เพียงพอ ทำให้ไม่ทราบถึงการดูแลตนเองที่จำเป็นหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย การให้ความรู้แก่ประชาชนโดยทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นและฟื้นฟูสภาพหลังเจ็บป่วยเป็นบทบาทที่สำคัญมากสำหรับพยาบาล และชี้ให้เห็นว่าความรู้ในการดูแลตนเอง ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นสิ่งสำคัญต่อการตัดสินใจลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

ในด้านระบบบริการสุขภาพนั้น กลุ่มตัวอย่างหลายรายรู้สึกว่าการอยู่ในส่วนภูมิภาคเป็นผู้ด้อยโอกาสในเรื่องการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีจำนวนน้อยและขาดเครื่องมือที่ทันสมัย จำเป็นต้องเดินทางไปกรุงเทพซึ่งทำให้สิ้นเปลืองเวลาและค่าใช้จ่าย การเพิ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และกระจายงบประมาณด้านการวินิจฉัยรักษาที่ต้องใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่มายังส่วนภูมิภาคจึงเป็นสิ่งที่ควรพิจารณา อย่างไรก็ตามสิ่งสำคัญที่สุดคือการป้องกันก่อนเกิดความเจ็บป่วย ระบบบริการสุขภาพจึงควรให้ความสนใจ ทูมเทในการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพประชาชนอย่างจริงจัง เพราะเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อในหลาย ๆ ด้านดังกล่าวแล้ว

ในด้านกระบวนการดูแลตนเอง สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มคือ ก่อนที่จะลงมือกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นต้องผ่านการพิจารณาและตัดสินใจ โดยผู้ป่วยได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น แสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพ และก่อนที่จะเห็นด้วยว่าการดูแลนั้นเหมาะสม ต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นให้ผลตามที่ต้องการ ไม่ขัดแย้งกับความเชื่อ พิจารณาถึงปัจจัยที่เอื้ออำนวยและเป็นอุปสรรค จึงตัดสินใจเลือกทำกิจกรรม มีการตั้งเป้าหมาย ซึ่งมักมองไปที่เป้าหมายระยะยาวคือ ให้มีชีวิตยืนยาว ไม่เกิดเป็นซ้ำและมีสุขภาพดี การวางแผนทำกิจกรรมในแต่ละเรื่องนั้นมีรายละเอียดค่อยลงไปในแต่ละบุคคล ซึ่งบางรายสามารถสอดแทรกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตได้โดยไม่รู้ตัวเป็นภาระ บางรายไม่สามารถทำได้เพียงพอและต่อเนื่องจากปัจจัยหลายประการ และมีการประเมินผลการกระทำ รายที่ตั้งเป้าหมายในระยะสั้นในแต่ละกิจกรรม มักจะประเมินผลเฉพาะในแต่ละกิจกรรมนั้น เช่นผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง และดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย มีการติดตามระดับโคเลสเตอรอลในเลือด และประเมินน้ำหนักของ

ตนเอง แต่ส่วนใหญ่มักตั้งเป้าหมายในระยะยาวและประเมินการดูแลตนเองจากอาการที่เกิดขึ้น และ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) ที่กล่าวไว้ในทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem 1995:203) ในส่วนของแบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ระบบครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ ในด้านแรงจูงใจภายในนั้นจัดเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนการให้ความหมายของหัวใจและความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีผลมาจาก เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ดังนั้นผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงสนับสนุนทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มทั้งกระบวนการดูแลตนเอง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง

นอกจากนี้ในส่วนของแรงจูงใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ยังสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งอธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรค และลดอันตรายจากความเจ็บป่วยของบุคคล ประกอบด้วยการรับรู้ 4 ด้าน (Rosenstock 1974 cited in Janz 1988 : 39) คือ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดความเจ็บป่วย (Perceived susceptibility) (2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) (3) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและลดอันตรายจากความเจ็บป่วย (Perceived benefits) (4) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived barrier) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงกิจกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีผลมาจากการรับรู้โอกาสที่ตนเองจะเกิดเป็นซ้ำ รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่ามีอันตรายอาจเสียชีวิตได้ การรับรู้ถึงประโยชน์และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง การทำความเข้าใจถึงแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยและนำมาเป็นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผลการศึกษาค้นคว้านี้ ทำให้เข้าใจประสบการณ์ความเจ็บป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย เห็นศักยภาพ พัฒนาการ และความแข็งแกร่งของบุคคลในการดูแลตนเองเพื่อการฟื้นฟู จะเห็นว่าการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ก่อนที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง นั้นผ่านการคิด พิจารณาหลายขั้นตอน ตั้งแต่การให้ความหมายของความเจ็บป่วยนั้น ๆ การแสวงหาความรู้ ความเชื่อ แรงจูงใจ ปัจจัยที่ เอื้ออำนวยและเป็นอุปสรรคใน การดูแลตนเองและขึ้นกับปัจจัยพื้น

ฐานซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล สิ่งเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่เจ้าหน้าที่สุขภาพควรตระหนักถึง และพัฒนาวิธีการในการช่วยเหลือ ส่งเสริมให้การดูแลนั้นตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของผู้ป่วย อันเป็นเป้าหมายที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาล

#### ข้อจำกัด

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ซึ่งประสบการณ์ของผู้หญิงที่เจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอาจแตกต่างจากผู้ชาย ถ้าจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงเพิ่มขึ้นอาจให้ข้อมูลที่หลากหลายขึ้น
2. ผลการวิจัยมีข้อจำกัดในการนำไปสรุปอ้างอิงกับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่อื่น

#### จุดเด่นของงานวิจัย

1. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาจากผู้ที่มีประสบการณ์ในเหตุการณ์นั้นจริงๆ ทำให้เข้าใจถึงความหมายของประสบการณ์ความเจ็บป่วยโดยตรง ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาที่ได้มาปรับปรุง พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอื่น ๆ ในโรงพยาบาลเดียวกัน
2. การศึกษาใช้วิธีการบันทึกแถบเสียงร่วมกับการบันทึก ทำให้ถอดความจากการสัมภาษณ์ทั้งหมดได้อย่างสมบูรณ์ ข้อมูลที่ได้มาจากคำสนทนาของผู้ป่วยทั้งหมด และมีการตรวจสอบข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) เพื่อศึกษาการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2538 ถึงเดือนเมษายน 2539 จำนวน 18 ราย เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มาตรวจตามนัด
2. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย ยกเว้นโรคหรือภาวะที่เกิดร่วมกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หัวใจเต้นผิดปกติ
3. มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ทั้งเพศชายหรือเพศหญิง
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

#### ผู้ที่ไม่เลือกเข้าศึกษา

1. ผู้ป่วยที่มีอัมพาตของแขนขา หรืออ่อนเพลียมาก
2. มีความเสื่อมของการได้ยินและการพูด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบบันทึกปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (3) แบบประเมินบุคลิกภาพ เจ เอ เอส ของเจนกินส์ และคณะ (Jenkins, et al 1967) ซึ่งจรรยา ตันติธรรม (2536) ได้แปลเป็นภาษาไทย และได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำไปหาความเที่ยงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย หาค่าความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา = 0.76 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 18 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา = 0.78 (4) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างแบบเจาะลึก เป็นข้อคำถามปลายเปิดกว้าง ๆ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับความหมายของหัวใจ การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในด้านลักษณะของโรค สาเหตุ ผลกระทบจากความเจ็บป่วย การดูแล

แลตนเองหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และปัจจัยที่เอื้ออำนวย และเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายเกี่ยวกับหัวใจดังนี้ คือ หัวใจหมายถึงชีวิต (ร้อยละ 61.11) ทำหน้าที่สูบน้ำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (ร้อยละ 33.33) ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ (ร้อยละ 16.67) ช่วยในการคิด (ร้อยละ 11.11) และหัวใจหมายถึงกำลังใจ (ร้อยละ 5.55) ส่วนการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น เป็นการอธิบายในด้านลักษณะของโรค สาเหตุของความเจ็บป่วย และผลกระทบจากความเจ็บป่วย ในด้านลักษณะของโรคสรุปได้ 5 ประการคือ หัวใจเป็นแผล หัวใจพิการ หัวใจขาดเลือด หรือเส้นเลือดหัวใจตีบ เป็นโรคที่รุนแรงและเป็นโรคที่ป้องกันได้ โดยอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยว่าเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง (ร้อยละ 66.67) เช่นการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย และความเครียด สาเหตุจากเบาหวาน (ร้อยละ 11.11) จากทำงานหนัก (ร้อยละ 11.11) จากลมอัดขึ้น (ร้อยละ 5.55) จากการบาดเจ็บ (ร้อยละ 5.55) และไม่ทราบสาเหตุ (ร้อยละ 22.22) เมื่อเกิดโรคนี้แล้วมีผลให้ความสามารถในการทำงานลดลง (ร้อยละ 72.22) ไม่สามารถครองบทบาท (ร้อยละ 50) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (ร้อยละ 72.22) และกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว (ร้อยละ 22.22)

สำหรับการดูแลตนเองหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายสรุปได้ดังนี้ คือ (1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการควบคุมอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง การหยุดสูบบุหรี่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการจัดการกับความเครียด (2) การรับประทานยาตามแผนการรักษาและ (3) การแสวงหาวิธีการอื่น ๆ ที่ช่วยให้สุขภาพแข็งแรง เช่นการรับประทานวิตามิน อาหารเสริมต่าง ๆ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย แบ่งเป็น 2 ปัจจัยใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายในได้แก่ การให้ความหมายเกี่ยวกับหัวใจและความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย แบบแผนการดำเนินชีวิต แรงจูงใจภายใน และภาวะสุขภาพ ปัจจัยภายนอกได้แก่ ระบบครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวถึงเหล่านี้เป็นส่วนที่เอื้ออำนวยและเป็นอุปสรรคในการดูแลตนเอง การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสำคัญต่อการคิด พิจารณาถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในลักษณะเป็นโรคที่รุนแรง และโอกาสที่ตนเองจะเกิดอันตรายจากความเจ็บป่วย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นจะยากง่ายเพียงใดขึ้นอยู่กับแรงจูงใจภายในแบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ระบบครอบครัวและระบบบริการสุขภาพด้วย โดยเฉพาะ

แรงจูงใจภายในเป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญมากเช่นความหวังที่จะหายจากโรค ความต้องการมีชีวิตยืนยาว เพื่อให้สุขภาพดีและการมีเป้าหมายชีวิต ต้องการให้บุตรประสบความสำเร็จ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยที่ต้องรับผิดชอบครอบครัว สิ่งเหล่านี้จึงมีส่วนสำคัญต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาบางส่วน ในด้านการให้ความหมายของหัวใจ ผลกระทบจากความเจ็บป่วย และปัจจัยที่เอื้ออำนวยและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง แต่การศึกษาครั้งนี้ทำให้เห็นภาพรวมถึงการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งมีอิทธิพลมาจากปัจจัยหลายอย่าง กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่กระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย ซึ่งเป้าหมายเพื่อให้คงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ นอกจากนี้กิจกรรมการดูแลตนเองกระทำผ่านการพิจารณาถึงปัจจัยที่เอื้ออำนวยและเป็นอุปสรรคต่าง ๆ ซึ่งปัจจัยพื้นฐานทางด้านความรู้ การศึกษา ประสบการณ์ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม มีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลตนเอง ผลการศึกษานับสนับสนุนความตรงของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มคือ ก่อนที่บุคคลจะกระทำการดูแลตนเอง ผ่านการพิจารณาหาความหมายของเหตุการณ์นั้น และการกระทำนั้นต้องมีเป้าหมาย ค้นหาแหล่งประโยชน์และประเมินผลการกระทำ นอกจากนี้ยังสนับสนุนแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งอธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค และลดอันตรายจากความเจ็บป่วย ประกอบด้วยความรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคและลดอันตรายจากความเจ็บป่วย

การศึกษานี้ทำให้เห็นถึงกระบวนการดูแลตนเองว่าเป็นสิ่งที่ซับซ้อน ต้องอาศัยความมานะพยายาม และแรงจูงใจ เห็นศักยภาพของบุคคลซึ่งมีเหตุมีผล มีการเรียนรู้ และเกิดการพัฒนาหลังเจ็บป่วย การเข้าใจความหมายของประสบการณ์ความเจ็บป่วยของบุคคล จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาล เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการให้บริการ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ให้ตอบสนองความต้องการและบรรลุเป้าหมายที่มีประสิทธิภาพต่อไป

#### ข้อเสนอแนะ

การศึกษาเชิงคุณภาพโดยวิธีทางปรากฏการณ์วิทยาครั้งนี้ ทำให้เข้าใจถึงการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การดูแลตนเองและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิด

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลในการที่จะเข้าใจประสบการณ์เหล่านี้ เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ได้อย่างเต็มที่ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีข้อเสนอแนะดังนี้

### การนำไปใช้ในการปฏิบัติพยาบาล

1. พยาบาลควรประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายทั้งใน ระยะที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยและเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล เนื่องจากการให้ความหมาย หลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งมีผลกระทบต่อความคิดตัดสินใจในการดูแลตนเอง และช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างถูกต้อง อันจะนำไปสู่การกระทำกิจกรรมการ ดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง สามารถเผชิญและอยู่กับความเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพชีวิต ที่ดี ส่งเสริมแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความหวังในทางที่เป็นไปได้ ค้นหา ปัจจัยที่เอื้ออำนวยในการดูแลสุขภาพ เพื่อนำมาสนับสนุนผู้ป่วยและเป็นแนวทางปรับใช้กับผู้ป่วย รายอื่น ๆ และค้นหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ เพื่อนำไปหาวิธีคิด พิจารณาร่วมกับผู้ป่วยและ ครอบครัวในการแก้ปัญหาต่อไป
2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว สนับสนุนให้ครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บ ป่วย และการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดของผู้ป่วย เพื่อให้มีส่วนร่วม เป็นกำลังใจ และสนับสนุน การดูแลตนเองของผู้ป่วยให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้
3. วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสามารถ ในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยหลายรายกล่าวว่าได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ หรือไม่มีเอกสารและสื่อ ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ ระบบบริการสุขภาพจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงเรื่องนี้ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ต้องการ จัดให้มีเอกสาร คู่มือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างเพียงพอ จัดให้มี วิทยุทัศน์ รวมทั้งพัฒนาสื่อต่าง ๆ ขึ้นมาเพื่อถ่ายทอดข้อมูลและส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้รับบริการ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 มุ่งเน้นการพัฒนาทรัพยากรบุคคล การดูแลสุ ขภาพตนเองเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยจะเป็นพื้นฐานให้บุคคลพัฒนาศักยภาพของตนเองในชีวิต ครอบครัว สังคม และการงานได้ จึงควรจะมีการประชาสัมพันธ์อย่างจริงจังในการเผยแพร่ความรู้ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตัน ถ้าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง

ผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการป้องกัน จะมีส่วนช่วยให้ประชาชนตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคนี้อ หรือป้องกันการเกิดซ้ำ

4. ระบบบริการสุขภาพควรมุ่งเน้นในเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับในการดูแลรักษาสุขภาพประชาชน และควรมีบริการที่ต่อเนื่องครบวงจร ทั้งป้องกัน รักษา ส่งเสริมฟื้นฟู ดูแล ควรจัดให้มีโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อให้การฟื้นฟูสภาพหลังเจ็บป่วยเป็นไปอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นการส่งเสริมความมั่นใจในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย และควรมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางโรคหัวใจโดยเฉพาะในการดูแลติดตามผู้ป่วยทั้งในระยะที่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน และมาตรวจตามนัด จะทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง สามารถสนับสนุนให้คำปรึกษา ประเมินผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ส่งเสริมกำลังใจ และเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเองให้เพียงพอและต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยได้อย่างปกติสุข

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพซ้ำถึงการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มอื่น ๆ ซึ่งต่างสังคมวัฒนธรรมกัน หรือศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น
2. ศึกษาการรับรู้และการสนับสนุนของญาติ ในการมีส่วนร่วมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
3. ควรศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับแรงจูงใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย
4. วิจัยเชิงปฏิบัติการถึงรูปแบบการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

## บรรณานุกรม

- จรรยา ตันติธรรม. รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- จารุวรรณ ต.สกุล. จิตวิทยาพื้นฐานเพื่อการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2530
- ฉัฐสุภา ฉลาดสุนทรวาทิ. ภาวะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- ศรีสุตา เจริญวงศ์วิวัฒน์. การรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- เบญจา ยอดคำเนิน-แอตติกัจ และ ภาณี วงษ์เอก. คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ชุดที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ: วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ. นครปฐม : สถาบันประชากรและสังคม ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- พยงค์ จูทา. "การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังออกจากโรงพยาบาล". คลินิก. 3 (มีนาคม 2530) : 160-168.
- "ไขมันกับโรคหลอดเลือดโคโรนารี". วารสารโรคหัวใจ. 1(เมษายน-มิถุนายน 2531) : 69-75.
- ขงยุทธ สหัสกุล และคณะ. "ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางคลินิก การตรวจเพื่อวินิจฉัยกับอัตราการตายในโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน" วารสารโรคหัวใจ. 2(มกราคม 2532) : 20-24.
- รุจา ภูไพบูลย์. "การพยาบาลกับการวิจัยเชิงคุณภาพ" วารสารพยาบาล. 37(กรกฎาคม-กันยายน 2531) : 203-213.
- วิชัย ตันไพจิตร. "ไขมันกับโรคหัวใจตีบ-ตัน" ใน หัวใจของเรา. หน้า 104-113, กมลสินชวานันท์ และคณะ, บรรณาธิการ. พิมพ์ที่ 1.กรุงเทพมหานคร : อักษรสัมพันธ์, 2534.
- ศิริอร สินธุ. "ความกระจำในบทบาทหน้าที่และการรับรู้สุขภาพของสตรีไทยที่ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจ" ใน เอกสารการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช ครั้งที่ 8

เรื่อง"วิจัยทางการแพทย์พยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า ทิศทางและรูปแบบ" นครปฐม :สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

เสก อักษรานุเคราะห์. "บทบาทของการออกกำลังกายต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ-ตัน"ใน หัวใจของเรา. หน้า 114-120, 169 กมล สินธวานนท์ และคณะ, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร : อักษรสัมพันธ์, 2534.

ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. "โรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย". คลินิก. 3(พฤศจิกายน 2530) : 786-795.

----- "โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วยอายุน้อย" วารสารโรคหัวใจ. 1(มกราคม-มีนาคม 2531) : 1-11.

----- "โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วยอายุน้อย : การศึกษาร่วมระหว่างสถาบันแพทย์ 7 แห่งในผู้ป่วย 140 ราย " วารสารโรคหัวใจ. 3(ตุลาคม-ธันวาคม 2533) :115-121.

สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : วิ.เจ.พรินติ้ง, 2536.

สมชาติ โลจายะ. "ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ". อายุรศาสตร์. 9(ตุลาคม-ธันวาคม 2536) : 122-129.

สวรรรยา เดชอุดม "สูบบุหรี่ไม่ดีแน่".ใน หัวใจของเรา. หน้า 170-109. กมล สินธวานนท์ และคณะ, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร : อักษรสัมพันธ์, 2534

Barry, P.D. "Mental health and mental illness." fifth edition. Philadelphia: J.B. Lippincott. 1994

Bedworth, J .A. & Molen M.T. " Psychological stress in spouses of patients with myocardial infarction ". Heart & Lung .11(Sep/Oct 1982):450-453.

Bernard L.C. & Krupat, E. "Health Psychology Biopsychosocial Factor in Health and illness." Orlando:Harcourt Brace. 1994.

Briggs, L M. " Sexual healing: caring for patients recovering from myocardial ". British Journal of Nursing. 3( 16) 1994:837-842.

Briody, M.E. "The role of the nurse in modification of cardiac risk factor ". Nursing Clinic of North America. 19(September 1984) : 387-395.

- Burgess, A.w. and Hartman, C.R. "Patients' perception of the cardiac crisis. Key to recovery". American Journal of Nursing. 3(May 1986) : 568-571.
- Burke, L.E. " Cardiovascular disturbance and sexuality ". In Sexual Health Promotion. pp.360-371. C.I. Fogel and D. Lauver. (Eds.). Philadelphia : W.B. Saunders.
- Carnes, G.D. "Understanding the cardiac patient's behavior". American Journal of Nursing. (June 1971) : 1187-1188.
- Croog, S.H. and Richard, N.K. "Health belief and smoking patterns in heart patients and and their wives : A longitudinal Study " . American Journal of Public health. 67(October 1977) : 921-931.
- Duryee, R. . " The efficacy of in patient education after myocardial infarction" Heart & Lung. 21(May 1992) : 217-225.
- Fleury,J.D. "Wellness motivation in cardiac rehabilitation" . Heart & Lung. 20( January 1991):3-8.
- Friedman M. Marilyn. " Family Nursing Theory and Practice."Third edition. London: Prentice Hall International.1992.
- Frolicher, et al. " Return to work, sexual activity and other activities after acute myocardial infarction". Heart & Lung .23(September-October 1994) : 423-435.
- Gawlinski, A. " Nursing care after AMI : A Comprehensive review ". Critical Care Nursing Quarterly. 12(Sep 1989): 64-72.
- Gotto, A.M. and Farmer, J.A. "Risk factor for coronary artery disease" In Heart Disease .pp.1153-1183. E.G. Braunwald (Ed.) third edition. Philadelphia :W.B. Saunders,1988.
- Hentinen, M. "Teaching and adaptation of patients with myocardial infarction". Internal Journal of Nursing Student. 23(April-June 1986) : 125-138.

- Hijeck, T.W. "The health belief model and cardiac rehabilitation". Nursing Clinic of North America. 19(September 1984) : 449-457.
- Jaarsma T. ,et al. " Problems of cardiac patients in early recovery ". Journal of Advance Nursing. 21( January 1995): 21-27.
- Janz. N. K. " The Health Believe Model in Understanding Cardiovascular Risk Factor Reduction Behaviors. Cardiovascular Nursing. 24 ( November/December 1988): 39-41.
- Jenkins, C.D, Rosenman, R. H, Friedman, M. "Development of an objective psychological test for the determination of the coronary - prone behavior pattern in employed men". Journal chronic disease. 20 (1967) : 371-379.
- Jenkins, C.D, Zyzanski, S, Rosenman,R.H. . "Risk of New Myocardial infarction in Middle-aged Men with Manifest Coronary Heart disease". Circulation. 53 (February 1976) : 342 -347.
- Jenkins,C.D, Rosenman, R.H, Zyzanski, S.J. " Prediction of clinical coronary heart disease by a test for the coronary-prone behavior pattern". The New England Journal of Medicine. 290 (June 1974) : 1271-1275.
- Johnson,J.L. and Morse,J.M. "Regaining control : The process of adjustment after myocardial infarction". Heart & Lung. 19(March 1990) :126-135.
- Karlik, B.A. "Learning needs of cardiac patient : A partial replication". Heart & Lung. 16(September 1987) : 544-551.
- Keeling ,A.W. & Dennison ,P.D. "Nurse-initiated telephone follow-up after acute myocardial infarction: A pilot study ." Heart & Lung. 24 (January-February 1995) : 45-49.

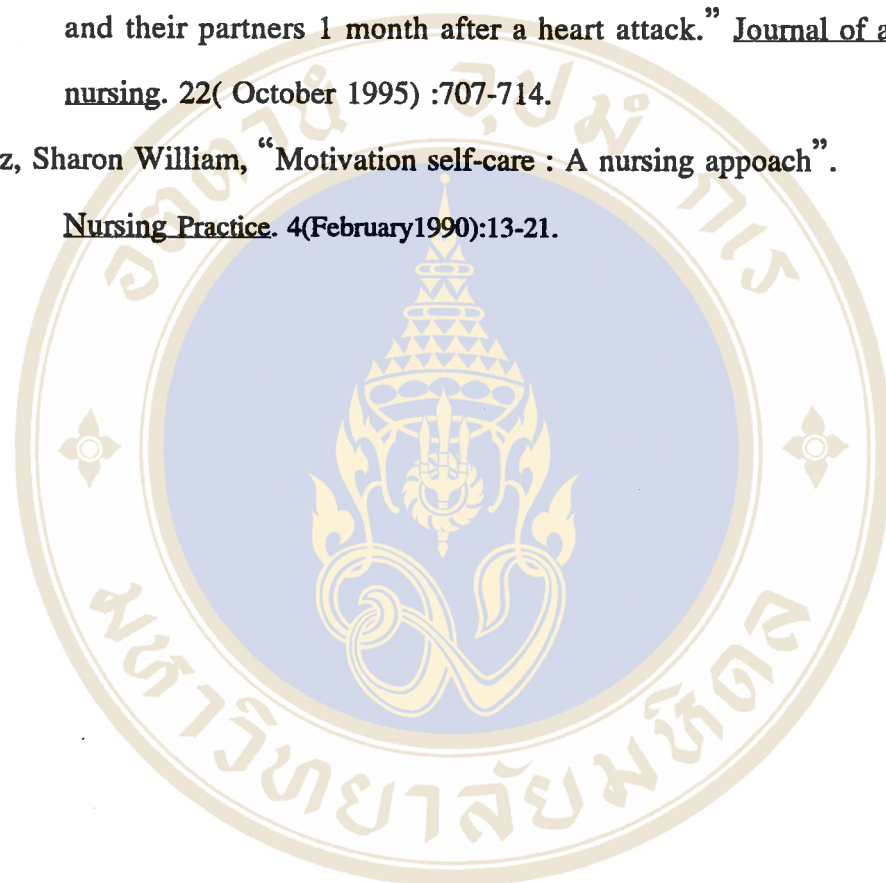
- Kinzing R.G. "Death anxiety among myocardial infarction clients in coronary care versus general medical unit". Critical Care Nursing Quarterly .15( November 1992): 75-79.
- Kleinman, A. Patients and Healers in the context of culture. An Explanatory of the borderland between Anthropology Medicine and Psychiatry. Berkeley : University of California Press, 1980.
- Kleinman, A., Eisenman, L., Good, B. "Culture, Illness, and Care" Annals of Medicine. 88(February 1978) : 251-258.
- Liehr, P.R. and Marcus, M.T. "Qualitative approaches to research". In Nursing research. Methods, Critical, Appraisal and Utilization. pp. 253 - 285. G.L. Biondo and W.J. Harber. (Eds.) third edition. Philadelphia : Mosby , 1991.
- Mc Mahon, M, et al. "Life situation, health, and medical regimen adherence of patients with myocardial infarction". Heart & Lung. 15(January 1986) : 82-86.
- Mc Sweeney, J.C. "Making change after a myocardial infarction". Western Journal of Nursing Research. 15(August 1993) : 441-455.
- Miller, S.P., et al. "Personal adjustments and regimen compliance 1 year after myocardial infarction" Heart & Lung. 18(September-October 1989) : 339-345.
- Morse, J.M. (Ed.). Qualitative nursing research. A contemporary dialogue. London : Sage, 1991.
- O'Conner, A.p., et al. "Understanding the cancer patient's search for meaning". Cancer Nursing. 13(January 1990) : 165-175.
- Orem, D.E. Nursing : Concept of practice. fifth edition. St. Louis : Mosby, 1995.

- Ornish, D., et al "Can lifestyle changes reverse coronary heart disease?". The Lancet. 33 (July 1990) : 129-133.
- Parse R.R, Coyne B, Smith M.J. Nursing research : Qualitative method. Virginia : A Prentice. Hall, 1985.
- Pinneo, R. "Living with coronary artery disease. The nurse's role". Nursing Clinics of North America. 19(September 1984) : 459-467.
- Pittman, D.A. & Kirktrick, M. "Woman's Health and the Acute Myocardial Infarction". Nursing Outlook. 42(September/October 1994): 207-209.
- Potter, P.A. & Perry A.G. "Basic Nursing : Theory and Practice." Third edition. New York: Mosby. 1995.
- Price, V.A. Type A behavior pattern : A model for research and practice. New York : Academic Press, 1982.
- Rackley, C.E. and Schlant, R.C. "Prevention of coronary artery disease". In The Heart. pp.1205-1227. R.A. Schlant and R.w. Alexander. (Eds.). eight edition New York : Mc Graw-Hill, 1994.
- Rudy, E.B. "Patients' and spouses' causal explanation of a myocardial infarction" Nursing Research. 29(November-December 1980) : 352-356.
- Scherck, K.A.. "Coping with acute myocardial infarction" Heart & Lung. 21(July-August 1992) : 327-333.
- Shuster, J.L., et al. "Psychological problems and their management". In Rehabilitation of the coronary patient. pp.483-501. N. k. Wenger and H.K. Hellerstein.(Eds.). third edition. New York : Churchill living stone, 1992.
- Smith, C.A. "Body image changes after myocardial infarction" Nursing Clinic of North America. 7(December 1977) : 663-668.
- Stern, M.J., "Life adjustment postmyocardial infarction". Arch Intern Med. 137 (December 1977) : 1680-1685.

Taylor, C.B., et al. "Smoking cessation after acute myocardial infarction : Effect of a nurse-managed intervention". Annals of Internal Medicine. 113(July 1992) : 118-123.

Thompson D.R. Ersser ,S.T and Webster R.A. " The experiences of patients and their partners 1 month after a heart attack." Journal of advanced nursing. 22( October 1995) :707-714.

Utz, Sharon William, "Motivation self-care : A nursing approach". Holistic Nursing Practice. 4(February1990):13-21.





ภาคผนวก ก.

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัย

"สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวอุมา จันทวิเศษ เป็นนักศึกษาพยาบาลปริญญาโท คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเพื่อเป็นแนวทางในการเข้าใจและพัฒนาวิธีการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น ดิฉันได้ทราบจากทะเบียนประวัติว่าคุณ-----มาตรวจตามนัดวันนี้ จึงอยากจะสอบถามความสมัครใจของคุณในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยถ้าคุณ-----ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ดิฉันจะรบกวนขอนัดวันเวลาในการสัมภาษณ์คุณตามความสะดวกของคุณ โดยใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 2 ครั้งๆละประมาณ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง คำตอบเหล่านี้จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และคุณมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตามแต่ความสมัครใจ โดยไม่มีผลต่อการรักษาและบริการใดๆที่คุณจะได้รับ หรือเมื่อคุณเข้าร่วมการวิจัยแล้ว คุณไม่ยินดีที่จะร่วมการวิจัยต่อไปคุณสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ คุณยินดีจะเข้าร่วมการวิจัยไหมคะขอบคุณมากค่ะ"

ภาคผนวก ข  
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่

HN

วัน เดือน พ.ศ.

การวินิจฉัยโรค

1. เพศ

1 ชาย

2 หญิง

2. อายุ \_\_\_\_\_ ปี

3. สถานภาพสมรส

1 คู่

3 หม้าย

2 โสด

4 หย่า, แยก

4. ศาสนา

1 พุทธ

3 อิสลาม

2 คริสต์

4 อื่น ๆ

5. ภูมิลำเนา

จังหวัดที่เกิด

จังหวัดที่อยู่ประจำ

6. ระดับการศึกษา

1 ไม่ได้เรียน

4 ประกาศนียบัตร หรือ อนุปริญญา

2 ประถมศึกษา

5 ปริญญาตรี

3 มัธยมศึกษา

6 สูงกว่าปริญญาตรี

7. อาชีพ

1 ไม่ได้ทำงาน

3 เกษตรกรรม ระบุ .....

5 รับราชการ วิชาชีพ

2 แม่บ้าน

4 ค้าขาย ระบุ .....

6 รับจ้าง ระบุ .....

7 อื่น ระบุ .....

## 8. รายได้ของบุคคลเฉลี่ยต่อเดือน

- |                     |                       |                |
|---------------------|-----------------------|----------------|
| 1 < 5000 บาท        | 3 10,001 - 20,000 บาท |                |
| 2 5000 - 10,000 บาท | 4 20,001 - 30,000 บาท | 5. >30,000 บาท |

## 9. วิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล

- |                         |                  |
|-------------------------|------------------|
| 1 เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ | 3 สังคมสงเคราะห์ |
| 2 ชำระค่ารักษาเอง       | 4 ประกันสังคม    |

## 10. ท่านมีปัญหาด้านเศรษฐกิจหรือไม่

- |                  |                   |
|------------------|-------------------|
| 1 ไม่มีปัญหา     | 2 มีปัญหาเล็กน้อย |
| 3 มีปัญหาปานกลาง | 4 มีปัญหามาก      |

## 11. จำนวนบุตร

- |             |
|-------------|
| 1 ไม่มีบุตร |
| 2 _____ คน  |

## 12. Body mass index

- |            |           |
|------------|-----------|
| น้ำหนักตัว | กิโลกรัม  |
| ส่วนสูง    | เซนติเมตร |

## 13. ตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจตาย

- |                 |                      |                |
|-----------------|----------------------|----------------|
| 1 Anterior wall | 3 Antero-septal wall |                |
| 2 Inferior wall | 4 Posterior wall     | 5 Lateral wall |

## 14. Killip \_\_\_\_\_

## 15. ระยะเวลาการเจ็บป่วย -----

## 16. ปัจจัยเสี่ยง

- 1 ความดันโลหิตสูง -----
- 2 สูบบุหรี่ \_\_\_\_\_ มวน / วัน
- 3 ไขมันในเลือดสูง \_\_\_\_\_
- 4 เบาหวาน
- 5 ขาดการออกกำลังกาย
- 6 อ้วน
7. การมีบุคลิกภาพแบบเอ

## 17.การรักษา

## ภาคผนวก ค

แบบประเมินบุคลิกภาพ (เจ เอ เอส) กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยวงกลมเลือกคำตอบ ก. ข. ค. หรือ ง. ให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. ฉันเกลียดการขึ้นเข้าคิวรอคอย
 

ก. เป็นความจริงเกือบตลอดเวลา	ข. เป็นความจริงบ่อยครั้ง
ค. เป็นความจริงน้อยมาก	ง. เกือบไม่เป็นความจริงเลย
2. บ่อยครั้งที่ฉันทำงานแข่งกับเวลา
 

ก. เป็นความจริงเกือบตลอดเวลา	ข. เป็นความจริงบ่อยครั้ง
ค. เป็นความจริงน้อยมาก	ง. เกือบไม่เป็นความจริงเลย
3. ฉันรู้สึกหงุดหงิดเมื่อต้องใช้เวลาอันยาวนานไปในการทำงาน
 

ก. เป็นความจริงเกือบตลอดเวลา	ข. เป็นความจริงบ่อยครั้ง
ค. เป็นความจริงน้อยมาก	ง. เกือบไม่เป็นความจริงเลย
4. ภายใต้อาการเครียดฉันมักอารมณ์เสีย
 

ก. เป็นความจริงเกือบตลอดเวลา	ข. เป็นความจริงบ่อยครั้ง
ค. เป็นความจริงน้อยมาก	ง. เกือบไม่เป็นความจริงเลย
5. เพื่อนบอกฉันว่าฉันเป็นคนหงุดหงิดง่าย
 

ก. เป็นความจริงเกือบตลอดเวลา	ข. เป็นความจริงบ่อยครั้ง
ค. เป็นความจริงน้อยมาก	ง. เกือบไม่เป็นความจริงเลย
6. ฉันชอบทำงานที่ต้องแข่งขันกับผู้อื่น
 

ก. เป็นความจริงเกือบตลอดเวลา	ข. เป็นความจริงบ่อยครั้ง
ค. เป็นความจริงน้อยมาก	ง. เกือบไม่เป็นความจริงเลย
7. เมื่อมีงานที่ต้องทำ ฉันมักเป็นคนแรกที่เริ่มต้นทำก่อน แม้ว่างานนั้นยังขาดรายละเอียดที่ต้องการ
 

ก. เป็นความจริงเกือบตลอดเวลา	ข. เป็นความจริงบ่อยครั้ง
ค. เป็นความจริงน้อยมาก	ง. เกือบไม่เป็นความจริงเลย
8. สิ่งที่ทำให้ฉันทำผิดพลาด มักจะเกิดขึ้นจากการทำงานเร่งรีบโดยไม่คิดให้รอบคอบเสียก่อน
 

ก. เป็นความจริงเกือบตลอดเวลา	ข. เป็นความจริงบ่อยครั้ง
ค. เป็นความจริงน้อยมาก	ง. เกือบไม่เป็นความจริงเลย

9. หากเป็นไปได้ฉันจะทำงานสองอย่างในเวลาเดียวกัน เช่น รับประทานอาหารขณะทำงาน  
วางแผนการณ้ขณะขับรถหรือขณะอาบน้ำ

ก. เป็นความจริงเกือบตลอดเวลา

ข. เป็นความจริงบ่อยครั้ง

ค. เป็นความจริงน้อยมาก

ง. เกือบไม่เป็นความจริงเลย

10. ฉันรู้สึกผิดเมื่อฉันไม่ได้ทำอะไรอย่างจริงจัง

ก. เป็นความจริงเกือบตลอดเวลา

ข. เป็นความจริงบ่อยครั้ง

ค. เป็นความจริงน้อยมาก

ง. เกือบไม่เป็นความจริงเลย

คะแนน ก = 4, ข = 3, ค = 2, ง = 1, คะแนนรวม คะแนน



ภาคผนวก ง  
แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

1. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

-เล่าเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคุณให้ฟังได้ไหมคะ (รวมทั้งความหมายของของหัวใจ ความหมายของความเจ็บป่วย สาเหตุ อาการ )

2. ความรู้สึกและทัศนคติต่อความเจ็บป่วย (รวมทั้งการวินิจฉัย การรักษา ภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรง อึดมโนทัศน์)

- คุณรู้สึกอย่างไรต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้
- คิดว่าโรคนี้รุนแรงหรือไม่ อย่างไร

3. ผลกระทบต่อความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการเปลี่ยนแปลงในชีวิต

- การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อตัวคุณอย่างไรบ้าง
- คุณเป็นอย่างไรบ้างหลังจากเจ็บป่วย
- ชีวิตคุณเปลี่ยนแปลงอย่างไรหลังจากเจ็บป่วย
- ด้านกิจวัตรประจำวัน (ทำกิจกรรมได้เหมือนเดิมหรือไม่ อย่างไร)
- ด้านอาชีพการงาน (หลังเจ็บป่วยหยุดทำงานนานเท่าไร อาชีพการงานเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร)
- ด้านเป้าหมายชีวิต อนาคต (คุณวางแผนอะไรไว้บ้าง คิดว่าความเจ็บป่วยจะมีผลต่อแผนที่วางไว้หรือไม่ อย่างไร)
- อารมณ์
- ความสัมพันธ์ในครอบครัว สังคม
- ความสัมพันธ์ทางเพศ

4. การดูแลสุขภาพตนเองหลังเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจตาย

- หลังเจ็บป่วยคุณดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร คุณปฏิบัติตัวอย่างไร (รวมถึงการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การจัดการกับอาการ การรับประทานยา อาชีพการงาน การเตรียมอนาคต ความสัมพันธ์ในครอบครัว การพักผ่อน อื่น ๆ

- คุณคิดอย่างไรในการที่จะกระทำกิจกรรมนั้น ๆ

- ทำไมจึงเลือกกิจกรรมนั้น
- คุณวางแผนก่อนหรือไม่ มีเป้าหมายอย่างไร
- ใครแนะนำ
- ผลที่ได้รับหลังทำกิจกรรมนั้น ๆ
- คิดว่าสามารถควบคุมการเจ็บป่วยครั้งนี้ได้หรือไม่ อย่างไร
- คุณต้องการผลอะไรจากการรักษามากที่สุด

5. ความยากลำบากในการดูแลสุขภาพตนเองหลังเจ็บป่วย

- กิจกรรมเรื่องใดปรับเปลี่ยนได้ ไม่ได้ เรื่องใดทำได้ง่าย เรื่องใดทำได้ยาก เพราะอะไร

6. ปัจจัยที่เอื้ออำนวยและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง

- อะไรที่ช่วยให้คุณดูแลตนเองได้ดีขึ้น อะไรเป็นอุปสรรคหรือทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลตนเอง
- อะไรคือเป้าหมายหลักในชีวิตคุณ อะไรสำคัญที่สุดในชีวิตคุณ
- รู้สึกอย่างไรกับการมีชีวิตอยู่กับโรคนี

7. สิ่งที่กังวลห่วงใยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

- อะไรคือสิ่งที่เป็นปัญหา สิ่งที่คุณกังวลห่วงใยจากการเจ็บป่วยครั้งนี้

8. ความต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

- รู้สึกอย่างไรต่อบริการ การรักษาพยาบาลที่ได้รับ
- ได้รับข้อมูลเพียงพอหรือไม่ อย่างไร
- คุณอยากให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือเรื่องอะไรบ้าง

## ภาคผนวก จ

## เกณฑ์ที่ใช้ประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในปัจจุบัน

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง ปัจจัยที่ส่งเสริมให้หลอดเลือดโคโรนารีตีบตันมากขึ้นที่สำคัญได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ เบาหวาน โรคอ้วน การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด ประเมินจากบันทึกรายงานแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์ประเมินดังนี้

1. ประวัติความดันโลหิตสูง วินิจฉัยจากค่าความดันซิสโตลิกมากกว่า 150 มม.ปรอท หรือค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่า 90 มม.ปรอท หรือมีประวัติความดันโลหิตสูงที่กำลังรักษา(ขงยุทธ สหสกุลและคณะ 2532:21)

2. ประวัติไขมันในเลือดสูง หรือระดับโคเลสเตอรอลในเลือดมากกว่า 200 มก.คล. หรือค่าแอล.ดี.แอลโคเลสเตอรอลมากกว่า 130 มก.คล.หรือค่าเอช.ดี.แอล.โคเลสเตอรอลน้อยกว่า 35 มก.คล.หลังงดอาหาร 12 ชั่วโมง (วิชัย ตันไพจิตร 2534: 105-107)

3. การสูบบุหรี่มากกว่าหรือเท่ากับครึ่งซองต่อวันตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปก่อนเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (ขงยุทธ สหสกุลและคณะ 2532: 21)

4. เบาหวาน วินิจฉัยจากระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 110 มล.คล หลังงดอาหาร 8 ชั่วโมงหรือมีประวัติเบาหวานกำลังรักษา (ขงยุทธ สหสกุลและคณะ 2532: 21-22)

5. โรคอ้วน โดยคำนวณหาดัชนีมวลกาย (Body mass index) จากสูตร น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงมีหน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง ถ้าค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ม.<sup>2</sup> จัดว่าเป็นโรคอ้วน (วิชัย ตันไพจิตร 2534: 108-109)

6. การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ คือออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 20-30 นาที (เสก อักษรานูเคราะห์ 2534: 169)

7. การเป็นคนมีบุคลิกภาพแบบเอ หมายถึงการเป็นคนเอาจริงเอาจัง มุ่งมั่นหมกมุ่นอยู่กับการทำงานให้เสร็จทันเวลา เป็นคนริบเร่ง ชอบแข่งขันเอาชนะ มีความทะเยอทะยาน ก้าวร้าว (Jenkins, et al 1967: 371) ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม เจ เอ เอส (Jenkins activity survey) ของเจนกินส์และคณะ ได้คะแนนจากแบบประเมินมากกว่า 20 คะแนน



ภาคผนวก ฉ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินบุคลิกภาพ เจ เอ เอส

ศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ.(พยาบาล),M.S.,Ph.D.

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ สุภชัย ถนอมทรัพย์, พ.บ.,

อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์พิภูล ดันดิธรรม, วท.บ.(พยาบาล), วท. ม.

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล