บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
2. ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
5. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว
6. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
7. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease)

ความหมาย

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease) หมายถึง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจที่มีความไม่สมดุลระหว่างการไหลของเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจกับความต้องการเลือดแดงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนจึงเกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น (พรรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536, หน้า 429-441) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) เนื่องจากมีการสะสมของไขมันคลอเลสเตอรอลเป็นก้อนนูนภายในหลอดเลือดต่อมามีการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดขึ้น นอกจากนี้อาจพบร่วมกับภาวะอื่น เช่น โรคของลิ้นหัวใจเอออร์ติก (Aortic Valvular Disease) โรคของกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiomyopathy) ซึ่งเป็นโรคของหลอดเลือดเอออร์ต้าส่วนต้น ที่เกิดจากก้อนเลือดอุดตัน หรือเกิดจากความผิดปกติมาแต่กำเนิด เช่น หลอดเลือดแดงโคโรนารีมีรูเปิดมาจากหลอดเลือดแดงพัลโมนารี นอกจากนี้ยังพบว่ามีภาวะที่เกิดจากการหดเกร็งของหลอดเลือดแดงโคโรนารีเอง ซึ่งอาจพบได้ในหลอดเลือดที่ปกติหรือในหลอดเลือดที่มีการแข็งตัวจนเลือดไหลเวียนลดลงมาก บางรายทำให้

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

กล้ามเนื้อหัวใจเป็นแผล และกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ในที่สุด (Myocardial Infarction)

พยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่ร้อยละ 80 – 90 มีสาเหตุมาจากการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงโคโรนารีโดยผนังบุด้านในของหลอดเลือด เริ่มมีการเปลี่ยนแปลง โดยมีคลอเลสเตอรอลและไขมันมาเกาะที่ผนังของหลอดเลือดเกิดเป็นรอยไขมัน พบได้ในเด็กอายุ 15 ปีขึ้นไป จะเป็นไขมันที่สะสมอยู่ในเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงโคโรนารี แต่จะไม่มีอาการแสดงถึงการตีบตัน จากนั้นไขมันจะแทรกซึมเข้าสู่ผนังหลอดเลือดชั้นกลาง และกล้ามเนื้อเรียบเกิดเป็นแผ่นคราบหนาตัวขึ้นทำให้ผนังหลอดเลือดขรุขระ เมื่อมีแคลเซียมมาเกาะบริเวณดังกล่าวจะกลายเป็นเนื้อเยื่อพังผืดหนา พบได้ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป ผนังหลอดเลือดจะหนาตัวตีบแคบมากขึ้นมีลักษณะแข็งและเปราะ ประสิทธิภาพในการขยายตัวของหลอดเลือดลดลง และเมื่อรอยโรคมีขนาดใหญ่ขึ้นจะเกิดการฉีกขาดของผนังหลอดเลือด เมื่อมีการฉีกขาดเกิดขึ้น ร่างกายจะมีปฏิกิริยาการแข็งตัวของเลือด เกล็ดเลือดจะมารวมตัวเป็นลิ่มเลือดขนาดใหญ่ เกิดการอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีขึ้นส่วนใหญ่พบได้ในคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปถ้าหากหลอดเลือดตีบแคบมากกว่าร้อยละ 70-80 ของพื้นที่หน้าตัดของหลอดเลือดแดงโคโรนารี หัวใจจะไม่สามารถเพิ่มปริมาณเลือดไหลเวียนให้เพียงพอกับความต้องการได้จึงเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทำให้มีอาการเจ็บหน้าอกและอาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ในที่สุด (นพรัตน์ ธนะชัยขันธ์, 2543)

นอกจากพยาธิสภาพจากการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแล้ว พบว่ามีปัจจัยที่ส่งเสริมหรือมีอิทธิพลที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้บ่อยและมีความรุนแรงมากขึ้นพบว่ามี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง สภาพหรือลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ซึ่งมีหลากหลายประการ ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวสามารถจำแนกออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. ปัจจัยเสี่ยงชนิดที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

1.1 อายุ เมื่อคนมีอายุมากขึ้น หลอดเลือดจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการเสื่อมสภาพไปตามวัย คือ จะมีลักษณะเปราะและแข็ง (Martinez & House- Fancher, 2000) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ป่วยในวัยกลางคนและวัยสูงอายุ โดยความชุกของโรคนั้นจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นโดยส่วนใหญ่จะพบในคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป (เสก ปัญญสังข์ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

1.2 เพศ พบว่าเพศชายอายุต่ำกว่า 60 ปีมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงกว่าเพศหญิงถึง 4 เท่า โดยเชื่อว่าเกิดจากฮอร์โมนเพศหญิง คือฮอร์โมนเอสโตรเจนที่มีฤทธิ์ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ แต่เมื่ออายุ 60 ปีไปแล้วอุบัติการณ์ของการเกิดโรคระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน ในเพศหญิงที่หมดประจำเดือนพบว่า มีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงจะส่งผลให้ระดับไขมันในเส้นเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าวัยมีประจำเดือนถึงร้อยละ 19 จึงมีโอกาสเกิดโรคสูงขึ้น (Van & Korevaar, 1993)

1.3 พันธุกรรม พบว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดถึงแม้จะไม่ทราบกลไกที่แน่ชัดก็ตาม แต่พบว่าผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ตั้งแต่อายุยังน้อย (Martinez & House-Fancher, 2000) จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ ด้านพันธุกรรมที่พบการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจกับภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคของคู่แฝดทั้งชายและหญิงในประเทศสวีเดนพบว่า ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้ามีคู่แฝดที่มีอายุต่ำกว่า 50 ปี เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจถึงร้อยละ 8.1 และในคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบจะมีโอกาสเกิดโรคได้ร้อยละ 3.8 (Marrenberg, Risch, & Berkmom, 1994 อ้างถึงใน อรนุช เขียวสอาด, 2544)

2. ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้ ได้แก่

2.1 ภาวะไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะคลอเลสเตอรอลและแอลดีแอลคลอเลสเตอรอล (LDL-C) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเส้นเลือดแดงตีบตันขณะที่เอชดีแอลคลอเลสเตอรอล (HDL-D) จะช่วยป้องกันไม่ให้เส้นเลือดแข็งตัว ดังนั้นการควบคุมรักษาระดับคลอเลสเตอรอลให้ต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือแอลดีแอลคลอเลสเตอรอล (LDL-C) ต่ำกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และเอชดีแอลคลอเลสเตอรอล (HDL-C) ให้สูงกว่า 35 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะช่วยให้ความเสี่ยงต่อโรคลดลง ปัจจัยที่ทำให้ไขมันในเลือดสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ ความเครียด กรรมพันธุ์ การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟมาก ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือการได้รับยาบางตัว เช่น เสตียรอย (Steroid) เบต้าบลอคเกอร์ (Beta-Blocker) เป็นต้น (กัลยา รุจิรรุจนะ, 2542)

2.2 ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยสำคัญโดยเชื่อกันว่าเมื่อเกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทจะมีผลทำให้หลอดเลือดแข็ง คดงอหรือตีบตันได้มากกว่าคนปกติถึง 5-6 เท่าและแรงดันที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงกระแทก ทำให้ผนังหลอดเลือดมีการฉีกขาดและเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี กระตุ้นไขมันให้มาเกาะที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลงและมีการอุดตันเฉียบพลันได้ (Farmer & Gotto, 1997) ทำให้เลือดไม่สามารถผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ หรืออวัยวะต่าง ๆ ได้และจากการศึกษาของคาร์เนล (Karnel,

1990) พบว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเกิน 160/90 มิลลิเมตรปรอท จะมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสูงถึง 3-4 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่มีระดับความดันโลหิตปกติ

2.3 การสูบบุหรี่ เนื่องจากสารคาร์บอนมอนนอกไซด์ในบุหรี่ สามารถทำลายผนังหลอดเลือดที่หัวใจ ทำให้เกิดเป็นแผลภายในหลอดเลือดกระตุ้นให้มีการรวมตัวของเกล็ดเลือด ทำให้รูของหลอดเลือดตีบแคบลง นอกจากนี้ยังกระตุ้นให้มีการแตกตัวของไขมันทำให้คลอเลสเตอรอลมาเกาะตัวที่ผนังของหลอดเลือดมากขึ้น ส่วนสารนิโคตินในบุหรี่จะเพิ่มการหลั่งของอิพิเนฟริน กับนอร์อิพิเนฟรินทำให้อัตราการเต้นของหัวใจผิดจังหวะและเร็วขึ้น เพิ่มความดันโลหิตและการใช้ออกซิเจน (อภิชาต สุคนธสรรพ์, 2543; อุไร ศรีแก้ว, 2542) และพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งแต่ 20 มวนต่อวันขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจถึง 6.5 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (สมชาติ โลจายะ, 2536, หน้า 21) และจากการศึกษาของคาวาชิ (Kawachi, 1996) พบว่าคนที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ 2-6 เท่า โดยอัตราของการเกิดโรคจะขึ้นอยู่กับปริมาณของบุหรี่ที่สูบและปริมาณของสารนิโคตินในบุหรี่

2.4 การขาดการออกกำลังกาย การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกาย พบว่าผู้ที่ทำงานอยู่กับที่ประเภทนั่งโต๊ะ ไม่มีเวลาออกกำลังกายมีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่านักกีฬา หรือผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การออกกำลังกายจะทำให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดและหัวใจแข็งแรง หัวใจมีการสูบฉีดเลือดในแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการไหลผ่านของเลือดไปสู่เนื้อเยื่อได้ดีขึ้น ลดการจับตัวของไขมันตามผนังหลอดเลือด ป้องกันการตีบแคบของหลอดเลือดแดง นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยลดน้ำหนัก และลดระดับความดันโลหิตอีกด้วย (เพ็ญพิมล ธัมมรัคคิต, 2537; Powell, 1987)

2.5 โรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานจะพบว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานมาเป็นเวลานานจะมีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดขนาดเล็กทำให้แข็งและเปราะ ซึ่งจะทำให้ผนังหลอดเลือดมีการฉีกขาดได้ง่ายเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดตามมานอกจากนี้จะทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลินทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ได้ จะทำให้ระดับของน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนน้ำตาลให้เป็นไกลโคเจนและไขมันสูงขึ้น พบว่าผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงตั้งแต่ 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากถึง 4.2 เท่าของ ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) อุบัติการณ์ของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมักเกิดร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอย่างอื่น เช่น ภาวะอ้วน และภาวะเส้นเลือดแข็งตัว เป็นต้น จากการศึกษาของอภิรดี ปลอดในเมือง (2542) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากว่าคนปกติถึง 2 เท่า และอุบัติการณ์ของ

การเกิดโรคไม่มีความแตกต่างกันในเพศหญิงและเพศชาย

2.6 ภาวะเครียดและลักษณะบุคลิกภาพ เนื่องจากภาวะเครียดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติกให้มีการหลั่งอิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไตส่วนในทำให้หัวใจเต้นเร็วกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวแรงขึ้น หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบแคบลง ก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในบุคคลที่มีความเครียดสูงและมีบุคลิกภาพชนิดเอ (Type A Personality) ซึ่งเป็นบุคคลที่มีลักษณะเอาจริงเอาจัง มั่นใจในตัวเองสูง และชอบแข่งขันเอาชนะ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้มากกว่าคนที่มีบุคลิกภาพแบบบี ซึ่งมีลักษณะที่ตรงข้ามกับแบบเอ นอกจากนี้ยังมีโอกาสเกิดโรคหัวใจมากกว่าผู้มีบุคลิกภาพแบบบี 4 เท่า และมากกว่าผู้ที่มีบุคลิกแบบซี 2 เท่า ซึ่งบุคลิกแบบซีจะมีลักษณะกลาง ๆ ระหว่างบุคลิกแบบบีและเอ คือ มีความมั่นใจและเอาจริงเอาจังในการทำงานพอสมควร (จันทนา รณฤทธ์วิชัย, 2536, หน้า 315-332)

2.7 ความอ้วน คือการที่น้ำหนักตัวเกินปกติมากกว่าร้อยละ 30 หรือดัชนีมวลกายมากกว่า 30 โดยความอ้วนจะเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ มากขึ้น ความอ้วนส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิต เช่น การนั่ง การนอน การอยู่กับที่ไม่ได้ใช้แรงงาน ภาวะไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง (พรทิพย์ จูงมาโนช, 2541, หน้า 216)

อาการและอาการแสดง

เมื่อเลือดไปเลี้ยงหัวใจมีปริมาณลดลงหรือหยุดชะงักไป กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่พอกับความต้องการจะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก กลุ่มอาการเจ็บหน้าอกสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะคือ

1. การเจ็บหน้าอกแบบคงที่ (Stable Angina Pectoris) หมายถึงการเจ็บหน้าอกที่ค่อนข้างจะเรื้อรังเป็นในลักษณะเดียวกัน คือ บริเวณที่เจ็บ ระยะเวลาที่เจ็บและมีตัวกระตุ้นคล้าย ๆ กัน โดยเฉพาะเป็นมาในเวลานานกว่า 2 เดือนขึ้นไป ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกแน่นอึดอัดบริเวณหน้าอก หรือมีอาการเจ็บหนัก ๆ เหมือนมีใครมาบีบบริเวณหน้าอก หายใจลำบาก ส่วนน้อยจะรู้สึกแสบ ๆ หรือชา แต่จะไม่เจ็บแหลมหรือเจ็บแปลบ ๆ บริเวณที่เจ็บจะอยู่ตรงกลางหน้าอกด้านซ้าย หรือด้านขวา บริเวณไหล่ซ้าย หรือบริเวณสะบักหลัง เมื่อเจ็บจะมีอาการร้าวไปที่แขนซ้ายมากกว่าแขนขวา หรือไปที่คอ กราม หรือบริเวณไหล่ซ้าย ระยะเวลาที่เจ็บประมาณ 2-5 นาที และไม่เกิน 15 นาที อาการดีขึ้นเมื่อพักหรืออมยาขยายหลอดเลือด พยาธิสภาพมักเกิดจากการตีบของหลอดเลือดหัวใจเนื่องจากหลอดเลือดที่แข็งตัวมีการอุดตันอย่างถาวร (Atherosclerotic Fixed Obstruction)

2. การเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (Unstable Angina Pectoris) อาการเจ็บหน้าอกจะมี

ความรุนแรงมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่เดิม เจ็บถี่ขึ้น และเจ็บอยู่นานกว่า 20-30 นาที หรือมีอาการเจ็บมากกว่าครึ่งชั่วโมง มักมีเหงื่อออก หน้ามืด ใจหวิวคล้ายจะเป็นลม ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในขณะออกแรงเพียงเล็กน้อย หรือในขณะพักและไม่มีสาเหตุชักนำอื่น ๆ อาการเจ็บหน้าอกแบบนี้แสดงถึงภาวะของโรคที่กำลังเปลี่ยนแปลง คือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infraction) ซึ่งอาจเสียชีวิตโดยกระทันหันได้ (Sudden Cardiac Death)

3. การเจ็บหน้าอกรุนแรงและนาน (Variant หรือ Prinzmital Angina) มีอาการใจสั่น หน้ามืดหรือชีพจรเต้นผิดปกติที่เกิดขึ้นจากหลอดเลือดโคโรนารีหดตัว มักพบในเวลาพักผ่อนไม่สัมพันธ์กับการออกแรงหรืออารมณ์

ความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

สมาคมโรคหัวใจของนิวยอร์ก (New York Heart Association, 2003) ได้จำแนกความรุนแรงของโรคหัวใจ โดยพิจารณาจากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและจากลักษณะอาการที่ปรากฏ โดยสรุปได้ดังนี้

ระดับ 1 ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมของร่างกายในแต่ละวันได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการแสดงใด ๆ ปรากฏ

ระดับ 2 ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ถ้าผู้ป่วยออกแรงมากจะมีอาการเหนื่อยง่ายปรากฏ แต่เมื่อได้พักอาการต่าง ๆ จะหายไป

ระดับ 3 ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้เพียงเล็กน้อยก็จะมีอาการเหนื่อย เมื่อได้พักอาการก็จะหาย

ระดับ 4 ผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรคแม้ในขณะพัก

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

1. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac Arrhythmia) ที่พบบ่อยคือ การเต้นผิดจังหวะของหัวใจห้องล่างซ้ายได้แก่ Premature Ventricular Contraction (PVC), Ventricular Tachycardia (VT), Ventricular Fibrillation (VF) เป็นต้น มีภาวะของหัวใจห้องบนขวาเต้นเร็วกว่าปกติ ร่วมกับการมีกล้ามเนื้อหัวใจตายขนาดใหญ่ เช่น Atrial Flutter, Atrial Fibrilation (AF)

2. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Cardiac Failure) ส่วนใหญ่เป็นหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว พบได้ร้อยละ 30 –40 เกิดจากการบีบตัวไม่มีประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด ส่วนภาวะหัวใจห้องล่างขวาล้มเหลว พบได้ร้อยละ5-10 เกิดจากการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวา อาการของหัวใจล้มเหลว คือ เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ และหายใจลำบาก (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

3. ภาวะช็อก (Cardiogenic Shock) ในผู้ป่วยที่มีปริมาณของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร้อยละ 40 ทำให้ความดันโลหิตต่ำลง ผู้ป่วยมีอาการซึมลง มือเท้าเย็น และปริมาณปัสสาวะลดลง

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

เป็นต้น (นิธิ มหานนท์ และสรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2543)

4. การเกิดลิ่มเลือด (Embolism) พบได้ทั้งการอุดตันของลิ่มเลือดในปอด และในระบบไหลเวียนมักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแทรกซ้อนต้องนอนอยู่กับเตียงเป็นเวลานาน ๆ หรือ การบีบตัวของหัวใจลดลงมาก โดยลิ่มเลือดที่อุดตันในระบบไหลเวียนพบได้ประมาณร้อยละ 0.6 -6.4 เกิดจากลิ่มเลือดก่อตัวขึ้นในหัวใจห้องล่างซ้าย บริเวณที่เกิดการตายแล้วอาจหลุดไปที่สมอง ไต หลอดเลือดในช่องท้อง หลอดเลือดที่ขา หรือบริเวณอื่น ๆ ทั่วร่างกาย (นพรัตน์ ธนะชัยขันธ์, 2543)

5. ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจ พบได้ 2 ลักษณะ คือ การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจเฉียบพลันระยะแรก พบได้ร้อยละ 6-11 มักเกิดในช่วงวันที่ 2-4 ของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกเหมือนถูกของแหลมทิ่มแทง (Sharp Pain) เมื่อหายใจเข้าแรง ๆ หรือเวลานอนหงายและอาจมีไข้ต่ำ ๆ ส่วนการอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจในระยะหลังพบได้ร้อยละ 13 มักเกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 2-11 หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2541)

6. มีการทะลุของผนังกั้นห้องหัวใจห้องล่างซ้าย (Rupture Interventricular Septum) พบได้ร้อยละ 1-3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย และนอกจากนี้ยังพบภาวะกล้ามเนื้อยึดลิ้นหัวใจฉีกขาด (Rupture of Papillary Muscle) พบได้ร้อยละ 1 (นพรัตน์ ธนะชัยขันธ์, 2543)

แนวทางการรักษาและควบคุมโรค

เมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขึ้น ไม่ว่ารักษาด้วยวิธีการใด ๆ ก็ตาม มีจุดประสงค์หลักในการรักษา คือ ต้องให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้ได้มากที่สุด โดยป้องกันการขยายตัวหรือจำกัดขนาดของก้อนไขมันในผนังหลอดเลือด ซึ่งจะเป็นการลดการเกิดภาวะเสี่ยงที่เป็นอันตรายและลดอัตราการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การรักษาสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

1. การรักษาโดยการใช้ยา

การรักษาด้วยยากลุ่มไนเตรท เป็นการรักษาขั้นแรกที่ถือเป็นมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยที่อาการเจ็บอก ควรให้อย่างรีบด่วน เพราะจะออกฤทธิ์ขยายทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง สามารถระงับอาการเจ็บอกได้ภายใน 1–5 นาที ในกรณีที่ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย ควรทำการเปิดหลอดเลือด เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด ได้ภายในเวลา 6 ชั่วโมงแรกหลังจากมีอาการจะช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนรอดจากการตายได้ และถ้าผู้ป่วยมีอัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติ การใช้ยากลุ่มต้านเบตาอะดรีเนอร์จิกร่วมด้วยจะมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลงช่วยลด

อัตราการตายของผู้ป่วยได้ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2538) นอกจากนี้ยาที่นิยมใช้ คือ ยากลุ่มต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด เช่น ยาแอสไพริน 325 มิลลิกรัมในวันแรก และ160 มิลลิกรัม ในวันต่อไป ให้รับประทานวันละครั้งหรือวันเว้นวัน ช่วยลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 87 (Ridker, Mamson, Gazino, & Hennekens, 1991) และในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับไขมันในเลือดสูง ใช้วิธีโภชนาบำบัดเพื่อลดไขมันแล้วไม่ได้ผล การให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดระดับคลอเลสเตอรอลในกระแสเลือด เช่น ยา Simvastatin พบว่าสามารถลดอัตราการตายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึงร้อยละ 30 และลดอัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้ร้อยละ 42 (เสก ปัญญสังข์ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543)

2. การเปิดขยายหลอดเลือดด้วยวิธีอื่น ๆ

2.1 การขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้วยบอลลูน (Percutneous Trans Luminal Coronry Angioplasty, [PTCA]) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันได้เร็วโดยอาศัยหลักการของการสวนหัวใจแล้วโป่งลูกบอลลูนดันให้ผนังหลอดเลือดขยายออก ใช้ความดันในลูกโป่งเบียดกระแทก บดขยี้ ให้ลิ่มเลือดแตกเป็นชิ้นเล็ก ๆ ง่ายต่อการสลายของลิ่มเลือดเองตามธรรมชาติ หรือเปลี่ยนโครงสร้างของคราบไขมันมีผลให้เลือดแดงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้มากขึ้นไม่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนาน และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (นพรัตน์ ธนะชัยขันธ์, 2543)

2.2 การใส่โครงตาข่าย (Coronary Stents) เป็นการใส่โครงตาข่ายเข้าไปในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบแคบ วิธีการทำคล้ายกับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนต่างกันเพียงแต่จะมีการฝังโครงตาข่ายอยู่ในหลอดเลือดแดง และผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือดร่วมด้วย อัตราการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดพบได้ร้อยละ14–26 เมื่อเปรียบเทียบกับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน คือ ร้อยละ16–34 ปัจจุบันได้มีการศึกษาและพัฒนาประสิทธิภาพของโครงตาข่ายที่ทำด้วยแทนทาลัม ซึ่งมีคุณสมบัติที่สามารมองเห็นได้จากภาพถ่ายรังสีปอดยืดขยายแล้วไม่หดตัวและยับยั้งการเกิดลิ่มเลือดในโครงตาข่าย (อภิชาต สุคนธสรรพ์, 2543)

2.3 การตัดเอาคราบไขมันออก ประกอบด้วยอุปกรณ์ในการตัดคราบไขมันหลายชนิด เช่น แบบหัวกรอ (Rotational Atherectomy) มีลักษณะคือปลายเป็นหัวกรอปั่นหรือหมุนด้วยความเร็วสูงมาก เพื่อขจัดสิ่งอุดตันให้เป็นอณูเล็ก ๆ ให้หลุดไปตามกระแสเลือด หรือแบบมีดโกน (Directional Coronary Atherectomy) เป็นใบมีดที่เก็บอยู่ในสายสวน เมื่อหมุนก็จะโกนสิ่งอุดตันให้หลุดออกและถูกดูดเข้าไปเก็บไว้ในสายสวนเมื่อดึงสายออกจะหลุดออกมาตามสายและแบบตัดแยก (Transluminal Extraction Atherectomy) จะเป็นใบมีดที่เซาะสิ่งอุดตันออกจากหลอดเลือดแล้วเก็บไว้ในปล้องที่หุ้มใบมีดโกน เมื่อเทียบกับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน พบว่าการตัด

เอาคราบไขมันออกมีโอกาสเกิดการแตกของหลอดเลือดได้น้อยกว่า อย่างไรก็ตามการตัดคราบไขมันนี้จะมีข้อจำกัดคือสามารถทำในหลอดเลือดที่อยู่ส่วนต้นและกลางเท่านั้นโดยต้องมีเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 3 มิลลิเมตร ต้องมีการอุดตันของเส้นเลือดยาวที่ไม่เกิน 15 มิลลิเมตรและต้องไม่มีคราบแคลเซียมมาเกาะมากนัก (นพรัตน์ ธนะชัยขันธ์, 2543; อุไร ศรีแก้ว, 2542)

2.4 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Grafting, [CABG]) การรักษาด้วยวิธีนี้จะทำในผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้านซ้ายมากกว่าร้อยละ 50 หรือมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้นอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในผู้ที่มีการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง และมีความผิดปกติอย่างรุนแรงของลิ้นหัวใจไมตรัล หรือเอออร์ติกร่วมด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจะมีอัตราการรอดชีวิตในระยะ 5 ปีแรกสูงถึงร้อยละ 90 และร้อยละ 80 พบว่ามีอาการเจ็บหน้าอกน้อยมากหรือไม่มีเลยในระยะ 7-10 ปี แต่วิธีนี้มีข้อจำกัดในการทำ คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ต้องมีความพร้อมในด้านสถานที่ บุคลากรและอุปกรณ์ (อภิชาต สุคนธสรรพ์, 2543)

2.5 การขยายหลอดเลือดด้วยแสงเลเซอร์ Coronary Laser Angiplasty หรือ Trans Myocardial Revascularization (TMR) ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจที่การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ แล้วมีการอุดตันซ้ำอีก หรือใช้รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรุนแรงในระยะที่ 4 มีหลักการโดยวิธีนี้ผู้ป่วยต้องดมยาสลบใช้เลเซอร์ยิงผ่านหัวใจขนาดของรูผ่าน 1 มิลลิเมตร ลึกขนาด 1 เซนติเมตร ยิงประมาณ 10–25 รูที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส เมื่อยิงหลายรูทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีลักษณะเป็นฟองน้ำที่จะดูดซับเลือดและไหลซึมไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดภาวะแทรกซ้อนจากการขยายหลอดเลือดด้วยแสงเลเซอร์ คือ ภาวะเลือดออก มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือหัวใจถูกกดจากมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ เป็นต้น

3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพเพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคและป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้น ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันและคลเรสเตอรอลต่ำ การงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลล์กอฮอล์ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เพียงพอ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอและการควบคุมโรคที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ความเครียด

ผลกระทบของความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วย แบ่งได้เป็นผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเศรษฐกิจ

1.1 ด้านร่างกาย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเมื่อมีการตีบแคบของหลอดเลือด

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

หัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการ ประสิทธิภาพในการสูบฉีดเลือดลดลงทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก แน่นหน้าอกและเจ็บอก ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการทำงานไม่เป็นไปตามปกติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงถูกจำกัดกิจกรรมและต้องพึ่งพาผู้อื่นและต้องเป็นภาระของครอบครัว (Fleury, 1992) นอกจากนี้ยังพบว่าหลังเกิดอาการคุกคามด้วยโรคหัวใจแล้ว ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 70 จะมีอาการแสดงทางกายเกิดขึ้นอย่างน้อยเป็นเวลา 1 ปี ซึ่งทำให้เกิดความพิการ และเป็นบุคคลไร้ความสามารถและอาจเสียชีวิตในที่สุด (Runion, 1985, pp. 117-125)

1.2 ด้านจิตใจ เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นภาวะที่อาจเกิดซ้ำอย่างเฉียบพลันได้ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะเกิดอาการเจ็บหน้าอกหรือภาวะหัวใจวายหรือตายอย่างกะทันหัน ทำให้รู้สึกว่าเป็นภาวะคุกคามใกล้ความตาย เกิดความเครียด วิตกกังวลจากความไม่แน่นอนของการเกิดอาการกำเริบ และหวาดกลัวในการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต (Johnston, 1999) นอกจากนี้ยังวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนั้นเป็นโรคเรื้อรัง ต้องรับประทานยาต่อเนื่องตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก จากการศึกษาของ ไพบูลย์ สุริยวงศ์ไพศาล และ ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2539) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมักพบปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ เช่น ความรู้สึกกลัว วิตกกังวล จากอาการแสดงของโรคที่ไม่แน่นอนทำให้รู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคามและรู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง

1.3 ด้านสังคมเศรษฐกิจ จากการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่าความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการสูญเสียด้านการงานเนื่องจากความสามารถในการทำงานของหัวใจลดลงทำให้ต้องเปลี่ยนงานหรือออกจากงานเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Shanfield, 1990; Bennett, 1992; จริยา ตันติธรรม, 2536) นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จากการที่ผู้ป่วยต้องระมัดระวังในเรื่องอาหาร การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ จึงทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง เกรงว่าจะเป็นภาระของบุคคลอื่น

2. ผลกระทบต่อครอบครัว

2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย จากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่อาจเกิดซ้ำอย่างเฉียบพลันได้ตลอดเวลา สมาชิกครอบครัวต้องคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลสมาชิกครอบครัวต้องให้ความช่วยเหลือ ทุ่มเทแรงกายในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สมาชิกครอบครัวมีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนไม่ค่อยหลับ รับประทานอาหารได้น้อยร่างกายทรุดโทรมทำให้เกิดการเจ็บป่วยตามมา (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช, 2537)

2.2 ผลกระทบด้านจิตใจ สมาชิกครอบครัวมีอาการกระวนกระวาย วิตกกังวล สับสนท้อแท้ หมดกำลังใจ กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากความไม่แน่นอนของโรคทำให้ความผาสุกในชีวิตลดลงเกิดความเครียดมากขึ้น (วัฒนา น้ำเพชร, 2538) นอกจากนี้ยังอาจมีความเครียดที่เกิดจากความคลุมเครือในบทบาทอันเนื่องมาจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคของผู้ป่วย และการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จะทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่พอใจส่งผลต่อการปรับตัวและการตัดสินใจ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช, 2537; Meisel, 1991)

2.3 ผลกระทบด้านสังคม จากการที่สมาชิกครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วย และยังคอยช่วยเหลือเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย หรือการประกอบอาชีพเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัวแทนผู้ป่วย ทำให้รู้สึกว่าบทบาทหน้าที่ของตนมากเกินไป (Bailey, 1989) นอกจากนี้ยังทำให้ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนลดลงด้วย เนื่องจากไม่มีเวลา หรือเวลาพักผ่อนน้อยลงอาจทำให้เกิดความเครียดได้ และทำให้มีผลต่อการดำเนินชีวิตด้านบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลง (Griogo, 1993)

2.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม และการประกอบอาชีพ เนื่องจากความสามารถในการทำงานของหัวใจลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ สูญเสียรายได้ ในขณะที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาจำนวนมาก รวมถึงการเสียค่าใช้จ่ายในการใช้เทคนิคพิเศษที่ทันสมัยในการวินิจฉัย และรักษาโรคทำให้ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวจากการศึกษาของ Bernstein (1990) พบว่าสมาชิกครอบครัวต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเป็นจำนวนมากและบ่อยครั้งอาจทำให้มีปัญหาด้านการเงินซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียดของสมาชิกครอบครัว

การเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่พบได้เป็นส่วนใหญ่ในกลุ่มวัยกลางคนและวัยผู้สูงอายุซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของร่างกายตามวัย ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรครุนแรงขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญก็คือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ถ้าผู้ป่วยยังคงปฏิบัติต่อไปจะส่งผลให้อาการของโรคทวีความรุนแรงมากขึ้นและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ดังนั้นการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมจะเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยในการควบคุมหรือบรรเทาอาการ ลดความรุนแรงของโรค ลดการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งเป็นการลงทุนที่คุ้มผลในระยะยาวและยังช่วยยกระดับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว และสังคมได้อย่างมีความสุข

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมตามความหมายของราชบัณฑิตสถาน (2525, หน้า 583-584) หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527, หน้า 98) ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง ปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำ แม้ว่าจะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม

พาแลง (Palang, 1991, p. 818) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น

กอชแมน (Gochman, 1988, pp. 568-572) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งที่สังเกตเห็นได้ เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อนและการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การใช้ยา ลักษณะบุคลิกภาพ เป็นต้น และพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ต้องอาศัยการประเมิน เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ การรับรู้ เป็นต้น

เมอร์เรย์ และเซนเนอร์ (Murray & Zentner, 1993, p. 659) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมซึ่งยกระดับภาวะสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความผาสุก เกิดศักยภาพที่สูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

เพนเดอร์ (Pender, 1996, p. 36) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The Lifestyle and Habbit) ซึ่งสามารถบ่งบอกถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพเพื่อความผาสุก (Well-Being) และความสำเร็จในจุดมุ่งหมายที่สูงสุดในชีวิต (Self Actualization) โดยมุ่งสนใจการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด

สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อันจะนำไปสู่ความปกติสุข เกิดศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัวและสังคม โดยที่การกระทำหรือพฤติกรรมนั้นมีทั้งที่สังเกตเห็นได้และสังเกตเห็นไม่ได้ ดังนั้นอาจสรุปความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดว่า หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดปฏิบัติในชีวิตประจำวันจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้เกิดความผาสุกและความมีศักยภาพที่สูงสุดและประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ในชีวิต แต่พบว่าการที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมหรือปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพได้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน และก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีอันจะนำไปสู่ความมีศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยจึงควรปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการรักษาเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ช่วยชะลอความรุนแรงหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้ความรุนแรงของโรคมากขึ้น ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับภาวะของโรคจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย โดยแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีความจำเป็น และเหมาะสมกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มีดังนี้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ คือ กิจกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่แสดงถึงความสนใจตระหนักเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ง่าย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2536, หน้า 436) นั่นคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จะต้องมีความสามารถในการดูแลตนองและมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1 การสังเกตความผิดปกติของตนเอง และการควบคุมอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งอาการสำคัญที่ต้องไปพบแพทย์ภายใน 24 ชั่วโมง คือ มีอาการเจ็บหน้าอกในขณะพัก หรือเจ็บหน้าอกรุนแรงจนต้องตื่น หรือเจ็บหน้าอกรุนแรงขึ้นกว่าที่เคยเป็นหรือมีอาการเจ็บหน้าอกถี่ขึ้นกว่าเดิม หรือการใช้ยาอมใต้ลิ้นไม่สามารถบรรเทาอาการได้เหมือนแต่ก่อน นอกจากนี้ยังมีอาการแสดงอื่น ๆ อีกคือ อาการเหนื่อยหอบมากขึ้นนอนราบไม่ได้ เวียนศีรษะ มึนงง เหมือนจะเป็นลม มี

น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากผิดปกติ รู้สึกอ่อนแรงมากผิดปกติโดยไม่ทราบสาเหตุ รู้สึกว่าหัวใจเต้นไม่ปกติ เช่น ใจสั่น ชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542, หน้า 100-101) ควรไปพบแพทย์ก่อนวันนัดเพื่อให้แพทย์รักษาทันท่วงที รวมทั้งสิ่งที่ทำให้เกิดอารมณ์ตื่นเต้นซึ่งมีผลทำให้หัวใจเต้นแรงเร็ว หลอดเลือดโคโรนารีจะรัดตัวตีบลงจนกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและหัวใจจะวายได้ทันที ควรแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตหลีกเลี่ยงสิ่งที่ตื่นเต้นเหล่านี้ เช่น การดูการแข่งขันกีฬาที่ต้องลุ้นผลแพ้ชนะ (ภูษิตา อินทรประสงค์ และเรวดี ศิรินดร, 2538, หน้า 43)

การควบคุมอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยอาจมีอาการแตกต่างกันไปบ้างโดยจะมีความรู้สึกแน่นอึกอัด เหมือนมีของหนักมาทับบริเวณทรวงอก หรือโดนบีบรัดบริเวณทรวงอก อาจรู้สึกปวดแสบปวดร้อน อาจมีอาการร้าวไปที่คอ กราม แขน หรือชาตามไหล่หรือแขนได้ บางรายอาจมีอาการหอบเหนื่อยโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ดังนั้นต้องหยุดทำกิจกรรมทุกอย่างที่ทำอยู่และพัก ถ้าอาการเจ็บหน้าอกยังไม่ดีขึ้นภายใน 2 – 3 นาทีให้รีบอมยาไนโตรกลีเซอรีน (Nitroglycerine) โดยอมยาใต้ลิ้นไว้สักครู่ เมื่อความรู้สึกซ่าจากยาหมดแล้วจึงค่อยกลืนน้ำลาย ถ้ายังมีอาการเจ็บหน้าอกหลังจากอมยาแล้ว 5 นาทีให้อมใต้ลิ้นอีก 1 เม็ด และถ้าอีก 5 นาทีต่อมาหลังจากอมยาใต้ลิ้นเม็ดที่ 2 แล้วยังมีอาการเจ็บหน้าอกให้อมยาใต้ลิ้นได้อีก 1 เม็ดถ้ายังมีอาการเจ็บหน้าอกหลังจากพักแล้ว15 นาทีและอมยาใต้ลิ้นแล้ว 3 เม็ด ให้รีบบอกญาติหรือเพื่อนร่วมงานให้นำส่งโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้านทันที หรือโทรศัพท์ให้รถพยาบาลมารับ ขณะเกิดอาการเจ็บหน้าอก ควรควบคุมอารมณ์ไม่ให้ตกใจหรือหวาดกลัวเกินไป ทำจิตใจให้สงบแล้วนอนพักสักครู่ภายหลังการอมยาใต้ลิ้น หรือบอกให้ญาติอยู่เป็นเพื่อน (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542, หน้า 99 -100) ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดอาการเจ็บอก เช่น อารมณ์โกรธ หงุดหงิดง่าย การชมภาพยนตร์หรือรายการที่มีความตื่นเต้นมาก ๆ เช่น การชกมวย ฟุตบอล เป็นต้น เพราะจะทำให้หัวใจเต้นแรงและเร็วในเวลาเดียวกันหลอดเลือดโคโรนารีของหัวใจจะบีบตัวลงจนกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดอาการเจ็บอก และอาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ทันที

1.2 การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันในด้านต่าง ๆ

1.2.1 ควรอยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอากาศบริสุทธิ์ที่เพียงพอและลดการทำงานของหัวใจ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้กับร่างกาย การอยู่ในที่ที่มีอากาสบริสุทธิ์ ถ่ายเทสะดวกจะช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ช่วยลดการทำงานของหัวใจได้ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมักมีอาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ใจสั่น หน้ามืดเป็นลม และมีอาการเจ็บอกได้ง่าย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังควรงดหรือเลิกบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่ เพราะสารนิโคตินในบุหรี่จะทำให้ผนังของหลอดเลือดแข็งตัวและตีบแคบทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก หัวใจต้องบีบตัวแรงและเร็ว

ขึ้น ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติได้นอกจากนี้สารนิโคตินในบุหรี่ ยังทำให้ถุงลมในปอดเสียความยืดหยุ่น ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ (อรวรรณ หุ่นดี, 2531, หน้า 234) และหลีกเลี่ยงแหล่งชุมชน ท้องถนนที่มีการจราจรแออัด อากาศร้อนหรือมีความชื้นสูง หรือในที่ ๆ มีอากาศเย็นเกินไปเพราะจะมีผลต่อการขาดออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ และทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นอาจเกิดภาวะหัวใจวายอย่างกะทันหันได้ (วิศาล คันธารัตนกุล, 2538, หน้า 72) นอกจากนี้ผู้ป่วยควรแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สวมใส่สบาย เนื้อผ้าไม่หนาจนเกินไป หลีกเลี่ยงเสื้อผ้าที่ใส่แล้วรัดรูป เพราะจะทำให้อึดอัด หายใจไม่สะดวก เพราะความดันในช่องอกเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นด้วย

1.2.2 การพักผ่อน การพักผ่อนมีความสำคัญต่อชีวิตในการรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจเป็นการชดเชยพลังงานเพื่อการดำรงชีวิต การพักผ่อนที่เพียงพอจะส่งเสริมกระบวนการเจริญเติบโตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเพราะหลังเกิดอาการของโรค เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจต้องใช้เวลา 6-8 สัปดาห์ในการซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลายซึ่งแล้วแต่ขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย การพักผ่อนที่เพียงพอจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจฟื้นสภาพได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ยังเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ การจดจำ และมีผลต่อการทำงานด้านจิตใจทำให้รู้สึกสงบและผ่อนคลาย การผ่อนคลายจะมีผลทำให้ระบบซิมพาเธติคลดลงทำให้อัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจผู้ป่วยลดลง ดังนั้นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ควรมีแนวทางการปรับรูปแบบการพักผ่อนให้เหมาะสม ดังนี้ (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2544)

1.2.2.1 ตื่นนอนและเข้านอนให้เป็นเวลา ควรหลับพักผ่อนในตอนกลางคืนให้ได้อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ไม่ควรนอนดึกแล้วพยายามนอนชดเชยในคืนต่อไป จัดสิ่งแวดล้อมในห้องให้เหมาะสม ควรมีอากาศถ่ายเทสะดวก

1.2.2.2 ถ้ากรณีเข้านอนแล้ว10-15 นาที ยังไม่หลับไม่ควรนอนต่อควรลุกไปจากเตียง เพื่อทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ลุกไปนั่งอ่านหนังสือ เมื่อรู้สึกง่วงนอน จึงกลับเข้านอนใหม่ หรือหากิจกรรมผ่อนคลายที่จะช่วยให้นอนหลับง่ายขึ้น เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนั่งสมาธิ และการฟังเพลงเบา ๆ เป็นต้น

1.2.2.3 หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ออกแรงหนักหรือกิจกรรมที่เร้าทางอารมณ์ก่อนเข้านอนเช่น การอ่านหนังสือ การดูภาพยนตร์ หรือการดูโทรทัศน์ที่ตื่นเต้นมาก ๆ

1.2.2.4 งดการสูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มสุรา ชา และกาแฟ ก่อนเข้านอน ควรดื่มนมอุ่น 1 แก้ว ในนมจะมีสารทริปโตแฟน ซึ่งเป็นกรดอะมิโนจะช่วยให้นอนหลับง่ายขึ้น

1.2.2.5 จัดสิ่งแวดล้อมในห้องให้เหมาะสม ควรมีอากาศที่ถ่ายเทสะดวก

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

1.2.2.6 เมื่อมีปัญหาจากการนอนไม่หลับติดต่อกันหลายคืน ไม่ควรซื้อยานอนหลับมารับประทานเองเพราะยาบางชนิดอาจมีผลเสียต่อหัวใจได้ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

1.2.2.7 นอกจากนี้ควรหาเวลาว่างพักผ่อน ในขณะที่ทำหรือกิจกรรมในแต่ละวัน ในช่วงกลางวันอย่างน้อย 30 นาที หรือ 1 ชั่วโมง เพื่อเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียด

1.2.2.8 ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20-30 นาทีในช่วงเช้าหรือเย็น

1.2.3 การดูแลเรื่องการขับถ่ายของเสีย ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดควรระมัดระวังไม่ให้ท้องผูกเพราะการเบ่งถ่ายอุจจาระจะทำให้หัวใจต้องออกแรงทำงานหนักมากขึ้น อาจเกิดอาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ และเสียชีวิตกะทันหันจากภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ ผู้ป่วยจึงควรรับประทานอาหารที่มีกากใยและผลไม้ เช่น มะละกอ ส้ม ผักใบเขียว จะช่วยให้การขับถ่ายเป็นปกติ และเมื่อมีอาการท้องผูกไม่ควรเบ่งถ่าย ควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลไม่ควรซื้อยาระบายมารับประทานเอง เนื่องจากฤทธิ์ของยาอาจมีผลเป็นอันตรายต่อการทำงานของหัวใจได้

1.2.4 การใช้ระบบบริการสุขภาพและการแสวงหาความรู้ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดควรได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง ในปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยมากขึ้นจากสื่อต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ หรือการพูดคุยกับบุคลากรในทีมสุขภาพ หรือ การปรึกษาพูดคุยระหว่างสมาชิกในครอบครัว สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ข่าวสารมากขึ้น มีการเลือกตัดสินใจในการดูแลตนเองดีขึ้น และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดยังจำเป็นต้องมีการประเมินและติดตามผลการตรวจและประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นควรให้ความสำคัญต่อการไปตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอหรือไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น และไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อจะได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น และเป็นประโยชน์ต่อตนเอง

1.2.5 การทำงานในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นแต่ต้องให้เหมาะสมกับความสามารถของโรคหัวใจของตนเองที่เป็นอยู่ ถ้าขณะทำงานมีอาการเหนื่อยมาก ควรหยุดพักและลดกิจกรรมลงเท่าที่สามารถทำได้โดยไม่เหนื่อย เช่น กิจวัตรส่วนตัว ได้แก่ การอาบน้ำ ล้างหน้าแปรงฟัน และการรับประทานอาหาร รวมทั้งการทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน เช็ดบ้าน รีดเสื้อผ้า การเดินขึ้นลงบันไดถ้าถือของด้วยน้ำหนักของไม่ควรเกิน 2 – 4 กิโลกรัม หรือการดึงลากของที่มีน้ำหนักไม่เกิน 5 กิโลกรัม เพราะจะทำให้แรงดันในหัวใจเพิ่มมากขึ้น

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

1.2.6 การใช้ยา ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นภาวะเรื้อรัง ที่จำเป็นต้องมีการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการปฏิบัติด้านการรักษาและรับประทานยาจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนควบคู่ไปกับพฤติกรรมสุขภาพในด้านอื่น ๆ จึงจะสามารถควบคุมโรคได้ โดยการรับประทานยานั้น ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่อง ขนาด คุณสมบัติ อาการข้างเคียง วิธีการใช้ยา ตลอดจนรู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เพื่อจะได้รายงานแพทย์และหาวิธีแก้ไขได้ถูกต้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ผู้ป่วยควรรับประทานยาให้ถูกต้องตรงตามขนาดและเวลาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรหยุดหรือปรับเพิ่มลดขนาดยาเอง และควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่นที่แพทย์และพยาบาลไม่ได้แนะนำ เช่น ยาระบาย ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น เพราะอาจเป็นการเสริมฤทธิ์หรือขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ได้รับ หรืออาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเรียนรู้วิธีการอมยาใต้ลิ้นที่ถูกวิธีโดยปฏิบัติดังนี้ (Esberger & Huger, 1989, p. 253)

1.2.6.1 เมื่อผู้ป่วยเดินทางออกจากบ้านจะต้องนำยาติดตัวไปด้วยทุกครั้ง

1.2.6.2 ควรอมยาก่อนที่จะเริ่มมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก ๆ เช่น การขับถ่ายอุจจาระ โดยอมยาไว้ใต้ลิ้นจนกว่าจะละลายหมดจึงกลืนน้ำลายหรือดื่มน้ำตาม

1.2.6.3 เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกให้อมยาใต้ลิ้นทันที หยุดกิจกรรม และนอนพัก สำหรับท่าที่เหมาะสมในการอมยา คือ ท่านอนศีรษะสูงประมาณ 45 องศา นอนพักประมาณ 10 นาที หลังจากอมยาเม็ดแรกแล้วถ้าอาการเจ็บอกไม่ดีขึ้นให้อมซ้ำอีก 1 เม็ด โดยห่างจากเม็ดแรก 5 นาที และอมได้ติดต่อกันไม่เกิน 3 เม็ด เพราะยาอาจมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง อาจมีอาการปวดศีรษะ หน้าแดง หรือหมดสติชั่วคราวได้ ถ้ารับประทานติดต่อกัน 3 เม็ดแล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรรีบไปพบแพทย์ทันที

1.2.6.4 การเก็บรักษา ควรเก็บยาไว้ในขวดสีชา หรือสีเข้ม ปิดฝาให้แน่น เก็บให้ขวดยาอยู่ห่างจากแสงแดด และความร้อน ไม่ควรเก็บยาเกิน 6 เดือน

1.2.6.5 การประเมินประสิทธิภาพของยา โดยสังเกตขณะอมยาจะมีรสชาติซ่าเผ็ดร้อน ถ้าขาดคุณสมบัติเหล่านี้ แสดงว่ายาเสื่อมคุณภาพ หรือหมดอายุไม่ควรใช้ต่อไป

1.2.7 ด้านเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ เป็นการแสดงถึงการสัมผัส การกอดรัด การแสดงความรู้สึกถึงความห่วงหาอาทร และรวมถึงการมีกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่งของมนุษย์ (Turton, 1998) เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยกลัวและไม่กล้าปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ เพราะคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์จะทำให้เกิดอันตรายต่อหัวใจ และทำให้อาการของโรคกำเริบรุนแรงขึ้นได้ ผู้ป่วยจึงพยายามที่จะ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ถึงแม้ว่าสภาพร่างกายจะสามารถกระทำได้ (Stein, 2000) และจากวัฒนธรรมประเพณีที่ถือว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนบุคคล เป็นเรื่องของสามี – ภรรยาเท่านั้น จึงพบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 50 – 60 มีเพศสัมพันธ์ลดลง เนื่องมาจากไม่ได้รับคำปรึกษาที่ถูกต้องเหมาะสม (สุชาดา จันทร์เอม, 2536, หน้า 22) และจากตัวผู้ป่วยที่ไม่กล้าซักถามแพทย์ พยาบาล เพราะกลัวว่าจะถูกมองในแง่ไม่ดี หรือเมื่อคิดจะถามก็ไม่ทราบจะถามใครที่จะตอบคำถามได้ จึงพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเอง (ศรีจิตรา บุญนาค, 2535, หน้า 4) ดังนั้นแพทย์ พยาบาลควรตระหนัก ถึงความสำคัญในการให้คำปรึกษา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศที่ถูกต้อง สามารถบอกเล่าความต้องการ ความรู้สึก และสภาวะของโรคที่แท้จริงของตนเองกับคู่สมรสได้ เพื่อให้สามีภรรยามีความเข้าใจที่ถูกต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และผู้ป่วยเองสามารถที่จะประเมินสุขภาพของตนเองได้ว่ามีความพร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ หรือถ้ายังไม่พร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์สามารถที่จะปฏิเสธและอธิบายให้คู่สมรสเข้าใจได้ สมาคมโรคหลอดเลือดและหัวใจของสหรัฐอเมริกา ได้เสนอแนวทางการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหัวใจดังนี้ (Jackson, 2000)

1.2.7.1 เริ่มมีเพศสัมพันธ์ภายหลังการพักฟื้นของหัวใจนาน 6-8 สัปดาห์ และอาการของโรคคงที่

1.2.7.2 ตรวจสภาพความพร้อมของสมรรพภาพของร่างกายก่อนมีเพศสัมพันธ์ โดยเดินทางราบได้ 1 กิโลเมตร ในเวลา 5 นาที หรือทำการเดินขึ้น-ลงบันไดบ้าน 2 ชั้น (20 ขั้น) ได้โดยไม่มีอาการเจ็บอก หรือหายใจเหนื่อยหอบ

1.2.7.3 เวลาที่เหมาะสมของการมีเพศสัมพันธ์คือ เวลาเช้าตรู่ หลังมีการพักผ่อนเต็มที่ห้องไม่ควรร้อนจัด ชื้น หรือหนาวจัดจนเกินไป

1.2.7.4 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หลังการรับประทานอาหารใหม่ ๆ (ควรเว้นระยะห่างอย่างน้อย 3 ชั่วโมง) และควรหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ชา กาแฟ ก่อนการมีเพศสัมพันธ์

1.2.7.5 ควรใช้ท่าที่คุ้นเคยในการมีเพศสัมพันธ์ ควรเป็นท่าที่สบาย ๆ และผ่อนคลายไม่ใช้ท่าที่ทำให้เกิดการหายใจลำบาก

1.2.7.6 ควรรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ (ในผู้ป่วยเฉพาะราย) เช่น ยาขยายหลอดเลือดก่อนการมีเพศสัมพันธ์

1.2.7.7 สังเกตอาการผิดปกติขณะมีเพศสัมพันธ์ หากมีอาการหายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอกหรืออ่อนเพลียมาก ควรหยุดกิจกรรมทันที่ รีบอมยาใต้ลิ้น และนอนพักผ่อน

1.2.7.8 ควรปรึกษาแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญ เมื่อมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์และควรพาสามีหรือภรรยามารับคำปรึกษาด้วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและสามารถลดความ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ขัดแย้งที่อาจจะเกิดตามมาได้

ถ้าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสามารถปฏิบัติได้ดังกล่าวข้างต้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคขณะมีเพศสัมพันธ์ลดลงและช่วยให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสามี – ภรรยาอีกด้วย จากการศึกษาของ จิตรา จันชนะกิจ (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ร่วมกับครอบครัว มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยจะได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ และคอยกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงงานที่ต้องออกแรงมาก แสวงหาความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคของตนเอง หรืออยู่ในสถานที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวกทำให้ผู้ป่วยรู้จักดูแลตนเองและรับผิดชอบในสุขภาพของตนเองมากขึ้น

2. ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical Activity) การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งที่สำคัญและมีประโยชน์อย่างมากสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การออกกำลังกายมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดอัตราเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของหลอดเลือดหัวใจนอกจากนี้ยังทำให้สุขภาพกายแข็งแรงและจิตใจที่สดชื่น (Shin, 1999) แต่ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่คิดว่าโรคหัวใจเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายและการทำงานจึงไม่กล้าออกกำลังกาย เพราะกลัวจะเกิดอุบัติเหตุ หรืออาการผิดปกติต่าง ๆ ประกอบกับในสังคมปัจจุบันประชาชนกลุ่มหนึ่งที่อยู่ในวัยที่ต้องปฏิบัติหน้าที่การงาน การมีเครื่องอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตและการทำงานอาจเป็นสิ่งที่ทำให้ไม่มีโอกาสได้ออกกำลังกาย ซึ่งการขาดการออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสริมตัวหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จากการศึกษาของเพาเวล (Powell, 1987, p. 251) พบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพราะผลจากการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขสบาย มีอาชีพนั่งทำงานเป็นส่วนใหญ่ จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 1.9 เท่าของผู้ที่มีอาชีพที่ต้องทำงานอย่างกระฉับกระเฉง โดยการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนั้นต้องเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาวะร่างกายโดยไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ซึ่งหลักสำคัญในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ การออกกำลังกายโดยเริ่มจากน้อย ๆ เบา ๆ ในตอนแรกตามกำลังที่พอทำได้แล้วค่อย ๆ เพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ป่วยควรทำกิจกรรมและการออกกำลังกายให้ถูกวิธี เช่น การยกแขนขา การทำกายบริหาร การเดิน การขี่จักรยาน และไม่ควรออกกำลังกายที่หักโหมหรือหนักจนเกินไป ซึ่งจะทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบหายใจไม่ทัน ไม่ควรออกกำลังกายที่เป็นการแข่งขัน การเตะ หรือยกของหนัก และควรออกกำลังอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที โดยเริ่มการอบอุ่นร่างกายก่อนประมาณ 5-10 นาที เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมและหลังออกกำลังกายทุกครั้งไม่ควรหยุดเล่นทันที ควรบริหารร่างกายต่ออีกประมาณ 5-10 นาที

เพื่อผ่อนคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อหัวใจกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ในขณะออกกำลังกายผู้ป่วยควรตรวจชีพจรขณะออกกำลังกายด้วย และปรับความแรงของการออกกำลังกายตามอัตราการเต้นของหัวใจได้ตามต้องการ ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจไม่ควรเกิน 120 ครั้ง/ นาที ในขณะออกกำลังกายควรดื่มน้ำเพื่อป้องกันความไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลท์ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วเนื่องจากสูญเสียเหงื่อ (Morrissey & Baldman, 1987, pp. 138-140)

ขั้นตอนการออกกำลังกายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีดังนี้ (อภิชาต สุคนธสรรพ์, 2543)

1) เริ่มออกกำลังกายอย่างช้า ๆ ไม่เร่งรีบ

2) เริ่มออกกำลังกายในท่านอน นั่ง และยืน ตามลำดับ

3) เริ่มออกกำลังกายจากขา แขน และลำตัว ตามลำดับ

4) เริ่มออกกำลังกายจากความหนักของการออกกำลังกายระดับก่อนจนถึงระดับสูง

5) หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในระหว่างเจ็บป่วย ภาวะติดเชื้อ ภาวะโปตัสเซียมต่ำ หรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

6) สวมเสื้อผ้าที่เหมาะสม ไม่หนาเกินไป และสวมรองเท้าที่เหมาะสม

7) หยุดออกกำลังกายเมื่อรู้สึกไม่สบาย

8) ขณะออกกำลังกายหากมีอาการเจ็บหน้าอกควรอมหรือพ่นยาขยายหลอดเลือด จากนั้นชะลอ และหยุดพักการออกกำลังกาย

9) หลีกเลี่ยงการอาบน้ำร้อนจัดหลังออกกำลังกาย เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำและหัวใจเต้นผิดจังหวะ ควรนั่งพักประมาณ 20-30 นาที ก่อนอาบน้ำ

ข้อจำกัดในการออกกำลังกาย เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบความผิดปกติ ควรงดการออกกำลังกาย มีดังนี้

1. มีอาการหรือการแสดงที่ผิดปกติ เช่น ซีด เขียว เหงื่อออกมากผิดปกติ อ่อนเพลีย หน้ามืด เป็นลม และเจ็บแน่นหน้าอกเป็นต้น

2. มีอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ เช่น มีอัตราการเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้ง ต่อนาที หรือขณะออกกำลังกายมีอัตราการเต้นของหัวใจลดลงกว่าปกติ 20 ครั้งต่อนาที หรือมีอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติไป

3. ด้านโภชนาการ (Nutrition) อาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการดำรงชีวิตทั้งในด้านป้องกันและรักษาโรคทำให้ร่างกายแข็งแรงการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจึงถือเป็นยาจากธรรมชาติที่สามารถจะช่วยป้องกันและรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ดังนั้นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยรับประทานอาหารแต่พอ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

อิ่ม รับประทานอาหารช้า ๆ เพราะการรับประทานอาหารมาก ๆ ในมื้อเดียว จะทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นและทำให้เกิดอาการแน่นท้องกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บบอกตามมาควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลและไขมันสูง เช่น เครื่องในสัตว์ทุกชนิด ตับ ไต สมอง ม้าม หอยนางรม กะทิ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนจำพวกชาหรือกาแฟรวมทั้งเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ควรลดหรือจำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูง และอาหารหมักดองต่าง ๆ นอกจากนี้ควรจัดเวลาพักผ่อนหลังรับประทานอาหาร 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมงทุกมื้อ เพราะหลังการรับประทานอาหารกระเพาะอาหารต้องทำงานหนักในการย่อยอาหาร ส่งผลให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงกระเพาะอาหาร ถ้าออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันทีจะเป็นการเพิ่มการใช้ออกซิเจนของร่างกายมากขึ้น อาจทำให้เกิดอาการเจ็บบอกตามมา จากการศึกษาของน้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีบุตรหลาน คู่สมรส ดูแลเอาใจใส่เรื่องการจัดเตรียมอาหารที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่มีคุณประโยชน์ต่อร่างกายส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น

4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonl Relationship) เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านสุขภาพของบุคคล ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน และบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชนและสังคม ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้าที่จะกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ มักจะเกิดความกลัว วิตกกังวล โกรธ ซึมเศร้า การให้การสนับสนุนให้กำลังใจและช่วยเหลืออย่างเต็มใจในด้านต่าง ๆ เช่น คำแนะนำ คำปรึกษา หรือด้านการเงินและร่วมกันแก้ไขปัญหา เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขร่วมกับครอบครัวได้ มีสภาพจิตใจที่ดีขึ้นเพื่อให้มีการปฏิบัติตัวในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจึงควรมีการจัดแบ่งเวลาเพื่อตนเองและครอบครัวและมีเวลาเพื่อสังสรรค์กับเพื่อนบ้าน หรือบุคคลใกล้ชิดด้วยการทำกิจกรรมหรือรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกันหรือบอกเล่าประสบการณ์ของตนหรือเพื่อนรับฟัง และสร้างความสุขให้บุคคลใกล้ชิดด้วยวิธีต่าง ๆ (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542, หน้า 108-112) จากการศึกษาของสุวคนธ์ กุรัตน์ (2539) พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

5. ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) เป็นความรู้สึกในการตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต ความสามารถของบุคคล การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการ มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเจริญทางจิตวิญญาณสามารถประเมินได้จาก ความเชื่อ ความรัก ความหวัง การให้อภัย และชีวิตหลังความตาย (Pender,

1996) การเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้สอดคล้องกับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ (แสงเดือน พรมแก้วงาม, 2543) ดังนั้นความทุกข์ทรมานกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่คุกคามทำให้ผู้ป่วยประสบกับวิกฤติการณ์ทั้งด้านร่างกายและอารมณ์อย่างมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความมั่นคงทางด้านจิตใจ เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้บทบาทในครอบครัวลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวอยู่ตลอดเวลา (จิรวรรณ อินคุ้ม, 2541) หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและสถานการณ์เหล่านี้ได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกว่าชีวิตของตนเองไร้ค่า ไม่มีความมั่นคงปลอดภัย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพของตนเอง แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าชีวิตของตนเองมีค่า ไม่ไร้ประโยชน์ มีความหวัง มีการตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตและสามารถดูแลตนเองให้มีภาวะสุขภาพที่ดีได้ (จรัสวรรณ เทียนประพาส และพัชรี ตันศิริ, 2536) ผู้ป่วยที่มีการเจริญทางจิตวิญญาณที่ดีจะยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีความยืดหยุ่นในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มองทุกอย่างด้วยความเป็นจริงตามธรรมชาติโดยใช้หลักทางศาสนาเข้าช่วย ใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่เพื่อก่อให้เกิดความหวังที่จะมีชีวิตยืนยาวต่อไปอย่างมีความสุข และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตเพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่ไร้ประโยชน์ก่อให้เกิดความหวังว่าตนเองยังมีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคมและเกิดความหวังจะมีชีวิตยืนยาวต่อไปอย่างมีความสุข จากการศึกษาของจิรวรรณ อินคุ้ม (2541) พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีสถานภาพสมรสคู่อยู่กับครอบครัวจะได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมและช่วยเหลืออย่างดีจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนรัก ยกย่อง ยอมรับว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เกิดความมั่นใจและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้น มองโลกในแง่ดี พึงพอใจในชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ ทำให้มีความสุข และแสดงออกถึงการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

6. ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียดตลอดจนมีการปรับตัวและแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม รวมถึงการพักผ่อนด้วย การจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น สำหรับเทคนิคในการจัดการกับความเครียดตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอวิธีจัดการกับความเครียดดังนี้คือ

6.1 การลดความถี่ของการเกิดสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด ได้แก่

6.1.1 การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตที่

กระตุ้นให้เกิดความเครียด

6.1.2 การหลีกเลี่ยงเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เป็นภาวะคุกคามซึ่งก่อให้เกิดความเครียด

6.1.3 การจัดเวลาให้กับกิจกรรมเป็นการจัดเวลาเพื่อช่วยในการปรับตัวและจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยให้มีเวลาทบทวนปัญหาและหาวิธีแก้ไขปัญหาชีวิต

6.1.4 การบริหารเวลาคือการกำหนดเป้าหมายและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโดยการวางแผนการทำกิจกรรมอย่างมีขั้นตอน และทำตามเวลาที่กำหนดไว้ให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

6.2 การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียด แนวทางในการปฏิบัติได้แก่

6.2.1 การปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของบุคคล และมีการแสดงออกที่เหมาะสมที่เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อเรื่องราวต่าง ๆ ได้โดยอิสระและนำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลได้

6.2.2 การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยการตระหนักถึงคุณสมบัติที่ดีงามของตนเองซึ่งทำให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและช่วยลดปมด้อยของตนเองได้

6.2.3 การส่งเสริมการรับรู้ในสมรรถนะของตนเองโดยการตระหนักถึงความสามารถของตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งสามารถควบคุมตนเองในสถานการณ์ที่คุกคามได้

6.2.4 การเสริมสร้างแห่งสนับสนุนทางสังคมในการเผชิญความเครียด โดยแสวงหาความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหาจากเครือข่ายทางสังคมต่าง ๆ เช่น คู่สมรส บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ญาติพี่น้อง กลุ่มเพื่อน เป็นต้น เพื่อช่วยรับฟังปัญหาและรายความเครียดตลอดจนช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

6.3 การสร้างเงื่อนไขที่ตรงกันข้ามเพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนทางสรีรวิทยามาจากความเครียด ได้แก่ การใช้เทคนิคผ่อนคลายความตึงเครียดต่าง ๆ เช่น การนั่งสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ การใช้จินตนาการและการใช้ไบโอฟีดแบค (Biofeedback)

ดังนั้น ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดควรค้นหาแนวทางและวิธีการเพื่อลดความเครียด ความโกรธ อารมณ์หงุดหงิดและอาการซึมเศร้า พยายามปล่อยวางและทำจิตใจให้สงบมากขึ้น ใช้วิธีการระบายความรู้สึกโดยการพูดกับคู่สมรสหรือเพื่อน ไม่ควรหมกมุ่นและคิดเพียงลำพัง ควรหาวิธีหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดความตึงเครียดของทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น การออกกำลังกาย การใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อและทำจิตใจให้สบาย การฟังเพลง ดูโทรทัศน์ รายการตลกขำขันหรือทำงานอดิเรกที่ตนเองชอบ จากการศึกษาของน้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) พบว่า ผู้สูงอายุ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวจะช่วยในการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นได้

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีความเสื่อมของสมรรถภาพของหัวใจและความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับความเหนื่อยล้าทางด้านจิตใจและการไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวหรือสังคมได้จึงเป็นการยากลำบากในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือเลิกการปฏิบัติตัวที่เคยปฏิบัติมาเป็นเวลานานได้อย่างสำเร็จและต่อเนื่องโดยลำพัง จากการพิจารณาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) พบว่าปัจจัยภายนอกที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพคือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพโดยตรงและมีผลโดยอ้อมในการเป็นแรงผลักดันทางสังคมให้เกิดพฤติกรรมนั้น ๆ จากการศึกษารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพพบว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพร้อยละ 57 ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการช่วยเหลือ ส่งเสริม ให้กำลังใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ เกิดพลังใจและมีความมั่นใจในตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดจากบุคคลในครอบครัวและเป็นปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความต้องการพื้นฐานของบุคคลว่า สถาบันที่บุคคลจะต้องเกี่ยวข้องด้วยอันดับแรก คือ สถาบันครอบครัว ซึ่งครอบครัวเป็นกลุ่มสังคมปฐมภูมิ ที่มีความใกล้ชิดและสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลได้เป็นอย่างดี (Roy & Andrews, 1999) การที่สมาชิกในครอบครัวมีความรักเข้าใจให้แก่กันจะทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย การเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และเศรษฐกิจ จึงควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ และพฤติกรรมอนามัย (Tilden, 1985) ซึ่งโคเฮนและวิลล์ (Cohen & Wills, 1985) ได้อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคง มีผลทำให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรคทำงานได้ดีขึ้น ส่งผลดีต่อสุขภาพโดยตรง และยังช่วยลดภาวะวิกฤติ โดยเป็นตัวช่วยลดความเครียด ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อยจึงมีโอกาสที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ไม่ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมาก ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงมีผู้นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมาใช้ในด้านของพฤติกรรมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพรวมถึงด้านอื่น ๆ อีกมากมาย มีผู้ทำการศึกษาและให้ความหมายและประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลาย ซึ่งมีทั้งส่วนที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน แต่มีองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกัน

ความหมายและประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

ไวสส์ (Weiss, 1974) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความรู้สึกอิ่มใจหรือพึงพอใจต่อความต้องการที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่าและการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง โดยแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 6 ประเภท คือ

1. การได้รับการผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกว่าตนเป็นที่รัก รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และได้รับการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะรู้สึกเดียวดาย (Loneliness)

2. การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity of Nurturance) หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือบุคคลอื่น แล้วทำให้ตัวเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นได้ ถ้าขาดการสนับสนุนนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตไร้ค่า (Meaningless in Life)

3. การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) หมายถึง การมีโอกาสได้เข้าร่วมในกิจกรรมสังคมทำให้บุคคลมีโอกาสผูกมิตรกับผู้อื่น ทำให้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสารประสบการณ์และความคิดเห็น ซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความห่วงใยเข้าใจซึ่งกันและกัน ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม (Social Isolation) และรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำรงชีวิต (Boring)

4. การได้รับกำลังใจว่าเป็นผู้มีคุณค่า (Reassurance of Worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพ ยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคมถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความเชื่อมั่นหรือไร้ประโยชน์ (Uselessness)

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี (Sense of Reliable Alliance) การสนับสนุนจะได้มาจากครอบครัว หรือเครือญาติ ซึ่งมีความคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือห่วงใยซึ่งกันและ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

กันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง (Sence of Vuleneravility and Abandoment)

6. การได้รับการชี้แนะ (The Obtaining of Guidance) หมายถึง การได้รับความจริงใจช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร จากบุคคลที่ตนศรัทธา และเชื่อมั่น ในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (Hope - Lessness or Despair)

คอบบ์ (Cobb, 1976, pp. 300-301) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีความสนใจดูแล เอาใจใส่ และให้ความรัก เชื่อว่ามีบุคคลยกย่องและมองเห็นคุณค่า และเชื่อว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการติดต่อและผูกพันซึ่งกันและกัน นอกจากนี้คอบบ์ยังแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าบุคคลนั้นได้รับความรัก ความผูกพัน ความห่วงใยและการดูแลเอาใจใส่ ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและความรู้สึกเป็นเจ้าของ

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีความหมายต่อบุคคลอื่น รวมทั้งได้รับการยอมรับในสังคม

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีส่วนร่วมในสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมที่ให้ความช่วยเหลือและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn, 1979) ให้ความหมายว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ และมีการช่วยเหลือ ด้านเงินทอง วัตถุซึ่งกันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมของกันและกัน ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) หมายถึง การแสดงออกถึงภาวะอารมณ์ในด้านบวกของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกในรูปของความรัก ความผูกพัน การเคารพและการยอมรับ

2. ความเห็นพ้องและยืนยันพฤติกรรมของบุคคล (Affirmation) หมายถึงการแสดงออกถึงการเห็นพ้องยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในด้านการกระทำและความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Aid) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

โดยการให้สิ่งของหรือการให้ความช่วยเหลือโดยตรงได้แก่ ความช่วยเหลือด้านวัตถุ เงินทอง ข้อมูลข่าวสารหรือแรงงานต่าง ๆ

เฮาส์ (House, 1981) ให้ความหมายว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงิน แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การแสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความผูกพัน ความรู้สึกไว้วางใจ และการดูแลเอาใจใส่ และห่วงใยซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึงการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางเลือกในการปฏิบัติ ทำให้บุคคลสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่

3. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) หมายถึง การได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองโดยเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นได้แก่ การเห็นพ้อง การยอมรับและการยกย่องชมเชย ทำให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมผู้อื่นในสังคม

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในด้านสิ่งของ แรงงานและการบริการต่าง ๆ รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านการเงิน

เชฟเฟอร์ โคน และซาฟาร์ส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981, p. 381) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เพื่อใช้จัดการกับความเครียด และเป็นส่วนให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการได้รับการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลเกิดมีความอบอุ่นใจและความรู้สึกมั่นใจ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการได้รับข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการประเมินกระทำของบุคคล ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติตน

3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง แรงงานหรือการบริการต่าง ๆ ที่จำเป็น

ทอยส์ (Thoits, 1986) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลใน

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

เครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของและข้อมูล ซึ่งเกิดจากมีการติดต่อสัมพันธ์กันของบุคคลในสังคมโดยการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดหรือความเจ็บป่วยและสามารถตอบสนองต่อความเครียดหรือความเจ็บป่วยได้รวดเร็วขึ้น และได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนตามลักษณะของความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมไว้เป็น 2 ประเภท คือ

1. การช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม (Social - Emotional Aid) หมายถึง การได้รับความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนมผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่า และมีความรู้สึกแห่งการเป็นเจ้าของสังคมส่วนร่วม ตลอดจนมีความรู้สึกปลอดภัย

2. การช่วยเหลือด้านสื่อและสิ่งของเครื่องใช้ (Instrumental Aid) การได้รับคำแนะนำด้านข่าวสาร ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง

ฮับบาร์ด มูห์เลนแคมป์ และบราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp, & Brown, 1984, p. 226) ให้ความหมายว่า เป็นโครงสร้างหลายมิติ ประกอบด้วยการติดต่อสื่อสารในด้านดี ทำให้เกิดความรู้สึกผูกพัน เป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยคำนึงถึงแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมด้วย

เพนเดอร์ (Pender, 1996, p. 257) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าหมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก ได้รับการยกย่องนับถือ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้จากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั่นเอง เป็นผู้ให้ความสนับสนุนด้านการประเมิน การรับรองการกระทำ อันจะทำให้บุคคลนั้นดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลก็ได้แล้วมีผลทำให้ผู้รับไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการซึ่งหมายถึง การมีสุขภาพอนามัยที่ดี

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่แสดงออกถึงความรัก ความเอาใจใส่ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้รับเกิดความรู้สึกว่ามีคนรักและสนใจ ให้การยกย่องและเห็นคุณค่า ยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการช่วยเหลือด้านวัสดุ สิ่งของ การเงิน แรงงาน และด้านข้อมูลข่าวสาร ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากประเภทของการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว พบว่าส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกันคือ สามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยสามารถแบ่งออกเป็น ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

สังคม และด้านวัสดุ สิ่งของ การเงิน แรงงาน ดังนั้น พอจะสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวที่สามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็นพื้นฐานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งประกอบด้วย การได้รับความรักความห่วงใย การยกย่องและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสารและการช่วยเหลือในด้านวัสดุ สิ่งของ การเงิน แรงงาน ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพแต่การสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้ป่วยได้รับจะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้ป่วยถึงการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพราะการรับรู้ของบุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกันอาจเนื่องมาจากกระบวนการคิดของแต่ละบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอซึ่งทำให้บุคคลพยายามที่จะเลือกหาแนวทางในการแก้ไขหรือควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มาคุกคาม โดยการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยได้รับเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอุปสรรคที่ขัดขวางการเกิดพฤติกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย และส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลได้รับสิ่งเร้า ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย กระตุ้นต่อประสาทสัมผัสแล้วนำไปแปลความหมายที่สมองร่วมกับความคิดภายในจิตใจ ตลอดจนอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ ทำให้บุคคลมีการรับรู้และตัดสินใจกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529, หน้า 41) และเป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมายและความต้องการในการรับรู้ในเรื่องต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล กระบวนการรับรู้นี้จะทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากภายนอกโดยการสัมผัสและความจำ (กอบกุล พันธ์เจริญวรกุล, 2536, หน้า 248) กระบวนการรับรู้สามารถแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นการรู้สึก และขั้นตีความ ซึ่งขั้นการรู้สึกเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระทบระบบประสาทสัมผัสของร่างกาย เปรียบเสมือนปฏิกิริยาตอบสนองของกลไกที่คอยจับสภาพการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในและภายนอกร่างกาย ซึ่งการรู้สึกนี้จะเป็นกระบวนการรับข่าวสารเพื่อตีความต่อไปจึงนับเป็นพื้นฐานของการรับรู้ ส่วนการตีความนั้นต้องอาศัยประสบการณ์หรือการเรียนรู้จากอดีตจึงจะเกิดการรับรู้ได้ว่าสิ่งที่รู้สึกนั้นคืออะไร การตีความจนทำให้เกิดการรู้ได้นั้นจึงทำให้การรับรู้เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ (ชัยพร วัชชาวุธ, 2523, หน้า 190)

สรุปได้ว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กระบวนการที่บุคคลได้รับ

กิจกรรมหรือพฤติกรรมการช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม ที่มีการติดต่อสัมพันธ์กัน โดยกิจกรรมหรือพฤติกรรมการช่วยเหลือนั้นสามารถช่วยให้บุคคลบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคล หรือสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ได้ และกล่าวได้ว่าการรับรู้ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดถึงการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง ความนึกคิดหรือความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจกรรมหรือพฤติกรรมการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่ผู้ป่วยติดต่อสัมพันธ์ด้วย ซึ่งกิจกรรมหรือพฤติกรรมการช่วยเหลือนั้นช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคลหรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ได้ โดยกิจกรรมหรือพฤติกรรมการช่วยเหลือประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการยกย่องและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว กับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

การเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นการเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งเป็นผลมาจากการมีแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ผู้ป่วยไม่เพียงแต่ประสบปัญหาการถูกจำกัดทางด้านร่างกายเท่านั้นแต่จะมีผลต่ออารมณ์จิตใจและความรู้สึกของผู้ป่วยด้วย โดยผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลหวาดกลัวกับความไม่แน่นอนของโรคที่สามารถคุกคามชีวิตได้ตลอดเวลาและการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์นี้ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นคงด้านจิตใจ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ไร้ค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัวกลัวความเบื่อหน่ายรังเกียจ กลัวเสียความรักความเอาใจใส่และการตีจากของบุคคลรอบตัวโดยเฉพาะบุคคลอันเป็นที่รัก หรือการที่ผู้ป่วยถูกกีดกันจากข่าวสารที่ครอบครัวคิดว่าจะกระทบกระเทือนความรู้สึกซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้า หงุดหงิด แยกตัวจากครอบครัวและสังคม สูญเสียบทบาทของตนเองในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจและเกิดพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนได้ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ (Cobb, 1976) ไวส์ (Weiss, 1974) และเฮาส์ (House, 1981) เพื่อให้สอดคล้องกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ขาดเลือดมากที่สุด โดยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ มีรายละเอียดการสนับสนุนทั้ง 5 ด้านดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความผูกพัน ความใกล้ชิดสนิทสนม การได้รับการดูแลเอาใจใส่และมีความรู้สึกไว้วางใจ ห่วงใยเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งการได้รับฟังการปรับทุกข์ และการระบายความรู้สึกต่าง ๆ ได้เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ผู้ป่วยจะต้องถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ จากพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าประสิทธิภาพของร่างกายลดลง ไม่สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง คิดว่าตนเองไร้ค่า เป็นภาระของครอบครัว นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับความไม่แน่นอนของโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการเจ็บหน้าอกที่อาจเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดโดยไม่มีสัญญาณเตือน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล รู้สึกท้อแท้สิ้นหวังและรู้สึกตนเองไร้คุณค่า ขาดความมั่นคงทางจิตใจ ที่อาจส่งผลให้มีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น การสนับสนุนด้านอารมณ์มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายได้มากกว่าการสนับสนุนทางด้านอื่น ๆ (Wortman & Conway, 1985) ดังนั้นบุคคลในครอบครัวจึงจำเป็นที่จะต้องให้ความรัก ความเอาใจใส่ดูแล ให้ความใกล้ชิดสนิทสนมให้ความเห็นอกเห็นใจ ให้ความเชื่อมั่นไว้วางใจ และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตต่อไปการสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจ อย่างเพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคนรัก และห่วงใย มีคนคอยดูแลเอาใจใส่ คอยปลอบใจให้กำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถปรับทุกข์ หรือบอกความคับข้องใจต่าง ๆ รู้สึกปลอดภัย ความรู้สึกเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความมั่นใจและเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ จากการศึกษาของ น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคนรักและห่วงใย คอยดูแลเอาใจใส่ ปลอบโยน ให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น เช่นเดียวกับฮิลเบิร์ด (Hilbert, 1985) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและคู่สมรสจำนวน 20 คู่ พบว่าการสนับสนุนของคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับการยินยอมเข้าร่วมในโปรแกรมการรักษาของแพทย์โดยเฉพาะกิจกรรมด้านร่างกายและการศึกษาของ เพชรรัตน์ บุตรเขียว (2538) พบว่าผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 184 ราย ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์มากที่สุด

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า (Esteem Support) จากผลกระทบของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย

สูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีค่า ไร้ประโยชน์ เป็นภาระต่อครอบครัวไม่สามารถดำรงบทบาทเดิมได้ อาจเกิดพฤติกรรมการแยกตัว และเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้แต่ถ้าบุคคลในครอบครัวให้ความเคารพนับถือ เชื่อฟัง ยอมรับความคิดเห็นและคำแนะนำ และยกย่องชมเชยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ เกิดความเชื่อมั่นและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามีประโยชน์เป็นที่ต้องการของครอบครัว เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น มีความหวังในชีวิตและมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตและปฏิบัติตนให้อยู่กับภาวะของโรคอย่างปกติสุข จากการศึกษาของ น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการยอมรับ นับถือจากบุคคลในครอบครัวมีความมั่นใจในตนเองที่จะปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคมากขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา (2541) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าจากบุคคลในครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี การศึกษาของวิไล สีพยา และจุฑารัตน์ สถิรปัญญา (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 161 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพและการศึกษาของมุชเลนแคมป์ และ เซเลส (Muhlenkamp & Sayles, 1986) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพดี จำนวน 98 ราย อายุ 18 – 67 ปี ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network) เป็นการที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม โดยแบร์โร และสมิทท์ (Barrow & Smith, 1979, p. 53) กล่าวว่า บุคคลที่มีกิจกรรมมากจะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม นอกจากนี้การมีกิจกรรมจะทำให้ผู้ป่วยยังคงมีบทบาทและสถานภาพในสังคมรู้สึกตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับ แต่เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าทำกิจกรรมต่าง ๆ เพราะกลัวจะทำให้อาการของโรคกำเริบขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นที่ตนเองสามารถปรับทุกข์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลงได้ ดังนั้นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดควรได้มีโอกาสพูดคุยรับรู้ปัญหาและช่วยเหลือ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

กิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับครอบครัว ซึ่งไม่ขัดต่อโรคที่เป็นอยู่และสามารถแสดงความคิดเห็นหรือร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนเองรู้สึกว่าตนเองยังมีประโยชน์ยังเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว หรือถูกแยกออกจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ จากการศึกษาของอารีย์ ฟองเพชร (2540) พบว่าผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ กับครอบครัวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่ถูกทอดทิ้ง หรือถูกแยกออกจากครอบครัว ทำให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพดีขึ้นจากการศึกษาของฮัมบาร์ด มุชเลนแคมป์ และบราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp, & Brown, 1984) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การระวังอุบัติเหตุ การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการป้องกันโรค

4. การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน และการให้บริการ (Tangible Support) เป็นการที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในเรื่องของเครื่องใช้ที่จำเป็นต่าง ๆ ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ค่ารักษาพยาบาล การได้รับความช่วยเหลือในการพาไปตรวจตามนัด รวมถึงการได้รับการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าและเหมาะสมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด รวมถึงการจัดที่พักให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต้องถูก จำกัดกิจกรรมทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยบางรายต้องปรับเปลี่ยนงาน หรือออกจากงานทำให้รายได้ลดลง หรือขาดรายได้ และความเรื้อรังของโรคที่ต้องใช้เวลารักษานานและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ดังนั้นครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการช่วยเหลือเรื่องวัสดุสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็นต่าง ๆ ค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมทั้งคอยดูแลเรื่องการรับประทานอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค การจัดการเรื่องที่พักให้มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสมยิ่งขึ้น และช่วยเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยคลายความเครียดวิตกกังวลลง จากการศึกษาของอัจฉรา โอประเสริฐ (2531) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการจากครอบครัวจะช่วยเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีเงินเพียงพอที่จะซื้ออาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายมารับประทาน ทำให้พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ ฟองเพชร (2540) พบว่าผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ในเรื่อง วัสดุสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นต่าง ๆ เงินทอง ค่าใช้จ่ายในการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยมี

กำลังใจในการมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและมีเงินไว้ใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์มารับประทานทำให้มีพฤติกรรมด้านสุขภาพดีขึ้น และการศึกษาของเยาวภา บุญเที่ยง (2545) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่งที่กลับเข้าพักรักษาใน 3 โรงพยาบาลในภาคกลางของประเทศไทย จำนวน 90 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่งได้รับการช่วยเหลือด้านเงินทองเพื่อซื้อยาและอาหารที่เหมาะสมกับโรค และของเครื่องใช้ที่จำเป็นทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นและทำให้การกลับเข้าพักรักษาตัวของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งในโรงพยาบาลลดลง

5. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) การเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังรักษาไม่หายต้องได้รับการดูแลรักษาตลอดชีวิต ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาหาร และจะต้องปรับแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค ซึ่งเป็นเรื่องที่ยุ่งยากสำหรับผู้ป่วยบางครั้งผู้ป่วยอาจเกิดความเบื่อหน่ายที่จะปฏิบัติ หรือเกิดความท้อแท้ต่อการเจ็บป่วย ซึ่งอาจเป็นผลทำให้โรคทรุดลงมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมจากบุคคลรอบข้าง จะทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการรักษา มีการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมทำให้สุขภาพดี และสามารถมีชีวิตยืนยาวต่อไป จากการศึกษาของสุนทรา พรายงาม (2545) ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มร่วม กับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอบ่อทอง จ.ชลบุรี กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 40-65 ปีที่รักษาด้วยการรับประทานยา และมีระยะเวลาการเป็นโรค 1-5 ปี ผลการศึกษา พบว่า การใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินไปในทางที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของวีณา ลิ้มสกุล (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวมีการปรับตัวสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว และการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว

จากที่กล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถทดแทนความรู้สึกสูญเสียและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ป่วยได้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าใน

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง เกิดแรงจูงใจและพลังใจที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นได้

จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดดังกล่าว ผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน่าจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการสนับสนุนจากครอบครัวและผลทางบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือครอบครัวในการดูแล ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพของตนเอง

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการดูแลที่ให้กับครอบครัวเพื่อมุ่งเน้นให้ครอบครัว ซึ่งหมายถึงบุคคลใดบุคคลหนึ่งดังต่อไปนี้ คือ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรหลานหรือญาติพี่น้องที่มีความผูกพันมากที่สุดกับผู้ป่วยซึ่งอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน มีการพัฒนาศักยภาพ ความสามารถเพื่อไปส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ด้านสิ่งของ เงิน และแรงงาน โดยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) คอบบ์ (Cobb, 1976) และไวส์ (Wiess, 1974) ร่วมกับการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวซึ่งพัฒนามาจาก Calgary Family Intervention Model (CFIM) (Wright & Leahey, 2000) ซึ่งรูปแบบที่กำหนดขึ้นนั้นจะสอดคล้องกับความเชื่อของการทำหน้าที่ของครอบครัว และเน้นการส่งเสริม การพัฒนา ให้คงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของครอบครัว 3 ด้านคือ ความรู้ความเชื่อ อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยมีวิธีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นสัมพันธภาพ ขั้นประเมิน ขั้นปฏิบัติ และขั้นสรุป

1. ขั้นสร้างสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนแรกในการสัมภาษณ์ที่พยาบาลจะต้องสร้างให้เกิดกับครอบครัว และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในการบำบัด

2. ขั้นประเมิน เป็นขั้นที่สองที่ประกอบด้วยขั้นตอนในการค้นหาปัญหา และหาวิธีการการแก้ปัญหา โดยประเมินเกี่ยวกับโครงสร้างของครอบครัว และเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้บอก

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

เล่าถึงปัญหา ระบายความรู้สึก และสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติของสมาชิกแต่ละคนในครอบรัว ซึ่งจะทำให้ครอบครัวมองเห็นวิธีการแก้ปัญหา

3. ขั้นปฏิบัติ เป็นขั้นที่สำคัญในการกระตุ้นให้ครอบครัวค้นหาวิธีหรือแนวทางในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ครอบครัวได้ตระหนักถึงความสำคัญ และมีความตั้งใจที่จะแก้ปัญหาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

4. ขั้นสิ้นสุดสัมพันธภาพ เป็นระยะของการสิ้นสุดสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับครอบครัว โดยพยาบาลควรกระตุ้น และสนับสนุนให้ครอบครัวคงไว้ซึ่งความสามารถหรือใช้วิธีการแก้ปัญหาต่อไป

ในกระบวนการประยุกต์ใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผู้วิจัยทำการประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวโดยการถามคำถามและเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งเสริม สนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ดังต่อไปนี้คือ

การสนับสนุนด้านอารมณ์ การแสดงความรัก การให้ความสนใจเอาใจใส่ การแสดงความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ และการให้กำลังใจ รวมทั้งการรับฟังผู้ป่วยพูดคุยปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วย และการระบายความรู้สึกต่าง ๆ

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การให้ความรู้เรื่องภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบทั้งผู้ป่วยและครอบครัวการรักษาและแผนการรักษาของแพทย์ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด เพื่อนำข้อมูลด้านสุขภาพไปแนะนำ กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ควรชี้แจงให้ปรับปรุงพฤติกรรมโดยไม่กล่าวตำหนิ

การสนับสนุนด้านยอมรับและเห็นคุณค่า การแสดงความรัก ความเคารพนับถือ การยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญในครอบครัวเห็นคุณค่าว่าเป็นผู้ที่มีประโยชน์และมีความสามารถเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในสิ่งที่ตนเองปฏิบัติอยู่

การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมในสังคม การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในบ้านและนอกบ้าน ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทำงานที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามความสามารถของผู้ป่วยตามปกติ พาผู้ป่วยไปพักผ่อนตามสถานที่ท่องเที่ยว เยี่ยมญาติพี่น้อง หรือพาไปทำบุญที่วัดตามที่ผู้ป่วยต้องการ

การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน และแรงงาน การช่วยเตรียมด้านของใช้ เครื่องใช้ช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการจัดเตรียมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

และการพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัด

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จะทำให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวทั้ง 5 ด้านคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ด้านสิ่งของ เงิน และแรงงาน และความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวมีการพัฒนาศักยภาพและความสามารถเพื่อไปส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของวิชาชีพพยาบาลในการส่งเสริมศักยภาพและความสามารถของครอบครัวที่มีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยเน้นการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อไป

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University